



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA



FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)
Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCAU.20.00326010-0** em **18/09/2020 09:44:36**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Caucaia
Processo : 0010752-30.2019.8.06.0064
Protocolo : WCAU.20.00326010-0
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Obrigaçao de Fazer / Não Fazer
Data/Hora : 18/09/2020 09:44:36

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos [>>Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2749348_JUNTADA_DE_DOCS_01 - 1-2.pdf
Documentação : 2749348_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02 - 1-11.pdf
Documentação : 2749348_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02 - 12-22.pdf
Documentação : 2749348_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02 - 23-38.pdf
Documentação : 2749348_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02 - 39-56.pdf
Documentação : 2749348_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02 - 57-65.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAUCAIA/CE

Processo: 00107523020198060064

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAUCAIA, 17 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

24 JAN, 2019

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



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

Jen Albert Schwarz Pess

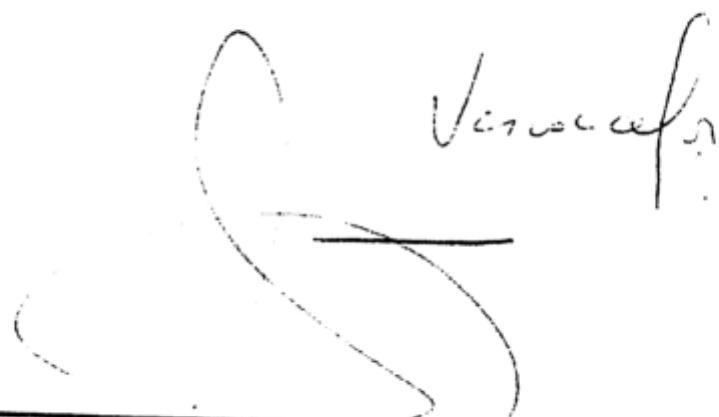
3^a feira -

8:00

IJ F - Centro

Trunnels fix

Fazendo Bt





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ



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

LIBERAÇÃO DE CORPO

REGISTRO Nº 4497

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

Fáncos Antônio Souza da Silva

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

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

Fortaleza, 04 de Outubro de 2018.

24 JAN. 2019

Thurimin

SETOR DE ACOLHIMENTO FAMILIAR
NUTAF/COMEL/PEFOCE

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



NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO / MORTE ENCEFÁLICA

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

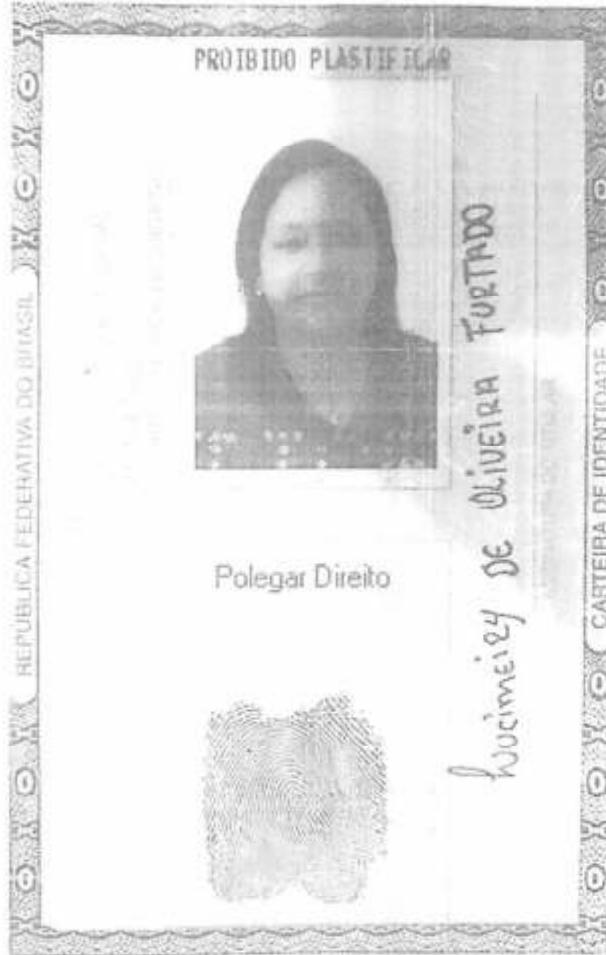
Nome:	Marcos Antônio Souza da Silva	Data Nascimento:	04/04/1972	Nº Prontuário:	5582796
Identidade:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros	Naturalidade:		Sexo:	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/>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

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

24 JAN. 2019



Scanned by CamScanner





Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Titular: Dra. Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

24 JAN. 2019

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

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

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

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

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

Em testemunho

Fernanda Almeida de Moura

Fernanda Almeida de Moura

Escrevente Autorizada



24 JAN, 2019

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

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

ACIDENTE DE TRABALHO

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

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

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

OBSERVAÇÕES: TCE

SINAIS VITais

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

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

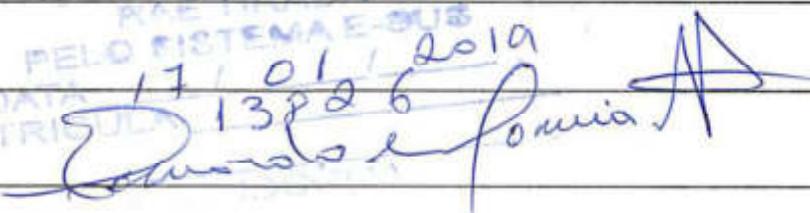
Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

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

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

24 JAN. 2019

Nº DO CLIENTE

7420588-9

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

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

CODIGO

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

ONPC 041-201-0001-79 CEP 06.115-3

Onus Prod.

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

445567854

Nota 05 22000'12 268515 - 3

Data de Emissão 09/09/2016

Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

End. Postal RU CNS HELO 01130 AP 302

POTIRAS II - CAUCAIA - 66000-000

Medidor 5018880

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 1,00

RG / CPF / CNPJ 630383663-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC-DEQUILÍBRIO DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta Nota.

Conjunto NEDH

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

Obs de Cálculo (RS)	Alíquota	Valor do Imposto
15,00	1,00	17,00

Padrão Individual	Apuração Individual
Mensal	Mensal
Trimestral	Trimestral
Anual	Anual

RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DIC ,44 FIC ,44 DMIC ,45

17,00 17,00 17,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Unit. Atual	<input type="checkbox"/> Left. Anterior	<input type="checkbox"/> Cont.	<input type="checkbox"/> Consumo (kWh)	<input checked="" type="checkbox"/> Cons. Incl.	<input type="checkbox"/> Cont. Fat.	<input type="checkbox"/> Tarifa (R\$ / kWh)	<input type="checkbox"/> Valor (R\$)
732	636	1.00	24	0.00	24	0.70202	17,00
00.10	00.00.10		31.1.20		24		17,00

VALOR (R\$)

Scanned by CamScanner

24 JAN. 2019

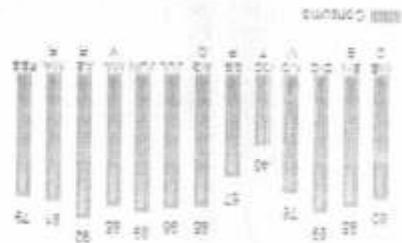
24 JAN. 2019



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

23/01/2019 Pafefenchiur JAN/2019 N_G_Counterle 0004300794 00093 4304 2 05
4300794-5 N_G_NG1_H15CBL 55715696 Touch & Pogger HHS: 53,47

Digitized by srujanika@gmail.com



HISTÓRICO DE CONSUMO (ultimo 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE: ENVIOS DE CO₂ (kg/kWh)

www.be-a-guardian-in-videos-digital-camera CM: 18,19

QUEM PÔS CIGARO NO VÁTOR DE CONSUMO

CMS	Valeur du libellé	Attribut(s)	Unité de mesure (s)	61,62	16,63
Q35	0,60	27%	Autres	61,62	16,63

CARTAO DE TDD05 - 0800.283.8916

7E7C.ARC1.D1F3.604FA.SDF6.588BA.F926.31BD

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

• 第二章 中国古典文学名著与文化

DATAS DE LEITURA

85 0 85

1756

O CONSUMO

Editorial de Fotografía

VENCIMENTO

CEM ALIBAO CALICATA 61600000

25052483
Weltidiot
positive
0000 0

[View Details](#)

55716196

1045

፩፭፻



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N.º **556958347**
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdecy, 170 | CEP: 60400-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF: 600 325 848-3

Tarifa Serviço de Energia Elétrica
tarifa padrão Lm nr. 30-426 da
26 de abril de 2012

DADOS DO CLIENTE

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

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

RG / CPF / CNPJ 630.383.663-15 CGF

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

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

Nº DO CLIENTE	9	VENCIMENTO	15/01/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	106,73
7420588				FP 3344 3268 1 76 0 76	

DESCRIÇÃO DA CONTA

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

DATAS DE LEITURA

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

OUTROS PAGAMENTOS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

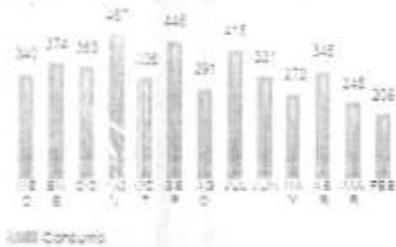
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda na verso desta conta: CM: 22,02
Conjunto

Mes NOV/ 2018

DTC (h)	Parâmetro Individual		Aporteção Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	
0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	
0,00			0,07			

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mediante cliente

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

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

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

Companhia Energética do Ceará
Maior Valores: 150 | CEP: 60336-040 | Fone/Fax: 10
CNPJ: 070422510001-70 | CGF: 00 105 8103

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

DADOS DO CLIENTE

Rota: 18 01150 23 033800

Medidor:

Posto:

Nome: ANGELA MARIA DA SILVA BRANDAO

8949504

1000 Y3IP

Endereço Postal:

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

RG / CPF / CNPJ: 739.968.743-91

CGF:

Classe: B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência:

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

TOTAL A PAGAR (R\$)

142,87

FP 31117 30938 1 179 0 179

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão:
Agrupamento:

Próx. Proxima
Leitura:

25/01/2019

23/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

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

2,99
10,10

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSões DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica!, CO₂

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

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

Consumo:

Mês: NOV/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação técnica cliente:

Nº 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



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

Declaro Profissão: _____ herida: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

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

Caruaru 23 de 05 de 2019
Local e Data



Assinatura do Declarante

24 JAN. 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

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

NFI de sinistro ou AGL:

CNPJ da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 Maris Antônio Souza da Silva

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

Nome completo: Silviano de Oliveira Furtado

CPF: 630.383.663-15

Profissão: Vendedora

Endereço:

Rua CNS milo

Estado: Pernambuco

Cidade: Garanhuns

CEP:

1130

Número: Ap. 102

Complemento:

E-mail:

E-mail:

may.ronara@hotmail.com

Tel. (800) 185) 97188819

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (1 a 1000 bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider, para a criação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.214/91, art. 3º, §1º, com base na qual a autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou análica do conselho de tutela ou curadoria.

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

Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Companheiro Separado (não casado) Viúvo

Data do óbito da vítima:

03/10/2018

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

Seu nome completo:

Vítima teve filhos?

 Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

03

Falecidos

Vítima deixou

na "mão" (não casado)?

 Sim Não

Vítima deixou pais/vôos vivos?

 Sim Não

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

MORTE

Local e Data:

Bauru - 01/02/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina a ROSG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTIMUNHAS

1º | Nome:

CNPJ:

Assinatura

2º | Nome: JOSEVAN PINTO BARROS

CPF: 600.067.453.85

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

NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 Maria Antônio Souza da Silva

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

Nome completo:

Phaloma Brandão Souza

CPF:

626.904.813-32

Profissão:

Autônoma

Endereço:

Rua Fri Odilon Ed 02

Número:

624 Ap. 01 BL AJ7

Bairro:

Res. Kennedy

Cidade:

Fortaleza

Cidade:

el

CEP:

6033 6190

Email:

may.romera@hotmail.com

Número de telefone:

(85) 97388819

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

Bradesco (337)

Banco do Brasil (001)

Itaú (341)

Caixa Econômica Federal (104)

Brasil

AGÊNCIA:

[]

CONTA:

[]

AGÊNCIA:

3469

CONTA:

39580

[]

(Informar o dígito de verificação)

(Informar a digita de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar a digita de verificação)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização por resarcimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e solidamente, a efusão da credibilidade 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 impecável da alegada infiltração do Instituto Médico Legal (IML) nos fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinar] (assinar uma das opções):

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

Peço motivo de desistência, solicito o prazo de análise dos laudos e a interrupção do Seguro DPVAT para a invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custos da Seguradora Lider para aferir a existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6º, § 4º, art. 3º, § 1º, art. 3º, § 2º, da Lei 9.055/95, assim como esta mesma ação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da referida autoridade ou direito de curto prazo, caso de fato se haja constado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no civil) União Civil Separado judicialmente Viúvo

Data do óbito da vítima:

03/10/2018

Grado de parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

Silvione Oliveira Furtado

Vítima teve filhos?

 Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

03

Falecidos

Vítima deixou

parente(s) vivos?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso preste o consentimento, a Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e provisoriamente assumirem a guarda do menor (caso o beneficiário seja menor de 18 anos) ou a gerência do ressarcimento ao seu nome, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Faxinal 01/02/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem inscreve o RGID

Phaloma Brandão Souza
Assinatura da vítima/beneficiáriaTESTEMUNHA:
1º | Nome: Alumery de Oliveira Furtado
CPF: 883.833.953-91Assinatura
2º | Nome: Josuane Pronto Barros
CPF: 600.069.453-85

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher uma pessoa responsável, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGID, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, com comprometendo-se a carregar o RGID e o formulário, assinando e preenchendo e assinatura NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NF do registro ou ASL:

nº da vítima:

Nome completo da vítima

456.263.593-20 Marcos Antônio Souza da Silva

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

Nome completo:

Ana Jéssica Huarte da Silva

CPF:
026.674.413-38

Endereço:

Endereço:

Nome completo da vítima

Vendedora Rua 114, 220

Número:
623 Complemento:
Casa

Bairro:

2200 metropolitana

Cidade:

Caucia

Estado:

CE

CEP:
61600-000

E-mail:

mat.romero@hotmail.com

tel.: 031 3200-1850
18397188819

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$4.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

CONTA POUPANÇA (informe aqui os detalhes abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0926

CONTA: 31837

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito de verif.)

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se avião que seu companheiro(a), informar o nome completo: *Budson Oliveira Furtado*

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

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

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

Local e Data:	<i>Conceição - 23/10/2019</i>
Nome:	<i>Ana Jéssica Huarte da Silva</i>
CPF:	<i>026.674.413-38</i>

Local e Data:

Nome:

CPF:

[*) Assinatura de quem assina a RGCC

Ana Jéssica Huarte da Silva

Romero

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | N° TUT: 835.833.953-91

Bruno Henrique da Oliveira Furtado

Assinatura

2º | N° TUT: 600.067.453-85

Jessilene Pinto Bonfim

Assinatura

24 JAN. 2019

[*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, menor e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELI RGCC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do inventário do documento, antes de preenchimento e assinatura.

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

24 JAN. 2019



24 JAN. 2019



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00439 029 0345608 20

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

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Deu-lhe:

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012

Carmem Lucia da Souza Gomes

Carmem Lucia da Souza Gomes

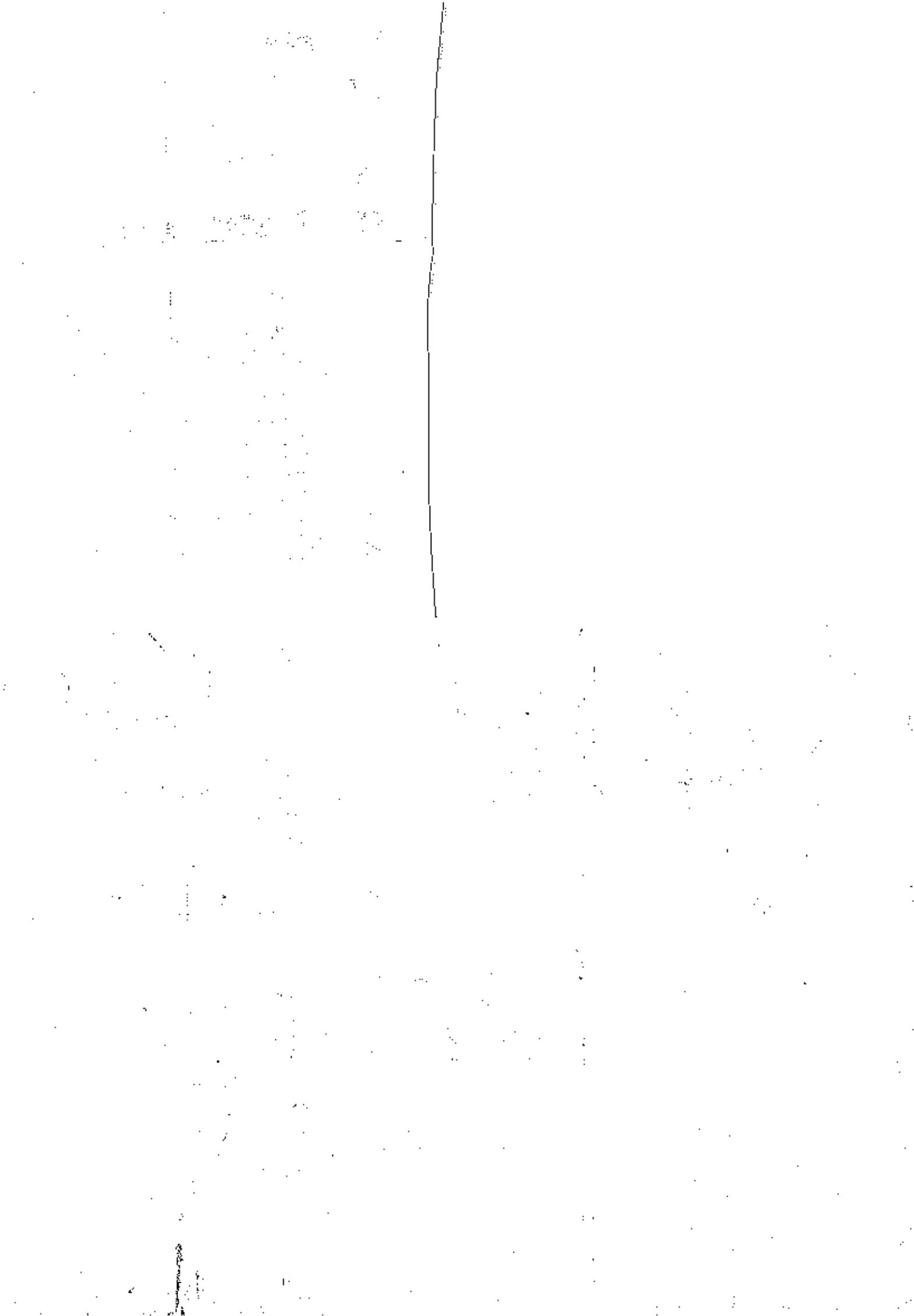
Escrivente Autorizada

24 JAN. 2019



24 JAN. 2019





24 JAN. 2019

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

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

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

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

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

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

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

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

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

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

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

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

PROTOCOLO DE BENEFICIOS

BENEFICIO: 187.267.141-9

F A I X A: 0158

DADOS DO BENEFICIO

OL. CONCESSOR....: 05.0.01.120

ESPECIE...: 21

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

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

DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO.: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

NIT.....: 0026775406523

CTPS.....: 0000000

SERIE.....: 0000000

DATA EMISSAO....:

UF.....: CE

IDENTIDADE....:

DATA EMISSAO..:

UF.....:

ORGAO EMISSOR..:

ENDERECO DO TITULAR

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

BAIRRO.....: PARQUE POTIRAZ

CEP.: 61650-370

MUNICIPIO.....: CAUCAIA

UF.: CE

DDD.....: 085

TELEFONE: 89618270 RAMAL.:

31/10/18

MATRICULA: 00000155818

ASS: _____

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

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

Sim, em ____/____/_____

Nao

M - 93/2018

egistro N. **765924 / 2018**

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

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

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

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO CRM N. 6934

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

ARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

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

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

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

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

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

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

ANATOMIA INTERNA:

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

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

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

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

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

SPOSTA AOS QUESITOS

Q1 - MEIO DE Morte?

n;

Q2 - GUNDO - Qual a causa da morte?

Q3 - Traumatismo crânio-encefálico por instrumento contundente;

Q4 - MEIO DE Morte?

Q5 - Instrumento contundente;

Q6 - Morte?

24 JAN. 2019



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

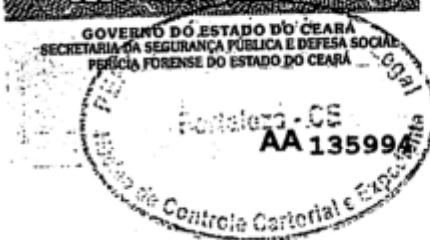
Não.

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

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO
CRM N. 6934

SELO DE AUTENTICIDADE

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romulo Artur Alves Filho,

RG nº 2002009026414 data de expedição 12/09/2002

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

complemento ap 102,

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

Veículo 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

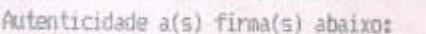
Romulo Artur Alves Filho

Assinatura do Declarante

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



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

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



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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORANTE:

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

OUTORGADO:

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

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

Caucáia - CE 17/01/2019

Local e data

- Ana Jéssica Durante da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA

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

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

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

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

DEFERIA E EXPOR
Nº CM 146411 MYFR

24 JAN. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Número do Sinistro: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

Prova de companheirismo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

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

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

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

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

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

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

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

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

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

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

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

PROTÓCOLO DE BENEFÍCIOS

BENEFÍCIO: 187.267.141-9

F A I X A: 0158

DADOS DO BENEFÍCIO

OL. CONCESSOR....: 05.0.01.120

ESPECIE...: 21

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

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

DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO.: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

NIT.....: 0026775406523

CTPS.....: 0000000

SERIE.....: 0000000

DATA EMISSAO....:

UF.....: CE

IDENTIDADE....:

DATA EMISSAO..:

UF.....:

ORGÃO EMISSOR..:

ENDERECO DO TITULAR

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

BAIRRO.....: PARQUE POTIRAZ

CEP.: 61650-370

MUNICIPIO.....: CAUCAIA

UF.: CE

DDD.....: 085

TELEFONE: 89618270 RAMAL.:

31/10/18

MATRÍCULA: 00000155818

ASS: _____

FCB Sales de A. Pocaterra
FCB de Seguro Social
Maturidade

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

[] Sim, em ____/____/_____

[] Não



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

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

15 OUT 2018

Em test.

RAFA

Assinatura

Cartório

AUTENTICAÇÃO

Nº HV 146340

PLW



Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Titular: Dra. Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

24 JAN. 2019

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

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

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

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

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

Em testemunho

Fernanda Almeida de Moura



Fernanda Almeida de Moura

Escrevente Autorizada



Em test. _____ da verdade

RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS
Escrevente Autorizado na data da A1. 2018 (14) 81893394
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

24 JAN. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Número do Sinistro: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

MARCOS ANTONIO SOUZA
DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

Declaração de únicos herdeiros

MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Declaração de únicos herdeiros

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Prova de companheirismo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA : 011.747.743-55

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

PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Certidão de nascimento
Documentos de identificação

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

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:

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de únicos herdeiros

Prova de companheirismo

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA

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

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de únicos herdeiros

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

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



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, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

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:

Prova de companheirismo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

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

Declaração de únicos herdeiros

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

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:

Prova de companheirismo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

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, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

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, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

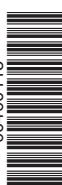
Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



24 JAN. 2019

Swallowed by CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima

456.263.593-20 / *Barros Antônio Souza da Silva*

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

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

Endereço:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Número:

Complemento:

E-mail:

CEP:

*623 Casa 61600-000**(15) 97188819*

mat.romero@hotmail.com

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

 CONTA CORRENTE (façao no banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *0926*CONTA: *31837*

B

(Informar o dígito de senha)

(Informar o dígito de senha)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito de senha)

(Informar o dígito de senha)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Local e Data: *Concânia - 23/01/2019*
 Nome: _____
 CPF: _____

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

Ana Jéssica Huarte da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Romero

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA

1º) No topo

CPF: *835.833.953-91*

Assinatura

2º) Na base

CPF: *600.067.453-85*

Assinatura

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

24 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, em horário capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELI RG/CC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, concomitante à sua assinatura, deve ser feita no formulário, antes de preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

24 JAN. 2019

Scanned by CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

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

Nº do simbolo ou A.S.L.

CNPJ da vítima

Nome completo da vítima

456.263.593-20 *Marcos Antônio Souza da Silva*

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

Nome completo

Profissão

Autonomia

Salário

E-mail

Endereço

Cidade

Estado

CEP

Número

Complemento

626.904.813-32

153

60.355.520

(85) 3046-1120

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO

- RECLAS INFORMADAS: ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 SEM REVENHA R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (informar banco abaixo. Anexar uma opção)

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

 CONTA CORRENTE (banka de banco)Nome do BANCO: *Brasil*

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o número da agência)

(Inserir a digitação da conta)

AGÊNCIA: 3469

CONTA: 39580

3

(Inserir a digitação da conta)

(Inserir a digitação da conta)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização pecuniária do Seguro DPVAT a que sou titular, referente ao mês de 03/2018, desde que o mesmo seja inferior ao limite estabelecido no total da verba recebida.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito à preseguradora Lider que realize a perícia no IML, em sua sede, para que seja feita a indicação da inválida permanente das lesões determinadas decorrentes do acidente de trânsito, conforme a F-242/14, art. 3º, II, b, p.c., bem que esta autorização não significa previsão concordância com a futura autorização de indicação da inválida permanente, conforme o disposto na legislação.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) De fato Separado (separado) Viúvo Data da óbito da vítima: *03/10/2018*

Grau de parentesco com a vítima

Vítima deixou companion? Sim Não

(informar nome completo)

Filha

Vítima teve filhos?

 Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos

Vivem:

03

Falecidos

Maior de idade

não maior de 18 anos

 Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

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

Local e Data:	<i>Lancaria - 23/01/2019</i>
Nome:	
CPF:	

Locais e Data:



Impresso nº 2018128218

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 107 - 6610 / 2018

Dados da Ocorrência

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

Dados da(s) Vítima(s)

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

Noticiante(s)

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

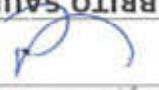
Materiais / Documentos Envolvidos

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

Histórico

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

24 JAN. 2019

DELEGAÇÃO DESTINO: DELEGAÇÃO DO 7. DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELA REGISTRO : 
FRANCISCO NAIRTON ARAÚJO GONÇALVES - MAT.: 30114612
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 
ALEXANDRE PAULO DE BRITO SAUNDERS - MAT.: 404547-1-3
VISTO DO DELEGADO(A) : 

Impresso nº 2018128218



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





Impresso nº 201977207

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 107 - 689 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **01/02/2019 10:43:47**
Data / Hora da Ocorrência: **01/02/2019 10:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA MARCILIO DIAS, 436**
Complemento:
Bairro: **PIRAMBU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

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

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSL6254** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110DR123043** Renavam: **559848951** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ROMULO ARTUR ALVES FILHO** Situação: **NAO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

JOÃO PAULO BARBOSA DOS SANTOS
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Liliane de Oliveira Furtado

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00439 029 0345608 20

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

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Deu-lhe:

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012

Carmem Lucia da Souza Gomes

Carmem Lucia da Souza Gomes

Escrivente Autorizada

24 JAN. 2019



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



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

NOME:

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF:
456.263.593-20

MATRÍCULA:

018515 01 55 2018 4 00012 110 0005155 78

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

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

RELIGIÃO:
Ign

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

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

DIA
03

MÊS
10

Ano
2018

LUGAR DE FALECIMENTO
Hospital UF Centro, Fortaleza-CE

CABO DA MORTE
Traumatismo crânio encefálico por instrumento contundente

SUSTENTAMENTO / CREMAÇÃO
CEMETÉRIO PARQUE DA SAUDADE
CAUCIA-CE

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

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

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

ANOTAÇÕES DE CADASTRO
TIPO DOCUMENTO NÚMERO DATA EXPEDIÇÃO ÓRGÃO EXPEDIDOR DATA DE VALIDADE

RG 90001017735

SSP/CE

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

Nome do Ofício:
Serviço de Registro Civil de Mandubim

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

Oficial Registrador:
Alexandre Jeckeline Moura Rollin Góis

Município/UF:
Fortaleza/CE

Endereço:
Rue Churrasco Góis, 251A - Mandubim



Regina L. B. Almeida
Escrivão de Justiça
Escrivão Autorizada

25 JAN. 2019