



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 : Obrigação 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 3ª 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

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 012674978564 SAC DPVAT 0800 022 1204
www.dpvatsegurodetransito.com.br

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

OPF / CNPJ 05327269361
EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 3/06/2014
PLACA DSI 6254

ANOS FAB 2013 CAT RISC 09
Nº CHAVEI 9C2JEC4110DR133043

PREMIO TARIFARIO
CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
DEBANTIN (R\$) 14,34
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,13
PAGAMENTO 1ª 11
COTA ÚNICA ☐ PARCELADO ☐
DATA DE OUTUBRO 10/06/2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT
DNPI 08.022.0000301-04

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

00559848951

000000000000

2016
EXERCÍCIOS

HOME

ROMULO ARTUR ALVES FILHO

[illegible]

PORTALEZA

307

CPE / CNPJ

05327269361

PLACA ANT / UF

ACE

900004110DR123043

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG-125-FAN/KS

ANO FAB

2013
-ANO MOD

CAP / POT / CIL

PARTIC

PRETA

COTA UNICA

VENCO, COTA UNICA.

VENCO / COTAS

Δ
Λ
P
I

*** **

***/*

FAIXA I P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

*** **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (RS)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

[illegible]

LOCAL

PORTALEZA

ဆယ်စုစာအုပ်



DATA

15/06/2016

Dr. Fco. J. S. de Vasconcelos

ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

João Albert Schumann Jcs

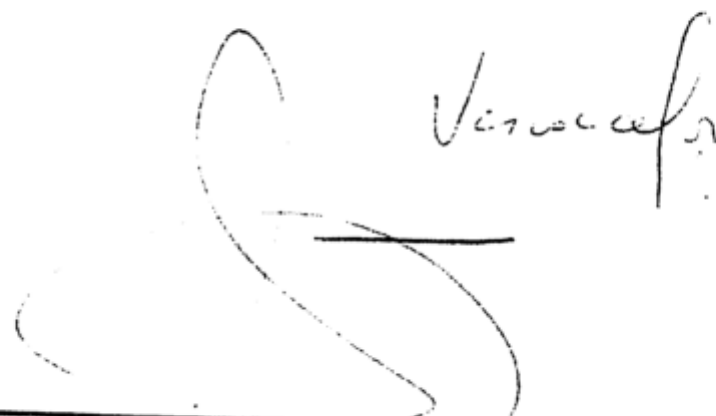
3^a feira -

8:00

II F - Centro

Tranmetologia

Fazer Bt

 Vasconcelos



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ



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

LIBERAÇÃO DE CORPO

REGISTRO Nº 4497

Declaro para os devidos fins, que foi necropsiado no Núcleo de Tanatologia Forense da Coordenadoria de Medicina Legal, o corpo de Marcos Antonio Souza da Silva
Gua cadavérica de Nº 107-3808/18 no dia 04/10/2018
tendo sido o mesmo liberado para sepultamento com a Declaração de Óbito para ser entregue em data posterior. A presente liberação foi entregue a (o) Liliane de Oliveira Furtado
sendo o corpo transportado para CLÍNICA DE TANATOLOGIA por transportador _____ e em seguida para inumação e velório pela funerária SBQ.



Fortaleza, 04 de Outubro de 2018.

24 JAN. 2019

Luciliana

SETOR DE ACOLHIMENTO FAMILIAR
NUTAF/COMEL/PEFOCE

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



INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA
"24 horas de proteção à vida"



NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO / MORTE ENCEFÁLICA

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

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

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

Scanned by CamScanner

24 JAN. 2019

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito

Lucimeiry de Oliveira Furtado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner

24 JAN. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 97002318981

DATA DE EMISSÃO 05/08/2015

NOME LUCIMEIRY DE OLIVEIRA FURTADO

RELACÃO LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO

HEIRIANY DE OLIVEIRA FURTADO

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 21/08/1978

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

FOLHA:230 LIVRO:B 41 FORTALEZA - CE

CPF 833.833.953-91

2 VIA

Ass. Substituta

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P.: 1

Scanned by CamScanner



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

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

15 OUT 2018

Em test.
RAFA
Escritor
VALIDO



Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Titular: Dra. Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

24 JAN. 2019

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

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

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

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

(ass) _____, 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 _____ da verdade

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	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA RITA DE CASSIA SOUZA DA SILVA			NOME DO PAI: GERALDO RODRIGUES SOUSA DA SILVA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: PADRE ALZIR SAMPAIO		Nº: 266	BAIRRO: PRESIDENTE KENNEDY	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 934781248	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 80355260	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USA 122 COND BELIZARIO		PARENTESCO: LUCIELDA(PRIMA)		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
AÇOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um objeto fixo ou parado.					
QUEIXAS: PAC COM HEMATOMA PERIORBITAL, ENTUBADO EM VM, TRAUMA NA PELVE SANGRAMENTO NOS MMII, APOS COLISAO EM MURETA					
OBSERVAÇÕES: TCE					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

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

24 JAN. 2019

Nº DO CLIENTE

7420588-9

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 4.415,
de 26 de abril de 2002.

Rua Padre Vitorino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza-CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CEE 06.115.845-3

CONSUMO

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA [GRUPO B I SÉRIE B 4 I Nº

445567884

Rota 05 2200/12 268515 - 3

Data de Emissão 09/09/2016

Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

End. Postal RU CHS MELO 01130 AP 102

POTIRA II - CAUCAIA - 60000000

Medidor 5018880

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 630383663-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Data de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura
09/2016	09/09/2016	11/10/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto 0,50%
Mês 0,11 0,00% 0,00 0,00

Mês de Cálculo (Mês)	Atividade	Valor do Índice	Padrão Individual			Apuração Individual		
			Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
09-16	0,00	17,81	DIC 0,29	0,55	41,19	0,00	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC 0,44	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DET. 5015.75-0.115.130.40-6.1300			DMIC 0,45			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Cont.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Conv. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
732	636	1,00	96	0,00	96	0,16202	15,55
09/09/16	09/09/16		31,138		31		5,02
DESCRIÇÃO							VALOR (R\$)

Scanned by CamScanner

24 JAN. 2019

Nº DO CLIENTE**403122-9**

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

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

Comissão Energética de Cessão
 Rua Pedro Vitorino, 110
 CEP-20195-000 | Fortaleza-CE
 CNPJ 07.001.101-70 | CEP 08.105.840-3

enei**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº****4859.00092**

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

Data de Emissão 20/01/2017

Nome VIRGÍNIA DA SILVA BRUNDAO

End. Postal BR SAO SEBASTIAO 00253
PRESIDENTE TANCREDO - 10

EZA - 60355520

Medidor 3 x 9601

Posto 1138 L44W

Classe BI-RESIDENTE 14 BIPOLAR 5530

Fator de Potência 0,88

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

CGF

Nome do Responsável

DADOS

Atividade	Data de Inscrição	Atividade Prévia
31/12/17	01/01/2017	21/12/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja o desempenho da sua rede elétrica.
 Condição 100%
 Média 100%
 Índice 51,97

ÍNDICE

Índice	Classe	Atividade
51,97	14	5530

Potência Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
4,5	13,5	13,5	2,0	6,0	6,0

24 JAN. 2019

9950913

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

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

556488738

Rota 03 22005 15 034600 - 7

Data de Emissão 04/01/2019

Nome ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

End. Postal RU POTIGUARA 01208

POTIRA - CAUCAIA - 61600000

Medidor 11953248

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 011747743-55

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jan/2019

Data da Apresentação 04/01/2019

Previsão Próxima Leitura 06/02/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Nov-2018

Mês DIC18 = 0,00 F

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 42,05

Alíquota 27,00%

Valor do Imposto 11,35

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

VALOR (R\$)

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

42,05

9,35

VENCIMENTO

10/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

51,40

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Feb	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (R\$CO₂)

22,64

0,00

0%

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

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

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

A ENEC AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,10 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,514 e COFINS=4,17%
(Art. 7, Lei. 104.286 - 1997 e Lei. 10.427/02 - 2002, 10.427/02)Parcelado em 12 meses, com adiantamento no valor de energia a ser vendido para o
consumidor. Informações: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente:

Data de Emissão 9950913

Referência:

Total a Pagar (R\$) Jan/2019

24 JAN, 2019



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

Companhia Energética da Ceará

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

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEP 60.005-880

A Nota Fiscal de Energia Elétrica

é emitida pela Lei nº 76.436 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 05 022005 12 093800

Medidor

Posto

Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

5018880

0000 0

Endereço Postal

Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

7420588

9

VENCIMENTO

15/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

106,73

End. da Unidade Consumidora RU CNS MELO 01130 AP 102 POTIRA II CALÇAIA 60000000

RG / CPF / CNPJ 630.383.663-15 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 3344 3268 1 76 0 76

DESCRIÇÃO DA CONTA

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

76 0,72504 55,10

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

08/01/2019

07/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

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

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

9,35

QUOTA PROPORCIONAL PARCELAMENTO IMPORTE TO

42,28

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

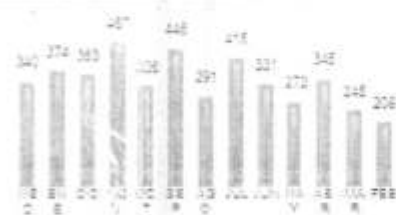
Veja a segunda no verso desta conta. CM: 22,02

Conjunto

Mes: NOV/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Mês Consumo

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica eficiente

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 de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdeirino, 182 | CEP: 60020-040 | Fortaleza (CE)

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.438 de

28 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota: 18 01150 23 033800

Medidor

Posto

Nome: ANGELA MARIA DA SILVA BRANDAO

8949504

1000 Y31P

Endereço Postal

Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2011951

8

End. da Unidade

Consumidora

RU FRI ODILON 00624 AP 01 BL A17 QD 02 PRES. KENNEDY

FORTALEZA 60336190

RG / CPF / CNPJ

739.968.743-91

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

VENCIMENTO

01/02/2019

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP

31117

30938

1

179

0

179

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão:
AprovaçãoPrev. Próxima
Leitura

25/01/2019

23/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

129,78

Alíquota

27%

Valor do Imposto

35,04

OUTROS PAGAMENTOS

TÍTULO DE CAPITALIZAÇÃO BOA AÇÃO BOA SORTE

2,99

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-CAP

10,10

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica CO₂0,00 kg CO₂ Compensado

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

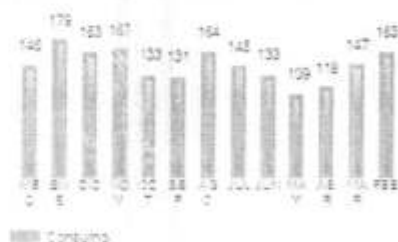
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 39,97

Conjunto

Mês: NOV/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo

Autenticação eletrônica cliente

N° do Cliente: 2011951-8

N° da Nota Fiscal: 559596359

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

Data de Emissão: 31/01/2019

Referência: JAN/2019

N° de Controle: 0002011951 00232 4379 2 81

838000000001-7 42870031000-8 00020119510-0 02324379250-5



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

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

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Potiguara</u>		Número <u>1208</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Petropolis</u>	Cidade <u>Caruaru</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53600-000</u>
Email <u>may.viana@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(85) 30461120</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 9718 8819</u>

Caruaru a 23 de 05 de 2019
Local e Data

Romero

Assinatura do Declarante

24 JAN. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

Bairro: Botura II Cidade: Bauracura Estado: el CEP: 61600-000

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

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00 ☐ R\$15.001,00 ATÉ R\$20.000,00 ☐ R\$20.001,00 ATÉ R\$25.000,00 ☐ R\$25.001,00 ATÉ R\$30.000,00 ☐ R\$30.001,00 ATÉ R\$35.000,00 ☐ R\$35.001,00 ATÉ R\$40.000,00 ☐ R\$40.001,00 ATÉ R\$45.000,00 ☐ R\$45.001,00 ATÉ R\$50.000,00 ☐ R\$50.001,00 ATÉ R\$55.000,00 ☐ R\$55.001,00 ATÉ R\$60.000,00 ☐ R\$60.001,00 ATÉ R\$65.000,00 ☐ R\$65.001,00 ATÉ R\$70.000,00 ☐ R\$70.001,00 ATÉ R\$75.000,00 ☐ R\$75.001,00 ATÉ R\$80.000,00 ☐ R\$80.001,00 ATÉ R\$85.000,00 ☐ R\$85.001,00 ATÉ R\$90.000,00 ☐ R\$90.001,00 ATÉ R\$95.000,00 ☐ R\$95.001,00 ATÉ R\$100.000,00 ☐ ACIMA DE R\$100.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Sem limite para saques e depósitos. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Faça os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/compensação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o direito, desde que eu apresente a efetivação do crédito, mediante total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 11.347/2006, art. 2º, § 1º, entendendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Companheira Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Beliani de Oliveira Furtado

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte (ou) a indenização que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 329 do Código Penal.

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

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura do quem assina A RÔG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Beliani

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: JOSEFAN SANTO BARROS

CPF: 600.067.453-85

JOSEFAN

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SER (RÔG), na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé de tudo do que for informado e assinado, antes do preenchimento e assinatura.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

TPP do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 Marcelo Antonio Souza da Silva

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

Nome completo: Phalema Brandão Souza

CPF: 626.904.813-32

Endereço: Rua Fria Edilson Bad 02

Estado: 624 Complemento: Ap. 02 BL A17

Cidade: Recife

Cidade: 60336190

E-mail: mar.souza@hotmail.com

CPF: 626.904.813-32

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (para os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 3469

CONTA: 39580

3

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não emite laudos para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência emite laudos com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 247/4, art. 3º, §1º, inciso II, entendendo que esta minha ação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de indenização, caso contrário não seja concedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de parentesco com a vítima: Filha Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos: ☒ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos: ☒ Sim ☐ Não

Nome completo do beneficiário: Gilvane Oliveira Furtado

CPF do beneficiário: 03 Data de nascimento: 03 Estado: 03 Cidade: 03

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

Local e Data: Caruaru 01/02/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RORR

Phalema Brandão Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Gilvane

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA

1ª Nome: Lucimery de Oliveira Furtado

CPF: 833.833.953-91

Lucimery de Oliveira Furtado

Assinatura

2ª Nome: Josuan Pinto Barros

CPF: 600.069.453-85

Josuan

Assinatura

(*) 4 vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROLLO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a carilhe ciência de que a vítima e o beneficiário não poderão preencher e assinar o formulário e a assinatura.

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

escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
------------------------------------	---	---	---

TEV NO CUMULUS OF STV

50

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

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

12-00002 2009

Filium du Oliviera Feutardt

630.383.663-15

0000-1200

Para CVS muito

1130 270502

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

my. remove@kafkai.com

Declaro, para todos os fins de direito, estar no exatíssimo conhecimento, conforme comprovado acima (ANEXAR CÓPIA).

REDACTED

RECEIVED IN CHINA

☐ Yes ☐ No

CON LA POLPANCA (bambini fino a 6 anni) e POLPANCA (7-11 anni)

CON/A LORENTE

Brasile

ODOS BANCARIOS DO BENEFICIÁRIO - ASSINALE E IDENTIFIQUE O - ASSINALE E IDENTIFIQUE O

<input type="checkbox"/> ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.000,00 ATÉ R\$5.000,79	<input type="checkbox"/> R\$5.000,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.000,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.000,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$10.000,00 ATÉ R\$15.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$15.000,00

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGENCIA: 003053 CONT: 40.506 X

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

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 111–118

© 1997 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. This publication is protected by copyright. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without prior written permission from The McGraw-Hill Companies, Inc.

DECLARACÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREPENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

8/10/2010

Nome: Paulo da Oliveira

☒ Sim ☐ Não Última edição realizada por: [nome]

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 105–112

Constatado por infragêdo do artigo 259 do Código Penal.

TESTEM JUAN
28 | 10 | 2019
E Data: 28/10/2019
Bureau of the District

833.833.953.61

• Advocacy de change

Assinatura: Devon Pinto Bone

600' 000' 453' 185' 600' 000' 453' 185'

100

2

24 JAN. 2019

o não atendimento deve ser feito pelo setor responsável, sendo o caso, por exemplo, o atendimento ao cliente, na presença

COPIA DA IDENTIDADE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA/LOCAL

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

Nº do sinistro ou ASL: 456.263-593-20 CPF da vítima: Marcos Antônio Souza da Silva Nome completo da vítima: Marcos Antônio Souza da Silva

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

Nome completo: Ana Jéssica Duarte da Silva CPF: 026.674.413-38

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

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

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

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR: ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Caucaia - CE 23/01/2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem preencheu o formulário: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Ana Jéssica Duarte da Silva

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Luciano Oliveira Furtado CPF: 835.833.953-91

2ª Nome: Luciano Oliveira Furtado CPF: 835.833.953-91

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

24 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEI-RDG-3, na presença do 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do inteiro teor do documento, antes de preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

24 JAN. 2019

RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS
CPF: 03.000.000.000-00
RG: 146339
AUTENTICAÇÃO
Nº HV 146339
FOLHA Nº 03
CARTÃO DE NOTAS
Rua Póster Facundo, 661 - Fátima, RJ
Fone: 3252-2112

Em test. de verdade
15 OUT 2018
O referido é verdade. Dou fé.
A presente cota foi rubricada e conferida com o original existente nos autos Públicos.
Portaleza.

PROIBIDO PLASTIFICAR
316071425

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
NOME: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA
CPF: 9000101735
RG: 585
DATA NASCIMENTO: 04/04/1972
FILIAÇÃO: GERALDO RODRIGUES DA SILVA
CASOIA SOUZA DA SILVA
AC: []
AB: []
CA: []
1ª ASSOCIAÇÃO: 26/04/1990
2ª ASSOCIAÇÃO: 27/08/2015
LOCAL: PORTALEZA, CE
DATA EMISSÃO: 08/09/2010
CR: 26606569716
CR: 0822913574

316071425
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

2. presente copia fotográfica conforme com
 o original e bido nestas, Notas Públicas,
 Fontaléza,
 15 OUT 2018
 da verdade
 RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS
 Documento autêntico em virtude do selo de autenticidade
 VALINDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASSINATURA DO DIRETOR

2 VIA

CPF 630.383.663-15

LIVRO: A-48 FORTALEZA - CE

CERT. NASCIMENTO - CARTEIRO: 1 OFÍCIO TERMO: 55705 FOLHA: 233

DATA DE NASCIMENTO 13/11/1981

FORTALEZA - CE

MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO

LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

REGISTRO 98010078623

DATA DE EMISSÃO 09/05/2014

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

Polegar Direito



Nome de Oliveira, Augusto

ASSINATURA DO TITULAR

GABARITO DE IDENTIDADE



JAIME ARARIPE
Serviço Registral

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00430 020 0345908 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DIA	MÊS	ANO
CINCO (05) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)		05	05	2012
HORA	MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.			
09 05	FORTALEZA-CE			
MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.		LOCAL NASCIMENTO		SEXO
ANTÔNIO BEZERRA, FORTALEZA / CEARÁ		FORTALEZA-CE		FEMININO
FILIAÇÃO				
MARCOS ANTÔNIO SOUZA DA SILVA LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO				
AVÓS				
GERALDO RODRIGUES DA SILVA CASSIA SOUZA DA SILVA LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO				
GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)				
NÃO NÃO É GÊMEO				
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
ONZE (11) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)		30-57995076-1		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES				
Registro feito nesta data. Registro lavrado no Livro Nº A-00430, Folha Nº 020, Termo Nº 345908.				

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou fé.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

Carmin Lucia de Souza Gomes

Carmin Lucia de Souza Gomes
Escrevente Autorizada

JAIME ARARIPE
Serviço Registral

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



24 JAN. 2019

[illegible]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008916868 - 7 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/09/2014

NOME PHALOMA BRANDÃO SOUZA

FILIAÇÃO MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

ÂNGELA MARIA BRANDÃO DE SOUZA

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

DOC. ORIGEM

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

V LIVRO: A-199 FORTALEZA - CE

CPF

1 VIA

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

P.: 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, INQUÉRITO E PERÍCIAS GLOVETRICAS

Polgar Direto

Phaloma Brandão Souza

Ministerio da Fazenda

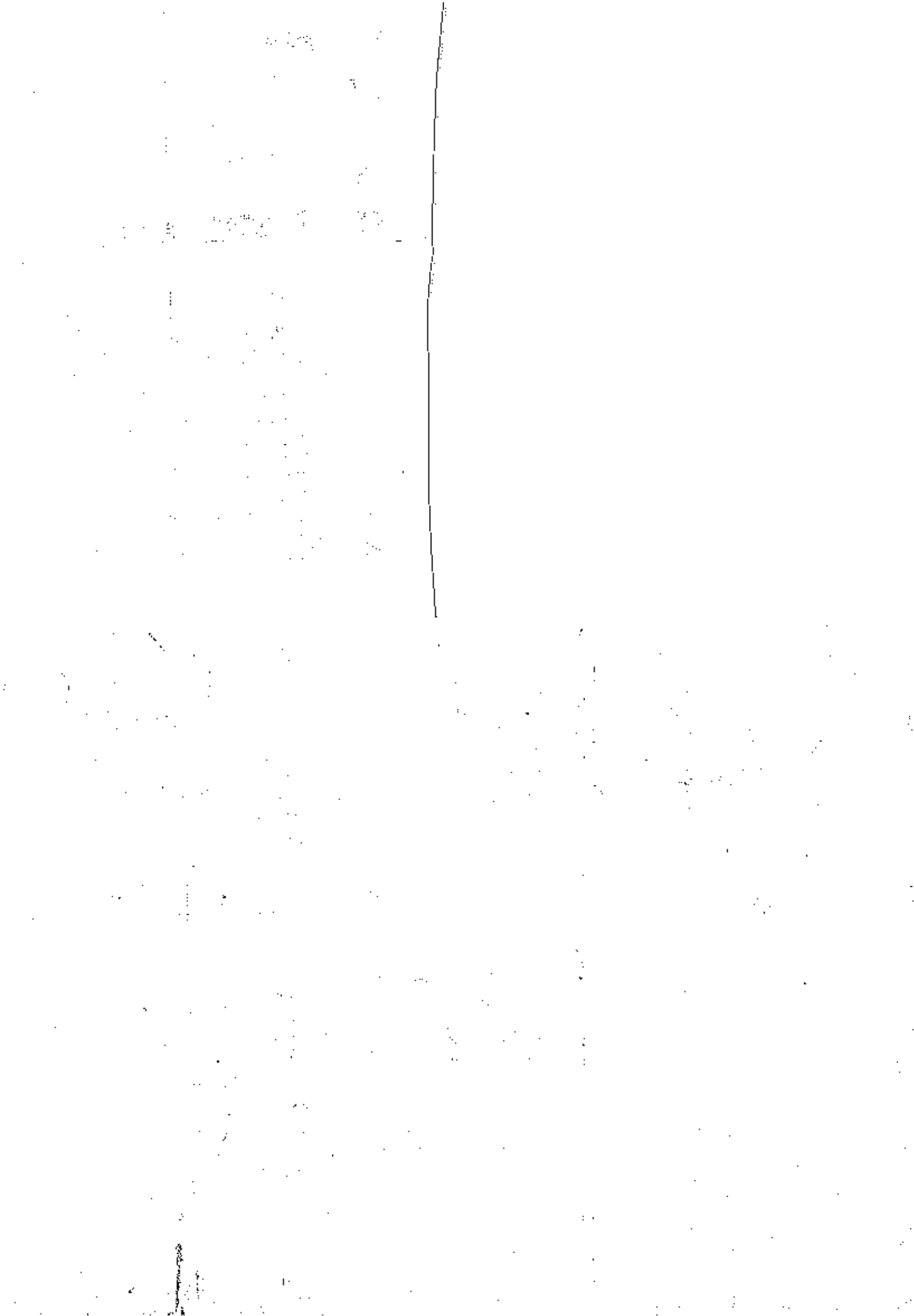
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 626.904.813-32

Nome PHALOMA BRANDAO SOUZA

Nascimento 23/11/1998



[illegible]

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

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

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

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

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

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

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

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

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

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

Valor Bruto	Descontos	Valor Liquido
901,00	0,00	901,00

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

PROTOCOLO DE BENEFICIOS

BENEFICIO: 187.267.141-9

F A I X A: 0158

DADOS DO BENEFICIO

OL. CONCESSOR.....: 05.0.01.120

ESPECIE....: 21

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

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

DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO.: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

NIT.....: 0026775406523

CIPS.....: 00000000

SERIE.....: 00000000

DATA EMISSAO.....:

UF.....: CE

IDENTIDADE.....:

DATA EMISSAO..:

UF.....:

ORGAO EMISSOR.:

ENDEREÇO DO TITULAR

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

BAIRRO.....: PARQUE POTIRA

CEP.: 61650-370

MUNICIPIO.....: CAUCAIA

UF.: CE

DDD.....: 085

TELEFONE: 89618270 RAMAL.:

DATA

31/10/18

MATRICULA: 00000155818

ASS:

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

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

[] Sim, em ____/____/____

[] Nao

M. 93/2018

registro N. 765924 / 2018

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

Enviar para **DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**

EXAME CADAVERICO

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

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO

CRM N. 6934

Para proceder a exame de corpo de delito (CADAVERICO) em um corpo recebido no Necrotério às 21:00 de 03/10/2018 e identificado como sendo de

ARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

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

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

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

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

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

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

EXAME INTERNO:

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

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

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

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

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

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve morte?

Sim;

SEGUNDO - Qual a causa da morte?

Traumatismo crânio-encefálico por instrumento contundente;

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

Instrumento contundente;

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

24 JAN. 2019



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE

Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL

Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza

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

Não.

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

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO
CRM N. 6934



18/09
07.09.2018

Declaración do Proprietario do Veículo

Eu, Thiéfelo Anten Alas RG nº 2002009026412 data de expedição 12/09/2002

Órgão SRP - U, portador do CPF nº 053242693-61 com
domicílio na cidade de Bauricéia, no Estado de
Paraná, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

Para CNS melo nº 1130

complemento Ap 802 declaro sob as penas da Lei que o veículo abaixo
mencionado é/era de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Marcelo Antonio Souza da Silva cujo o condutor era

Marcos Antônio Souza da Silva

Veículo moto
Modelo honda / CG 125 PAN KS

Aug 2013

Place OSU 6254

Chassi: 9C2JCH110DR123043

Data do Acidente: 29/09/2018

Local e Data: Fortaleza - ce 24/03/2019

Pongelo Arden Alus & lhu
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Morais
de Deus

10º Tabelionato de Notas de Fortaleza

R. Gasimira Montenegro, 70 - Santa Castelo • Fátima / CE • CEP 80.325-720
Fone: (85) 3223-9565 | Silvia@www.cartorioscratedeus.net.br
Tabela: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

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

Fortaleza, 24/01/2019

Válido somente com o selo de autenticidade.

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

Confine the stress to the air and avoid the use of the bag.

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

Nº CM 876319



CE Nº 012674978564 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 13/06/2016
VIA 01 CPF / CNPJ 05327269361 PLACA 08L6254

RENAVAM 00337048701 MARCA / MODELO HONDA / CB 125 FAN KS
ANO FAB. 2013 CAT. BREV. 09 Nº CHASSI 9C2JC4110DR123043

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.343.608/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

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

NOME ROMULO ARTUR ALVES FILHO
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 05327269361 PLACA 08L6254/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2JC4110DR123043

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

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

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

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

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

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 13/06/2016

Igor Ponte

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Ana Jessica Duarte da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Assistente Comercial
Identidade: 06615401622 CPF: 026.674.413-38
Endereço: Rua J34 Wsa 623 Sem Bairro Caucaia

OUTORGADO:

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

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

Caucaia - ce 17/01/2019

Local e data

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

Cartório de Jurema



24 JAN. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Número do Sinistro: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

Prova de companheirismo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

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

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

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

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

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

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

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

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

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

Valor Bruto
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

CIPS.....: 00000000

SERIE.....: 00000000

DATA EMISSAO.....:

UF.....: CE

IDENTIDADE.....:

DATA EMISSAO..:

UF.....:

ORGAO EMISSOR.:

ENDEREÇO DO TITULAR

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

BAIRRO.....: PARQUE POTIRA

CEP.: 61650-370

MUNICIPIO.....: CAUCAIA

UF.: CE

DDD.....: 085

TELEFONE: 89618270 RAMAL.:

DATA

31/10/18

MATRICULA: 00000155818

ASS:

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

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

[] Sim, em ____/____/____

[] Nao



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

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

15 OUT 2018

Em test
RAPA
Schmidt
VALUOS

DE OLIVEIRA DIA 03

AUTENTICAÇÃO

Nº HV 146340 PLWK

Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Titular: Dra. Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

24 JAN. 2019

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

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

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

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

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

Em testemunho *Fda* da verdade

Fernanda Almeida de Moura
Escrevente Autorizada



24 JAN. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Número do Sinistro: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

Declaração de únicos herdeiros

MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Declaração de únicos herdeiros

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Prova de companheirismo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA : 011.747.743-55

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

PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Certidão de nascimento
Documentos de identificação

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

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

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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 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



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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 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



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

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



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



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

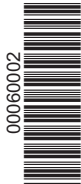
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

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



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 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

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



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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL

CPF da vítima: 456.263.503-20
Nome completo da vítima: Mônica Antonia Souza da Silva

Registro de informações cadastrais e faixa de renda mensal da pessoa física (vítima/beneficiário) - CIRCULAR SUSSEP Nº 445/2012

Nome completo: Juliana de Oliveira Feitado
Profissão: Vendedora
Endereço: Rua dos Nulos
Cidade: Caucaia
Estado: CE
CEP: 630.383.663-15
CPF: 1130 40102
E-mail: may.venova@feitadocem.com
Telefone: (85) 97188819

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

RENDA MENSAL: ☒ MENOS DE R\$1.000,00 ☐ ENTRE R\$1.000,00 E R\$2.000,00 ☐ ENTRE R\$2.000,00 E R\$3.000,00 ☐ ENTRE R\$3.000,00 E R\$4.000,00 ☐ ENTRE R\$4.000,00 E R\$5.000,00 ☐ ENTRE R\$5.000,00 E R\$6.000,00 ☐ ENTRE R\$6.000,00 E R\$7.000,00 ☐ ENTRE R\$7.000,00 E R\$8.000,00 ☐ ENTRE R\$8.000,00 E R\$9.000,00 ☐ ENTRE R\$9.000,00 E R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE A SUA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA CORRENTE (133) Banco: Brast

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ AGÊNCIA: 3053 CONTA: 40.506

Autorizo a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, os valores devidos em indenização, reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recebendo e dando, desde já e somente após a efetivação da transferência, o valor total de valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não possui peritos para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não possui peritos para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não possui peritos para fins do Seguro DPVAT, ou

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não possui peritos para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não possui peritos para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não possui peritos para fins do Seguro DPVAT, ou

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☒ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima: 03/10/2018

Gravidez da vítima: ☐ Não ☒ Sim

Nome da vítima: Juliana de Oliveira Feitado

CPF da vítima: 1130 40102

CPF do beneficiário: 630.383.663-15

Local e Data: Caucaia - CE 23/01/2019

Nome: Juliana de Oliveira Feitado

CPF: 630.383.663-15

Assinatura de quem assina a DPVAT: Juliana de Oliveira Feitado

Assinatura de Representante Legal (se houver):

Assinatura de vítima/beneficiário (se houver):

24 JAN. 2019

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS

24 JAN. 2019

Scanned by CamScanner



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

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

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

Nome completo: Ana Jéssica Duarte da Silva CPF: 026.674.413-38

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0926 CONTA: 31887 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Caucaia - a 23/01/2019
Nome: _____
CPF: _____

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

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

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Luciano Oliveira Furtado
CPF: 835.833.953-91
2ª Nome: Luciano Oliveira Furtado
CPF: 600.067.453-85
Assinatura
Assinatura

24 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, com capacidade, para preencher e assinar o presente formulário, A SELI RGGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Scanned by CamScanner

CAIXA

POUPANÇA



6277 8015 9169 3019

6277

VALIDATE

08/21

ANA JESSICA DUARTE SILVA

0926 013 00031887-2

elo

24 JAN. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

Declaro, para todos os fins de direito, ser a(s) vítima(s) da ocorrência informada, conforme comprovante em anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para contas abertas. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito de verificação)

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

(Informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de acordo com o valor da indenização/combustível do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, resgatando-a, quando, depois de eu solicitar a indenização, eu quiser, qualquer total do valor devido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o processamento da análise e entrega do pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, conforme artigo 1º, inciso III, do Decreto nº 3.048/99, do Poder Executivo, e artigo 1º, inciso II, do Decreto nº 3.048/99, do Poder Executivo, e artigo 1º, inciso I, do Decreto nº 3.048/99, do Poder Executivo, e artigo 1º, inciso I, do Decreto nº 3.048/99, do Poder Executivo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquele beneficiário que se apresentar e provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 309 do Código Penal.

Local e Data: **Caruaru - PE 23/01/2019**

Nome:

CPF:

Phaloma Brandão Souza

Assinatura da vítima/beneficiário

Phaloma

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **José Roberto Barros**

CPF: **600.067.453-85**

Assinatura

Luciene Oliveira Furtado
 CPF: **833.833.953-91**
Luciene de Oliveira Furtado

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não poderá usar este formulário para fins de pedido de indenização por invalidez permanente ou morte, sem a presença de 2 (duas) testemunhas, que deverão assinar e rubricar, comprometendo-se a dar, sob pena de anulação, o presente formulário, após o preenchimento e a assinatura.

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

24 JAN. 2019



Impresso nº 2018128218

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 6610 / 2018

Dados da Ocorrência

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

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCOS ANTÔNIO SOUZA DA SILVA**
Nascimento: **04/04/1972** CPF: **456.263.593-20**
RG: **90001017735** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **CÁSSIA SOUZA DA SILVA**
GERALDO RODRIGUES DA SILVA
Endereço: **RUA CONSUNEL, 1130 AP 102**
Bairro: **PARQUE POTIRA 2**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

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

Materiais / Documentos Envolvidos

- 1) RG Órgão Emissor: SSP-CE - ROUBADO
- 2) CNH EMISSOR: DETRAN-CE CAT. HAB: AD - FURTADO
- 3) CPF Órgão Emissor: RECEITA FEDERAL - FURTADO
- 4) CHEQUE - FURTADO
- 5) MOEDA NACIONAL Qtde. 200 reais - FURTADO

Histórico

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



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

Impresso nº 2018128218

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 6610 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7.º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO NAIRTON ARAÚJO GONÇALVES - MAT.: 30114612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco de Oliveira Junior*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

24 JAN. 2019



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 201977207

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 689 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **NAO DELITUOSA**Data / Hora da Comunicação: **01/02/2019 10:43:47**Data / Hora da Ocorrência: **01/02/2019 10:40:00**Endereço da Ocorrência: **RUA MARCILIO DIAS, 436**

Complemento:

Bairro: **PIRAMBU**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

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

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

Histórico

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOÃO PAULO BARBOSA DOS SANTOS - MAT.: 300049-1-4****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Liliane de Oliveira Furtado***VISTO DO DELEGADO(A) :****ALEXANDRE PAULO DE BRITO SAUNDERS - MAT.: 404547-1-3**



JAIME ARARIPE
Serviço Registral

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00430 020 0345908 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DIA	MÊS	ANO
CINCO (05) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)		05	05	2012
HORA	MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.			
09 05	FORTALEZA-CE			
MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.		LOCAL NASCIMENTO		SEXO
ANTÔNIO BEZERRA, FORTALEZA / CEARÁ		FORTALEZA-CE		FEMININO
FILIAÇÃO				
MARCOS ANTÔNIO SOUZA DA SILVA LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO				
AVÓS				
GERALDO RODRIGUES DA SILVA CASSIA SOUZA DA SILVA LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO				
GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)				
NÃO NÃO É GÊMEO				
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
ONZE (11) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)		30-57995076-1		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES				
Registro feito nesta data. Registro lavrado no Livro Nº A-00430, Folha Nº 020, Termo Nº 345908.				

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou fé.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

Carmin Lucia de Souza Gomes

Carmin Lucia de Souza Gomes
Escrivente Autorizada

JAIME ARARIPE
Serviço Registral

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



24 JAN. 2019

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



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

NOME:

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF:

456.263.593-20

MATRÍCULA:

018515 01 56 2018 4 00012 110 0005155 78

SEXO	COR	ESTADO CIVIL / RESIDE
Masculino	Parda	Separado judicialmente.

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

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

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

DATA E HORA DO FALECIMENTO

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

DEA

03

MES

10

ANO

2018

LOCAL DE FALECIMENTO

Hospital UJ Centro, Fortaleza-CE

CAUSA DA MORTE

Traumatismo crânio encefálico por instrumento contundente

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

CEMITERIO PARQUE DA SAUDE
CAUCAIA-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 (DOS) MÉDICO(S) QUE ATENDU(AM) O(A) FALLECIDO(A)

Osmar Leite de Figueiredo Filho, CRM 3934/CE

AVERBAÇÕES / ADOTAÇÕES À ACQUIESCER

Ato registrado no livro C-12, às folhas 113, sob o nº 5155. Data do registro: 16 de outubro de 2018. Data do óbito: 3 de outubro de 2018. Profissão do falecido: Marchante. Data de nascimento do falecido: 4 de abril de 1972. Separado judicialmente. Não constam averbações à margem, no termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

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

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

Nome do Oficial
Serviço de Registro Civil de Mandubim

Oficial Registrador
Alexandra Jackson Moura Rolim Silva

Município/UF
Fortaleza/CE

Endereço
Rua Clemente Silva, 251A - Mandubim

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



Regina C. D. Almeida
Regina C. D. Almeida
Escritorante Autorizada

arpenceara AA 000468593 P

24 JAN. 2019