

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

---

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190379487**

**Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

**Data do Acidente: 12/05/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE**

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

Autorização de pagamento ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190379487**

**Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

**Data do Acidente: 12/05/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: CELIO GEOFANI MARQUES LINO**

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

**Senhor(a), MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

**Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190379487**

**Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

**Data do Acidente: 12/05/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: CELIO GEOFANI MARQUES LINO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190379487**

**Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

**Data do Acidente: 12/05/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: CELIO GEOFANI MARQUES LINO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE**

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

**Rebedor: MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE**

**Valor: R\$ 6.750,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000229**

**Conta: 0000044252-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190379487**

**Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

**Data do Acidente: 12/05/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA**

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

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Autorização de pagamento</b> | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto. |
|---------------------------------|---|

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190379487**

**Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

**Data do Acidente: 12/05/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA**

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

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Autorização de pagamento</b> | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto. |
|---------------------------------|---|

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190379487**

**Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

**Data do Acidente: 12/05/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA**

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

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Autorização de pagamento</b> | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto. |
|---------------------------------|---|

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190379487**

**Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

**Data do Acidente: 12/05/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)</b> | Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento ou, da certidão de casamento ou, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Cadastro de Pessoa Física - CPF, do comprovante de residência, o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois não foi entregue. No caso de herdeiro já falecido, necessário a cópia da certidão de óbito. |
|--|---|

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

Nº da sinistro ou ABL:

3190/379487 021.617.567-45. FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

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

Nome completo:

MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE

Município:

PEDREIRO

Endereço:

RUA DAS ENFERMEIRAS

Bairro:

GUARATIBA

Cidade:

RIO DE JANEIRO

Estado:

RJ

E-mail:

MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE@Gmail.com

CPF: 152053597-06

Número: 65

Complemento: -

CEP: 23032-220

Tel. (21) 211988341589

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

## DADOS CADASTRAIS

Renda Mensal:

 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA 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\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

## INVALIDEZ PERMANENTE

 CONTA POUPANÇA (consiste numa baixa remuneração. Até hoje sou usuária) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0229

Número da agência: 0229

CONTA: 00044252

Número da conta: 00044252

 CONTA CORRENTE (baixa remuneração)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

Número da agência: \_\_\_\_\_

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

Número da conta: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (equivalente ao Seguro DPVAT e que eu fui beneficiário), resguardando o direito de receber, a qualquer momento, quaisquer outras verbas resarcitórias.

## 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 e de pagamento do Seguro DPVAT para invalidez permanente, assim veja (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência;  
 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.

Este certifico voluntariamente que não tenho devidamente laudo do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, constituindo-me desobediente ao artigo 10º, § 1º, da Circular nº 445/2012, que determina que esta é a exigência para a concessão do benefício. Assim, declaro que não sou beneficiário do Seguro DPVAT, e que a minha única cobertura é a da Seguradora Lider.

## MORTE

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (na Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data morte da vítima: 12/05/2017Abaixo consta o nome da vítima: Vítima deixa compatriótico:  Sim  Não Se a vítima deixou compatriótico, informar o endereço completo:Nome da vítima: FICHO  Sim  Não Se a vítima faleceu tornar qualificativa:  Sim  Não Vítima deixou (ou morreu):  Sim  Não Vítima deixou (ou morreu):  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso venha a indenização do Seguro DPVAT por morte, a quantia estabelecida no artigo 10º, § 1º, da Circular nº 445/2012, que é igual ao valor da indenização de invalidez permanente, resguardado o direito de receber, a qualquer momento, quaisquer outras verbas resarcitórias.

Assunto: Declaro que a Seguradora Lider pagará, caso venha a indenização do Seguro DPVAT por morte, a quantia estabelecida no artigo 10º, § 1º, da Circular nº 445/2012, que é igual ao valor da indenização de invalidez permanente, resguardado o direito de receber, a qualquer momento, quaisquer outras verbas resarcitórias.

Local e Data: RIO DE JANEIRO OS JUNHO 2019

Nome: Marcus Vinicius de Almeida Duarte

CPF: 021.617.567-45

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

(P) Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte

Assinatura de quem assinou a RG: Francisco N. Paiva Duarte



CUNTA POUPO





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

Nº do anexo(s) PSL

Pr. da vítima

Nome completo da vítima:

3190/379487 021.617.567-45 FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

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

Nome completo:

MARCUS VINÍCIUS DE ALMEIDA DUARTE

Profissão:

PEDREIRO

Endereço:

RUA DAS ENFERMEIRAS

Bairro:

GUARATIBA

Cidade:

RIO DE JANEIRO RJ

E-mail:

MARCUS VINÍCIUS DE ALMEIDA DUARTE@GMAIL.COM

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, e�dorando comprovante (ANEXAR COPIA)

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

 RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA 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\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (Salvo o limite bancário informado, a indenização paga para o beneficiário é de 100% da renda líquida) Bradesco (237) Banco do Brasil (001) Itaú (341) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Salvo o limite)

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

AGÊNCIA: 0229

CONTA: 000744252 3

informar o dígito verificador

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

informar o dígito verificador

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:  
533-3860/2019

3 - CPF da vítima:  
021.617.567-45

4 - Nome completo da vítima:  
FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

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

5 - Nome completo:  
ANA JULIA RIPARDO DUARTE

6 - CPF:  
634.112.493-74

7 - Profissão:  
ESTUDANTE

8 - Endereço:  
FAZENDA MURIÇOCA

9 - Número:  
s/n

10 - Complemento:  
CASA

11 - Bairro:  
AREA RURAL

12 - Cidade:  
GROAÍRAS

13 - Estado:  
CE

14 - CEP:  
62190000

15 - E-mail:  
evanildoaragaoadv@gmail.com

16 - Tel.(DDD):  
(88)988350929

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
MARIA ADELINA RIPARDO DE SOUSA

18 - CPF do Representante Legal:  
073.249.623-35

19 - Profissão do Representante Legal:  
DO LAR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Casa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0554

01

CONTA: 00272717

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

|                                       |                                    |   |              |   |            |                               |            |   |            |                                     |            |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|--------------|---|------------|-------------------------------|------------|---|------------|-------------------------------------|------------|
| 23 - Estado civil da vítima:          | Solteiro                           | Casado (no Civil)                       | Divorciado   | Separado Judicialmente  | Viúvo      | 24 - Data do óbito da vítima: |            |   |            |                                     |            |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | Sim                                     | Não          | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:<br><b>NAO</b> |            |                               |            |   |            |                                     |            |
| 28 - Vítima teve filhos?              | Sim<br>Não                         | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 2 | Falecidos: 0 | 30 - Vítima deixou nascituro (veja nascer)?                                     | Sim<br>Não | 31 - Vítima teve irmãos?      | Sim<br>Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 2 | Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? | Sim<br>Não |

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: **EDIMILSON XIMENES MELO**

CPF: 511.871.403-68

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **MARIA AILZA ARAGAO**

CPF: 110.264.133-20

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, GROAÍRAS-CE, 06 DE SETEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

-inatura do Representante Legal (se houver)

01 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190379487** 3 - CPF da vítima: **021.617.567-45** 4 - Nome completo da vítima: **FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

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

|                                       |                                  |               |                         |                       |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------------|
| 5 - Nome completo:                    | <b>ANA JULIA RIPARDO DUARTE</b>  |               | 6 - CPF:                | <b>634.112.483-74</b> |
| 7 - Profissão:                        | <b>ESTUDANTE</b>                 | 8 - Endereço: | <b>FAZENDA MURIGACA</b> |                       |
| 9 - Número:                           | <b>S/N</b>                       |               | 10 - Complemento:       | <b>CASA</b>           |
| 11 - Bairro:                          | <b>ÁREA RURAL</b>                | 12 - Cidade:  | <b>GROAÍRAS</b>         |                       |
| 13 - Estado:                          | <b>CE</b>                        |               | 14 - CEP:               | <b>62190-000</b>      |
| 15 - E-mail:                          | <b>luvabildoanagao@Gmail.com</b> |               |                         |                       |
| 16 - Tel.(DDD): <b>(88) 988350928</b> |                                  |               |                         |                       |

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

|  |                                       |  |               |
|--|---------------------------------------|--|---------------|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: | <b>MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA</b> |  |               |
| 18 - CPF do Representante Legal:           | <b>073.249.623-35</b>                 | 19 - Profissão do Representante Legal: | <b>DO LAR</b> |

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **0554**

CONTA: **00272717**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

|                                       |                                    |                              |   |   |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|---|
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|---|

|                          |   |   |  |                              |                          |   |   |                                     |   |
|--------------------------|---|---|--|------------------------------|--------------------------|---|---|-------------------------------------|---|
| 28 - Vítima teve filhos? | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>2</b> Falecidos: | 30 - Vítima teve nascituro (velascores)? | <input type="checkbox"/> Sim | 31 - Vítima teve irmãos? | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>2</b> Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? | <input checked="" type="checkbox"/> Sim |
|--------------------------|---|---|--|------------------------------|--------------------------|---|---|-------------------------------------|---|

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

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

**Maria ADELINI RIPARDO DE SOUZA**

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

**073.249.623-35**

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

**2**

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

40 - Local e Data,

**0 ABLE 34538**

**0 ABLE 34538**

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: **mª Edsona L. da Silva**

CPF: **039638733-50**

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: **Antonia Celia Andrade**

CPF: **537.838.163-00**

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO  
ESTADO do CEARÁ  
Secretaria das Cidades

**DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO**  
NUFIS - Núcleo de Fiscalização de Trânsito



DETRAN  PRE

**TERMO DE REMOÇÃO VEICULAR E/OU RECOLHIMENTO DE CRLV**

Endereço: RV CE 179 Km 122 Data: 12/05/19  
 Município: Fortaleza ( ) Outros: SOBRA 2 Hora: 04:30  
 Artigo(s) CTB: 730-V, 162-I, Nº CRLV: 013132546363  
 Placa: PWV-7764 UF: CE Marca: HONDA Chassi: 9CZMC4400HR02685  
 Condutor: FRANCISCO NARCISO DAIA DIARTE CPF: 021.617.567-45  
 VEÍCULO Removido - Artigo 270 § 2º CTB (X) CRLV Recolhido - Artigo 274 do CTB ( )

**EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS AUSENTES**

| AUTOMÓVEIS                   | MOTOCICLETAS                 |
|------------------------------|------------------------------|
| Buzina                       | Buzina                       |
| Cintos de Segurança          | Espelhos Retrovisores        |
| Chave de Roda                | Farol Dianteiro              |
| Chave de Fenda               | Iluminação da Placa Traseira |
| Espelhos Retrovisores        | Lanterna Traseira            |
| Faróis Principais Dianteiros | Lanterna de Freio            |
| Freio de Mão Operante        | Velocímetro                  |
| Lanternas de Direção         | OUTROS:                      |
| Lanternas de Freio           |                              |
| Lanterna de Macha Ré         |                              |
| Lanterna da Placa Traseira   |                              |
| Limpador de Para-brisa       |                              |
| Lavador de Para-brisa        |                              |

**ACESSÓRIOS CONSTANTES**

|                    |                 |                   |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| Rádio / Multimídia | Calotas         | Aros de Liga Leve |
| Faróis Auxiliares  | Ar Condicionado | Caixas de Som     |

**OBSERVAÇÕES**

• VÉHICULO ENVIADO EM ACIDENTE COM O CONDUTOR SENDO VITIMA FATAL.

9 9

**O PRAZO PARA SANAR A IRREGULARIDADE PARA CRLV RECOLHIDO É DE 48H ÚTEIS**

**CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

Conforme a Lei 9.503/97 - Código de Trânsito Brasileiro - todo veículo flagrado com irregularidade de trânsito que não possa ser sanada no local da infração, será removido ao depósito (Art. 207 § 1º e Art. 271 do CTB e Resolução 561/15). A restituição do veículo removido só ocorrerá mediante prévio pagamento do que for devido, bem como o reparo de qualquer equipamento obrigatório (Art. 271 § 1º e 2º). Se o veículo removido não retomado dentro do prazo de 60 (sessenta) dias, contado da data do recolhimento, será avaliado e levado a leilão (Art. 328 e Resolução 623/6). O veículo será liberado ao proprietário ou representante legal mediante Procuração Pública, apresentando cópias (proprietário e procurador) do CPF, IDENTIDADE, HABILITAÇÃO, COMPROVANTE DE ENDEREÇO, CONTRATO SOCIAL (se o veículo for de empresa) e NOTA FISCAL (para primeiro emplacamento.)

Condutor(a)

Agente de Trânsito / Matrícula

30145971-7

LIBRA CULPITÓRIA DESTE DOCUMENTO  
Av. Godofredo Maciel, 2900 - Maraponga, Fortaleza-CE, CEP 60.710-903 - Central de Atendimento ao Cidadão: 85 31952300 - Site: www.detran.ce.gov.br

13 JUN. 2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 581 - 923 / 2019

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **03/07/2019 16:00:54**  
Data / Hora da Ocorrência: **12/05/2019 04:35:00**,  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CE 179**  
Complemento:  
Bairro:  
Ponto de Referência:

Município: **SOBRAL/CE**

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**  
Nascimento: **18/05/1970** CPF: **021.617.567-45**  
RG: **093073971** Orgão Emissor:  
Filiação: **MARIA LUCIMAR DE PAIVA DUARTE**  
**FRANCISCO PINTO DUARTE**  
Endereço: **RUA MANOEL ALVES**  
Bairro: **COHAB**  
Município: **GROAIRAS/CE**  
País: **BRASIL**

UF:

CEP:

Telefone:

*Noticiante(s)*

Nome: **JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE**  
Nascimento: **21/07/1978** CPF: **083.656.087-66**  
CNH: **03296417453** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA LUCIMAR PAIVA DUARTE**  
**FRANCISCO PINTO DUARTE**  
Endereço: **RUA MANOEL ALVES DE OLIVEIRA, 38**  
Bairro: **COHAB**  
Município: **GROAIRAS/CE**  
País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 99944-3168**

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: **PMV7764** Uf: **CE** Município: **GROAIRAS** Chassi:  
**9C2MC4400HR006851** Renavam: **1120956673** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB 250F TWISTER** Ano:  
Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

*Histórico*

Relata o noticiante que é irmão da vítima **FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**; Que seu irmão faleceu em decorrência de um acidente de transito ocorrido na CE 179; Que apresenta neste ato uma certidão de óbito, de **FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**, onde consta como causa da morte: "TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO"; Que já havia registrado um Boletim de Ocorrência sobre o fato porém a seguradora LIDER não aceitou o referido documento e solicitou que fosse elaborado um novo boletim de ocorrência; Que segundo informações que pegou com uma terceira pessoa o boletim de



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL  
Impresso nº 2019447839



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 581 - 923 / 2019

ocorrência que apresentou para a seguradora não possui todos os dados do veículo; Que tem ciência da existência de outros dois boletins de ocorrência que tratam do mesmo acidente, são eles: BO 581-868/2019; e BO 553-3860/2019; Que a moto pilotada por seu irmão na data do fato possui placa PMV-7764; Que apresenta neste ato um documento emitido pela PRE, onde consta como condutor o senhor FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE, acompanhado da seguinte observação: "veículo envolvido em acidente com o condutor sendo vítima fatal"; Que registra a ocorrência para fins de seguro DPVAT. E nada mais disse.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ALYSSON DYEGO PORTELA DANTAS - MAT.: 30118839

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

OZANIEL VASCONCELOS LEITE - MAT.: 30120108

VISTO DO DELEGADO(A) :



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Lei nº 12.769  
DOE 14/07/2012

PEOR 08  
REGISTRAL CIVIL  
Pernambuco

Nº AR 98866



NOME

ANA JULIA RIPARDO DUARTE

MATRÍCULA

018607 01 55 2011 1 00009 289 0009872 95

DATA DE NASCIMENTO POR EXTESSO

Vinte e Três de Julho de Dois Mil e Onze

DIA

23

MÊS

07

ANO

2011

HORA:

01:25

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sobral, Estado do Ceará;

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Graças, Estado do Ceará;

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

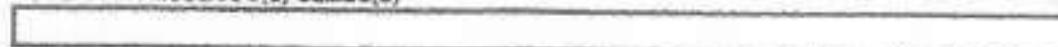
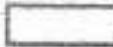
Francisco Nardiso Paiva Duarte e Maria Adelina Ripardo da Souza.

AVÓS

Patrinos - Francisco Pinto Duarte e Maria Lucimar de Paiva Duarte; Maternos - Antônio Fernandes de Souza e Maria do Nazaré Ripardo de Souza

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)



DATA DO REGISTRO POR EXTESSO

vinte e cinco de outubro de dois mil e onze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30579639020

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Eu, (a) Franciso Verlene Moreira Azevedo, Oficial do Registro Civil, subscovo e assino. (a.a) Francisco Nardiso Paiva Duarte, Maria Adelina Ripardo da Souza. Testemunhas: Emanuele Rodrigues Almeida, Carlos Maximiliano de Mesquita. ISENTO DE EMOLUMENTOS.

NOME DO OFÍCIO: OFICIAL DO REGISTRO CIVIL DE PERNAMBUCO - COM  
OFICIAL REGISTRADOR: FRANCISCO VERLENE MOREIRA AZEVEDO  
MUNICÍPIO/UF: Olinda/PE  
ENDERÉSCO: Rua Manoel Joaquim de Melo, 0000

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé  
Data e local: 27/10/2011, Olinda

Assinatura do Oficial

Francisco Verlene Moreira Azevedo  
MARENÁO - OFICIAL DO REGISTRO CIVIL  
POUR - Oficial do C.R.C. - PE

DE OFÍCIO DE CÓPIA E DE REGISTROS  
LNF N° 12/50  
DOS 2000/2012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

ANA JULIA RIPARDO DUARTE

MATRÍCULA

016667 01 55 2011 1 00009 289 0009872 95

TIPO : 00

PROVINCIAL

UF/AS/UF/UF

DATA DE NASCIMENTO POR EXTERNO

Vinte e Três de Julho de Dois Mil e Onze

DATA

MES

ANO

23

07

2011

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

08:25

Sobral, Estado do Ceará

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Graziás, Estado do Ceará

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital

SEXO

Feminino

PATRIARCA

Francisco Nardiso Paiva Duarte e Maria Adeline Ripardo da Souza.

AVÔS

Pai: Francisco Pinto Duarte e Maria Lucimara da Prima Duarte; Materno: Antônio Ferreira da Souza e Maria do Nazaré Ripardo da Souza.

GENÉO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GENÉO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTERNO

vinte e cinco de outubro de dois mil e onze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30578633620

OBSERVAÇÕES AVERBACÕES

Eu, (a) Karolene Verlene Moreira Azevedo, Oficial do Registro Civil, subscrevo e assino, (a.s) Francisco Nardiso Paiva Duarte, Maria Adeline Ripardo da Souza. Testemunhas: Emanuel Rodrigues Alves, Carlos Montanari de Mesquita. ISENTO DE EMOLUMENTOS.

NOME DO OFICIAL: CAROLENE VERLENE MOREIRA AZEVEDO  
OFICIAL RESTRATOR: RICARDO VENUTO FONSECA  
MUNICÍPIO/RIF: SOBRAL  
ENDERECO: RUA TAUARI, 200 - CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé  
Data: 06/10/2012

Assinatura do Oficial

Rua Verlene Moreira Azevedo, 200  
CEP: 6200-000 - Centro - Sobral - CE



Válido(a) somente com  
selo de autenticidade.

SELO DE  
AUTENTICIDADE

08

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO  
ESTADO DO CEARÁ

REGISTRAL CIVIL  
Nascimento e Óbito  
Nº RD 405055



WFDI



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

NOME

FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE - CPF/MF Nº 021.617.567-45

MATRÍCULA:

0166670155 2019 4 00003 093 0001687 90

|  |        |           |   |     |      |
|--|--------|-----------|---|-----|------|
| SEXO   | COR    | PROFISSÃO | ESTADO CIVIL E IDADE                        |     |      |
| MASCULINO                                    | BRANCA | GARÇOM    | SOLTEIRO, COM QUARENTA E NOVE (49)<br>ANOS; |     |      |
| DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)             |        |           | DIA   | MES | ANO  |
| DEZOITO DE MARÇO DE MIL NOVECENTOS E SETENTA |        |           | 18  | 03  | 1970 |
| Domicílio / Residência                       |        |           |   |     |      |

TRAV. MANOEL ALVES DE OLIVEIRA, Nº 36, COHAB, NESTA CIDADE DE GROÁIRAS, ESTADO DO CEARÁ;

NACIONALIDADE RG/IFP/RJ Nº 09307397-1 0903 3967 0736  
SANTA QUITÉRIA, ESTADO DE CEARÁ

LUGAR, PROPRIEDADE E RESIDÊNCIA

FRANCISCO PINTO DUARTE E MARIA LUCIMAR DE PAIVA DUARTE, BRASILEIROS, CASADOS, APOSENTADOS, ELE  
RESIDENTE E DOMICILIADO NA CIDADE DE SANTA QUITÉRIA, ESTADO DO CEARÁ; ELA RESIDENTE E  
DOMICILIADA NA CIDADE DE GROÁIRAS, ESTADO DO CEARÁ. \*\*\*\*\*

DATA E HORA DE FALECIMENTO  
DOZE DE MAIO DE DOIS MIL E DEZENOVE; ÀS 04:35; 12 05 2019

LOCAL DE FALECIMENTO:

VIA PÚBLICA/ CE 179;

CAUSA DA MORTE:

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO;

SERVIÇAMENTO

CEMITÉRIO MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO,  
NESTA CIDADE DE GROÁIRAS, ESTADO DO CEARÁ;

NOME DO CORPOUSO

\*\*\*\*\*

CARTÓRIO DE CASAMENTO

JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE

FILHOS NOME E IDADE

1) ANA JULIA, NASCIDA AOS 23/07/2011; 2) MARCUS VINICIUS, NASCIDO AOS 22/05/1992

OBSEVAÇÕES / AVERBAÇÕES:

Eu, (a) Francisco Veriene Moreira Azevedo, Oficial do Registro Civil, subscrovo e assino. (a.a) Jerry Adriano Paiva Duarte. Testemunhas: Jonathan de Sousa Duarte. Fábio Palva Duarte. DO nº 29227099-2. O (a) falecido (a) não deixou testamento nem bens a partilhar. "ISENTO DE EMOLUMENTOS". \*\*\*\*\*

CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS E DE REGISTROS

FRANCISCO VERIENE MOREIRA AZEVEDO  
GROÁIRAS, ESTADO DO CEARÁ  
RUA PRINCESA ISABEL, Nº 670 - CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou N.º  
Data e Local: GROÁIRAS (CE), em 15/05/2019.

23.706.617/0001-22  
CARTÓRIO DE OFÍCIO DE  
NOTAS E DE REGISTROS  
RUA PRINCESA ISABEL, 670  
CENTRO - CEP: 62.190-000  
GROÁIRAS - CE

Eco. Veriene Moreira Azevedo  
TABELIÃO OFICIAL DO REGISTRO CIVIL  
CONSELHO GROÁIRAS - CE  
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00229

CONTA: 000000044252-3

---

Nr. da Autenticação D5F2DB2391365BB8

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
R. FELIPE CARDOSO, 581

BR74/001987

RIO DE JANEIRO - RJ

23510-006

MARCUS VINICIUS A DUART  
RUA DAS ENFERMEIRAS 65

23032-220

RIO DE JANEIRO-RJ

DATA DE POSTAGEM: 19/06/2004

ENVELOPE RE-NIVAN  
C/ C

CAIXA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2004



Esta é a segunda via de

ABR/2019

Utilize o N° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

2712224

7

VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,69

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)ENERGIA  
CONSUMO

30 0,72397 21,71

OUTROS PAGAMENTOS  
COB. SALDO FATURA ANTERIOR

39,98

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSões DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)Compreender suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emissões kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecologica(%CD)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTATO EM ATENDIMENTO  
AVISO DE MÍDIA DE VENCIMENTO  
40,51Nota fiscal R\$ 1,00 referente a FII e COTAS ALIQUOTAS R\$ 0,00 + COFINS 14,10  
+ IPI + ISS = 100,00% - IPI 0,00 + ISS 0,00 + 10,438/22 = 10,438/22

838900000000-5 61690031000-0 00027122240-9 01864388206-8



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 570981501

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdigno, 160 | CEP 00135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06 105 848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

## DADOS DO CLIENTE

Rota 13 032000 06 07910

Medidor

Poste

Nome CELIO GEOVANI MARQUES LINO

11405186

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU FRI ALVARO 00665 LJ 03 ALTO DO CRISTO SOBRAL 6210000

RG / CPF / CNPJ 284.193.913-87 CGF

Classe B3 - 03-COMERCIAL,SERV.OUTR., MONOFASICA

Fator de Potência

0

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

6935 6905 1 30 0 30

## DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
Apresentação

18/04/2019

Prev. Próxima  
Leitura

20/05/2019

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

CCF6.652A.FE7F.3179.2605.5CED.1BAC.B532

## ICMS

Base de Cálculo (R\$) 21,71 Aliquota 27% Valor do Imposto 5,86

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| ENERGIA                     | 8,06 |
| TRANSMISSÃO                 | 0,86 |
| DISTRIBUIÇÃO                | 4,60 |
| ENCARGOS SETORIAIS          | 1,23 |
| TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) | 6,94 |

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

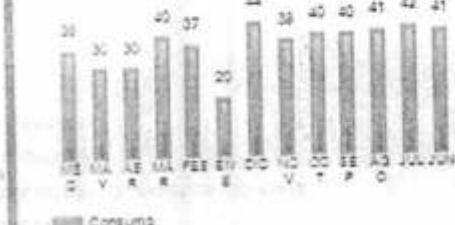
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,86

Conjunto SOBRAL I

Mes FEV/ 2019

| Mes      | Padrão Individual | Apuração Individual |       |                |
|----------|-------------------|---------------------|-------|----------------|
|          |                   | Mensal              | Trim. | Anual          |
| DIC (h)  | 5,07              | 10,15               | 20,30 | 0,00 0,00 0,00 |
| FIC (un) | 3,17              | 6,35                | 12,70 | 0,00 0,00 0,00 |
| DMIC (h) | 2,86              |                     |       | 0,00           |

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Assinatura - Identificação mecânica cliente

Assinatura - Identificação cliente

Nº do Cliente: 2712224-7 N° da Nota Fiscal: 570981501 Total a Pagar (R\$): 61,69  
Data de Emissão: 04/06/2019 Referência: ABR/2019 N° de Controle: 0002712224 00186 4388 2 04

SUA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019





Enel

8056004

Para o ato de cobrança, utilize o mesmo  
apenas que houver um número constante.

A tarifa constante constante  
é criada pela Lei nº 10.420  
de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdomiro, 150  
CEP 60125-340 Fortaleza CE  
CNPJ 02.04.225.0001-70 CPF 08.115.623-0001-01

CONTAGEM: 8056004 SERIE UNICA N.º: 025478298

Referência: 10/2019

Nº da Conta: 8056004 - 30426  
Nome: EVANILDO ARAGAO MELO  
Endereço: RUA MAI ARA JO, 000815 - 000815, CENTRO, 62190-000,

Classificação: Residencial, Pleno  
Modaldade Tarifaria: B1 RESIDENCIAL  
Ligação: Monofásico

ÁREA RESERVADA DO PISCO

DEUTAFON 43365563007895630074

## DATAS DE LEITURA

| Anterior   | Atual      | Próximas leituras |
|------------|------------|-------------------|
| 17/09/2019 | 17/10/2019 | 17/11/2019        |

## DADOS DA CONTA

| Posição | Lata  | g Lata | União | Consumo | Consumo    | Consumo    | Tarifa  | Valor |
|---------|-------|--------|-------|---------|------------|------------|---------|-------|
|         | Anel  | Anel   | Anel  | Métrica | Fat. (kWh) | Fat. (kWh) | Brasil  | (R\$) |
| IP      | 2,229 | 2,146  | 1,00  | 84      | 06         | 02         | 0,72640 | 61,02 |

## DADOS DO SATURAMENTO

| CIP                      | ILUM PUB PREF MUNIC | - | 2,52  |
|--------------------------|---------------------|---|-------|
| JUROS MONATÓRIOS         |                     |   | 0,16  |
| ADICIONAL BAND. AMARELA  | 0,01131             |   | 0,95  |
| ADICIONAL BAND. VERMELHA | 0,02357             |   | 1,98  |
| CONSUMO                  | 0,72643             |   | 61,02 |

| Tributo: | Base (R\$): | Aliquota (%): | Valor (R\$): |
|----------|-------------|---------------|--------------|
| ICMS     | 63,95       | 27,00         | 17,25        |
| PIS      | 63,95       | 0,03          | 0,00         |
| COFINS   | 63,95       | 0,14          | 0,08         |

|            |       |
|------------|-------|
| 24/10/2019 | 66,63 |
|------------|-------|

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
REF. 025478298-91  
EMISSÃO DE CO2 (kg/kWh) Compõe-se o custo  
pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO2) : Compensado kg (CO2) : Consumo Evitável (kgCO2) :

32,79 - 0,00

Período: Bnd. Tarif.: Vermelha : 18/09 - 30/09 Amarela :  
01/10 - 17/10

Nº do Cliente: 8056004 Referência: 10/2019 V:[1.0.0.5]  
Data de Emissão: 17/10/2019 Total a Pagar (R\$): 66,63  
Nº da Nota Fiscal: 025478298 Nº de Controler: 30002287168

8382000000 2 66630031030 8 00228716807 3 00008056004 0







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. 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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CELIO GOUANI MARQUES DINO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA QUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 152.053.597-86

do sinistro de DPVAT cobertura Monte da Vítima FRANCISCO NARCISO PAIVA QUARTE

inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.617.567-45, 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 Lider-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 | Rua FAU ALUAN | Número: | 665 | Complemento: | LOJA 03         |
| Qualif:  | Alto do Fruto | Cidade: | CE  | Estado:      | CEP 62 100. 000 |
| E-mail:  |               |         |     | Tel.(DDD):   |                 |

Local e Data: SOSNA, 09 JUNHO 2019

Assinatura do Declarante

LIBIA CURRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1586 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EVANILDO ARAGÃO MELO,

inscrito (a) no CPF/CNPJ 730.506.283, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANA JULIA RICARDO DVARÉE inscrito (a) no CPF sob o Nº 6341124951 74  
do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da Vítima FRANCISCO Neriiso Paiva DVARÉE

inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.617.567 , 95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO 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 Lider-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 Major Araújo</u>         | Número: | <u>315</u>       | Complemento: | <u>SALA 1</u>    |
| Bairro:   | <u>CENTRO</u>                   | Cidade: | <u>FROTAIRAS</u> | Estado:      | <u>CE</u>        |
| E-mail:   | <u>EVANILDOARAGAO@GMAIL.COM</u> |         |                  | CEP:         | <u>62190-000</u> |

Local e Data: Frotairás-CE, 30.07.2019 OUTUBRO DE 2019

Evanildo Aragão Melo Wlmo  
Assinatura do Declarante

048634538



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento ao Cliente (para consultas sobre indenizações e prestações, de seguros e sobre o seguro DPVAT, dias 24 às 20h):

Capitais e capitais metropolitanas: 0208-3125 / outras cidades: 0208-3125 x 23 078

SAC (para reclamações e sugestões): 0800-622-6129 | SAC para questões contábeis e de fato: 0800-622-1206 | Central de Atend.: 0800-622-6129

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/SIM/SD/SCAS/SCS/reclam/indicativ/15/2012/01/18/000630/19636>

A Circular SUSEP 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 punição pelo COAF.

Este formulário é destinado ao segurado que, dentro das suas competências, é responsável pelo cumprimento das regras de prevenção à lavagem de dinheiro, capitalização e resseguro. O CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE AS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ... Evanilda Aragão Melo

inscrita (a) no CPF/CNPJ 730.506.783-191, na qualidade de Provedor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Julia Ribeiro Duarte inscrito (a) no CPF sob o N° 634.112.493-73

do sinistro de DPVAT cobertura PLATE da vítima Francisco Neresio Paiva Duarte

inscrito (a) no CPF sob o N° 024.617.567-45, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Advogada Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa informar:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implica na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|           |                                     |         |                  |              |                              |
|-----------|-------------------------------------|---------|------------------|--------------|------------------------------|
| Endereço: | <u>Rua Major Ararijo</u>            | Número: | <u>815</u>       | Complemento: | <u>SALA 1</u>                |
| Bairro:   | <u>CENTRO</u>                       | Cidade: | <u>LIPÓIA/RN</u> | Estado:      | <u>CEP:</u> <u>62190-000</u> |
| E-mail:   | <u>EVANILDARIBEIROADU@gmail.com</u> |         |                  | Tel. (DDD):  | <u>(88) 988350929</u>        |

Local e Data: Florianópolis, 13 de novembro de 2019

Evanilda Aragão Melo ... CPF: 349.634.532-00  
Assinatura do Declarante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

Local, data e hora:

1021.617.567-45. FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE  
Nome completo da vítima

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

UF: PR | Cidade: CURITIBA | Estado: PR | CEP: 152053597-06 | CNPJ: 230322200121 | IPI: 12121883415879

Nome: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE | Endereço: Rua do Rosário, 123 | Bairro: Centro | Cidade: Curitiba | Estado: PR | CEP: 80000-000 | Telefone: (41) 3212-1234 | Email: fnduarte@gmail.com

Declaro, para todos os fins de direito, que sou o beneficiário acima mencionado e que fui comprovante abaixo (ANEXAR COPIA).

DECLARAÇÃO DE RENDA MENSAL

RENDA MENSAL

RENDA PESO FAMILIAR

RENDA ALIMENTAR

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (para depósito de valores, renda fixa, investimento)

Banco do Brasil (237)  Itaú (341)

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

 CONTA CORRENTE (para saques)

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

AGÊNCIA: 0229

CONTA: 00044252

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

Data de abertura da conta: 06/2010

Autorizo a divulgação dos dados cadastrais e financeiros fornecidos no formulário para fins de cobrança da indenização, bem como para fins de fiscalização e de integração ao sistema de informações de crédito.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho a capacidade de trabalhar e/ou produzir (assinalar uma das opções):

- Não faço trabalho que atenda à exigência de nível de vida da residência habitual.
- Faço trabalho que exige esforço intelectual ou manual superior a 500 (quinhentos) dias por ano.
- Vou para a academia regularmente para praticar exercícios físicos.
- Vou para a academia regularmente para praticar exercícios físicos e/ou para outras atividades de lazer.
- Vou para a academia regularmente para praticar exercícios físicos e/ou para outras atividades de lazer.

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

Filho(a)  Esposa (esposa)  Namorado (namorada)  sogro (sogra)  sogro (sogra)  Pais (pais)  Outros (outros)

**FILHO**  Esposa (esposa)  Namorado (namorada)  sogro (sogra)  sogro (sogra)  Pais (pais)  Outros (outros)

Este beneficiário é o único destinatário da indenização devida, e seu nome consta na declaração de identidade e de residência expedida pelo órgão competente.

Local e data: RIO DE JANEIRO OS JUNHO 2019 TESTEMUNHAS:  
 Nome: JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE  
 CPF: 083.656.037-66 Assinatura:   
 Nome: FRANCISCO CIRCUAJ SERRADOURAS  
 CPF: 025.917.453-21 Assinatura:   
 Nome: SAMAROSSA SANTOS  
 CPF: 000.000.000-00 Assinatura:

Este documento é de uso exclusivo da Seguradora DPVAT, não podendo ser reproduzido, salvo autorização da ANEEL/BRASIL. O beneficiário deve apresentar esta declaração para a Seguradora DPVAT, juntamente com a documentação necessária para a concessão da cobertura de invalidez permanente. A Seguradora DPVAT não se responsabiliza por quaisquer danos ou perdas que possam ocorrer com a documentação apresentada, salvo se proveniente de terceiros.

13 JUN. 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:  
533-3860/2019

3 - CPF da vítima:

021.617.567-45

4 - Nome completo da vítima:

FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 465/2012

5 - Nome completo:

ANA JULIA RIPARDO DUARTE

6 - CPF:

634.112.493-74

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

FAZENDA MURIÇOCA

9 - Número:

s/n

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

AREA RURAL

12 - Cidade:

GROAIRAS

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62190000

15 - E-mail:

evanildaaragaoadv@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(88)988350929

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

MARIA ADELINA RIPARDO DE SOUSA

18 - CPF do Representante Legal:

073.249.623-35

19 - Profissão do Representante Legal:

DO LAR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0554

01

CONTA: 00272717

4

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 ao pedido.

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

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: 2

Falecidos: 0

30 - Vítima deixou

nascituro(s) /vivaz(es)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: 2

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: EDIMILSON XIMENES MELO

CPF: 511.871.403-68

39 - 2º | Nome: MARIA AILZA ARAGAO

CPF: 110.264.133-20

40 - Local e Data, GROAIRAS-CE, 06 DE SETEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

01/002/2019



VITIMA



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019



VITIM

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019



FILHO BENEFICIÁRIO

REPUbLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Carteira de Identidade  
Número de Inscrição  
27.997.911-6

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
DATA DE EMISSÃO 09/02/2010  
LARANJAS

NOME MARCUS VÍNCIUS DE ALMEIDA DUARTE

PAI FRANCISCO HARCISO PATVA DUARTE

Mãe CLEONICE DA SILVA DE ALMEIDA

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO

DATA DE NATURAÇÃO 22/05/1992

LUGAR DE NASCIMENTO C. NASC LIV 839A FLS 54V TERM 131810 C. 005  
RIO DE JANEIRO RJ

004 1. VIB

LEIA INSTRUÇÃO 7.110 DE 20.06.00

0204

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2010



PROCURADOR

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

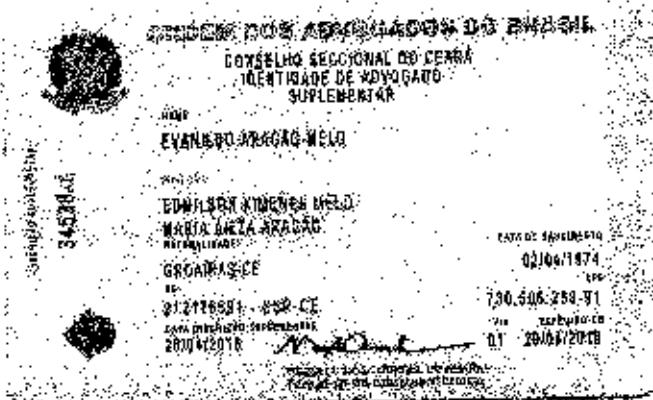
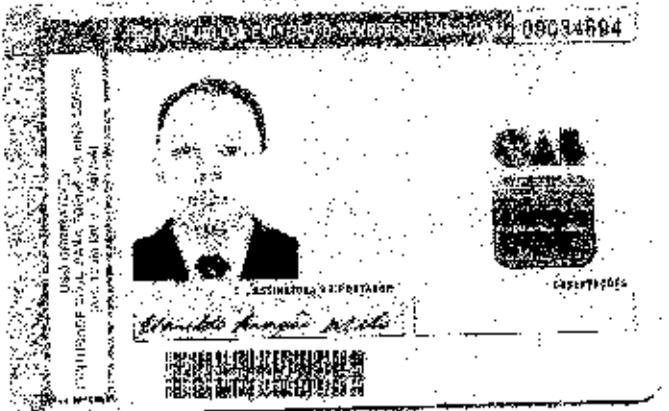
MEB-1

|  |  |
|--|--|
| C VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |  |
| REGISTRO GERAL                         | 2019094812-9   |
| DATA DE EXPEDIÇÃO                      | 04/06/2019   |
| HOME                                   | ANNA JULIA RIPARDO QUARTE                                      |
| FILHO(A)                               | FRANCISCO HARCISO PAIVA QUARTE                                 |
|  | MARIA ADELLINE RIPARDO DA SOUZA                                |
| NATURALIDADE:                          | SOBRAL - CE  |
| DATA DE NASCIMENTO                     | 23/07/2011   |
| DOC. ORIGEM                            | CERT. MASCIMENTO CARTÓRIO: SEDE TERMO: 0009472 FOLHA: 00000289 |
| LIVRO:                                 | A00009 GROAÍRAS - CE   |
| CPF:                                   | 634.112.492-74   |
| P.: 203                                |  |
| Assinatura do Diretor                  |  |
| LEI Nº 7.118 DE 29/06/03               |  |











**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**

**Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social  
Perícia Forense do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Medicina Legal  
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral**

# **LAUDO PERICIAL**

**2019.0022764**

**Natureza do exame: Cadavérico**

**Referência: B.O: - 553-3860/2019**

**Documento solicitante: Guia - 1455/2019**

**Órgão solicitante: Delegacia Regional de Sobral**



LAUDO PERICIAL

Cadavérico

Perícia Forense do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Medicina Legal  
Núcleo de Perícias Médicas e  
Odontológicas de Sobral

Número: 2019.0022764

Páginas: 2/3

No dia 12 de Maio de 2019, no Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Sobral-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Dr(a) Gustavo Adolfo Pereira Da Silva Júnior para proceder exame de Cadavérico, a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia Regional de Sobral de acordo com o(a) Guia de número 1455/2019, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:

ENVOLVIDO(S):

FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

QUESITOS:

- 1) Houve morte?
- 2) Qual a causa da morte?
- 3) Qual o instrumento ou meio que produziu a morte?
- 4) Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel?

PARECER:

**HISTÓRICO:** Deu entrada no necrotério da Perícia Forense do Estado do Ceará, núcleo de Sobral, o corpo de FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE, que teria sido vítima de acidente de trânsito, na cidade de Sobral segundo a guia policial de Nº: 553-1455/2019, que o acompanha e o identifica. **IDENTIFICAÇÃO:** Trata-se de um corpo do sexo masculino, cor branca, cabelos grisalhos com calvície frontal, olhos castanhos, dentes regulares, barba e bigode ausentes, trajando camisa de goela na cor azul, com marca do restaurante "Picanha e Cia", calça preta e cueca cinza. **TANATOGNOSE:** Apresenta rigidez cadavérica generalizada, hipotermia, insensibilidade corporais, ausência de quaisquer sinais ou manifestações vitais. **EXAME EXTERNO:** Encontrei escoriações em placa e em arrasto em face, tórax, membros superiores e membros inferiores. **EXAME INTERNO:** Crânio – Rebatedo o couro cabeludo por incisão bi mastoidea e retirada a calota craniana, encontrei Presença de fratura cominutiva dos ossos frontais do crânio com exposição da massa encefálica.

**Cavidade cérvico-tóraco-abdominal** - À abertura da cavidade cérvico-tóraco-abdominal e rebatido o plastrão condroesternal, encontrei integridade das estruturas sem lesões de interesse médico-legal externa e internamente.

**COLETA:** Foram coletados cerca de 5,0ml de sangue de grandes vasos calibrosos cervicais, sob guarda do auxiliar de perícia, para exame de alcoolemia. Segundo Comunicado Interno nº 2015 06 006 001, o Núcleo de Análises Laboratoriais de Sobral, não possui condições técnicas para realizar perícia de exames toxicológicos em sangue, vísceras e demais fluidos biológicos, bem como exame de DNA. Dessa forma todas as amostras serão custodiadas para o cartório do laboratório da PEFOCE em Fortaleza.

**CONCLUSÃO:** Diante do exposto, considerando os achados macroscópicos de necropsia, conclui-se tratar-se de morte real por traumatismo cranioencefálico, devido a acidente de trânsito.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Perícia Forense do Estado do Ceará*

**LAUDO PERICIAL**

**Cadavérico**

**Perícia Forense do Estado do Ceará**  
**Coordenadoria de Medicina Legal**  
**Núcleo de Perícias Médicas e**  
**Odontológicas de Sobral**

**Número: 2019.0022764**

**Páginas: 3/3**

**RESPOSTAS AOS QUESITOS:**

*Resposta ao 1º) Sim*

*Resposta ao 2º) Traumatismo cranioencefálico*

*Resposta ao 3º) Contundente*

*Resposta ao 4º) Não*

28 de Julho de 2019

**Dr(a) Gustavo Adolfo Pereira Da Silva Júnior**  
Médico Perito Legista Matrícula:

600, NO. 2

LIBRA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

100

|   |            |  |                       |
|---|------------|--|-----------------------|
| ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURADOPVAT              |            | 021617545 CONDIÇÕES, GERAIS DE COBERTURA |                       |
| www.seguradopvataillde.com.br                     |            | SAC DPVAT 0800 022 1204                  |                       |
| VIA   | 01         | 02161756745                              | FMV77364              |
| PLACA   |            | EMBRAMA                                  | HONDA/CB 250F TWISTER |
| MARCA/MODELO                                      | 1120956678 | 9C2MC4400HRD006851                       | Nº CHASSI             |
| ANO/FABR.   | 01         | 09                                       | 2017                  |
| CIT/INM.  |            |  |                       |
| PRÉMIO TARIFÁRIO                                  |            |  |                       |
| FMS (rs)  | 81.29      | DEMINHOS (rs)                            | 90.33                 |
| CUSTO DO SEGURADO (rs)                            |            | 185.50                                   |                       |
| CUSTO DO BILHETE (rs)                             |            | 0.70                                     |                       |
| VALOR A SER PAGO SEGURADO (rs)                    |            |  |                       |
| 0.15  |            | 185.50                                   |                       |
| DATA DE OUTRAÇÃO                                  |            |  |                       |
| PRÓXIMO   |            | DATA DE VENCIMENTO                       |                       |
| DATA DE EMISSÃO                                   |            | PRÓXIMO                                  |                       |
| 20/06/2017  |            |  |                       |
| 2017  |            |  |                       |
| MOTOR - MC44ED0HUS255 LOTE/DOC. 20170529-00001-A1 |            |  |                       |

|  |                 |                         |          |
|--|-----------------|-------------------------|----------|
| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL   |                 | MINISTÉRIO DAS CIÉDADES |          |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO                       |                 |                         |          |
| N.º 013132546363   |                 |                         |          |
| VIA -  | DETTRAN - CE    | VEÍCULO                 | NOME     |
| VI-  | 01120956693     | 000000000               | 2017     |
| CDU REINAM   | BRINC           | EXERCICIO               |          |
| FRENTE   | TRASEIRA        |                         |          |
| FRANCISCO MARCOS PAIVA DURANTE   |                 |                         |          |
| GROTRIAS / CE  |                 |                         |          |
| 02161756795  |                 |                         |          |
| PLACA  |                 |                         |          |
| CPAFRI   |                 |                         |          |
| MACARANTAI   |                 |                         |          |
| 9221154400HRR006851  |                 |                         |          |
| EPPGEIE TIR0   |                 |                         |          |
| COMBUSTIVEL  |                 |                         |          |
| GASOL/ALCO   |                 |                         |          |
| MARCA/MODELO   |                 |                         |          |
| HONDA/CB 250F TWISTER  |                 |                         |          |
| ANO FAB - ANO MOD  |                 |                         |          |
| 2017   |                 |                         |          |
| ON/PO/CL - CATÓDICA  |                 |                         |          |
| 2Z/DC/249CC PARTIC   |                 |                         |          |
| VENC GOTA UNICA VENC/GOTAS   |                 |                         |          |
| I P V  | +++++ / + + + + | 1+                      | 3* * * * |
| PARKERIA VENC GOTA UNICA VENC/GOTAS                                      |                 |                         |          |
| 3* * * *   |                 |                         |          |
| 2* * * *   |                 |                         |          |
| DATA DE MIGRAÇÃO   |                 |                         |          |
| 180.65 01/70 185.60 20/06/2017   |                 |                         |          |
| PRÉ-CODIGO TANQUE/AD. GEL - JOE (sg) - PREMIO/OTRA HS - DATA DE MIGRAÇÃO |                 |                         |          |
| ALIFID. BV FINANCIERA S A CTI; 2***                                      |                 |                         |          |
| DIRETORIAS   |                 |                         |          |
| LOCAL  |                 |                         |          |
| 22/06/2017   |                 |                         |          |
| DATA   |                 |                         |          |
| LOGO   |                 |                         |          |

TESTEMUNHA OF



LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

13 JUN. 2019



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 AUTORIDADE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**FRANCISCO ESTEVAM SAMPAIO JUNIOR**

|   |                 |                |
|---|-----------------|----------------|
| SOC. CENTRAL / ONU Série 04   | Nº              | CE             |
| 6562897   |                 |                |
| CR  |                 |                |
| 025.967.453-21  | DATA NASCIMENTO | 24/09/1986     |
| FAMÍLIA   |                 |                |
| FRANCISCO ESTEVAM<br>SAMPAIO<br>IRENE DE OLIVEIRA<br>MENDES SAMPAIO |                 |                |
| PESO  | ALTURA          | CAT. MARCA     |
| 65  | 175             | AB             |
| Nº REGISTRO   | VÁLIDA          | 1ª HABILITAÇÃO |
| 05749482484   | 05/02/2023      | 09/04/2013     |
| OBSERVAÇÕES   |                 |                |
| SEM OBSERVAÇÃO.   |                 |                |
| Assinatura do Portador  |                 |                |
| LOCAIS  | DATA EMISSÃO    |                |
| SORRAL, CE  | 06/02/2018      |                |
| Assinatura da Entidade  |                 |                |
| CEARÁ   |                 |                |

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497593635

TESTEMUNHA 02

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

3984150

A Fazenda Serrinha Energia Elétrica

CNPJ: 23.130.000/0001-38

Endereço: Rua Presidente Vargas, 100 - Centro

Cidade: Fortaleza - CE - Brasil

CEP: 60130-000 - Fone/Fax: (85) 3222-1111

Site: www.fazendaserrinha.com.br

E-mail: info@fazendaserrinha.com.br

CONTAS DE ENERGIA ELETRICA GRUPO B | SERIE B-4 | N° 575111497

Data de Emissão: 04/06/2019

Número: 3984150 RESIDENCIAL - 1

Nome: MARCELO ESTEVAN SAMPAIO JUNIOR

Logradouro: RUA SABINO GUIMARÃES, 66159-000 ALTO

PADRE ISAIAPINA - SOBRAL

Medidor: 24985488

Posto: 00002-2000

Endereço: B1 - B1 RESIDENCIAL B1-NORIAL HONOFÁSICO

Cidade: SOBRAL

CPF/CNPJ: 025967453-21

CGF

Nome do Responsável:

DADOS: INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Data da Conta: Data da Previsão de Faturamento: Período de Leitura:

19/06/2019 19/06/2019

Consumo: 120,00 kWh

Mês: 06/2019

Padrão Individual: Apuração Individual

Mês/Ano: Ano: Mês: Tomo: Ano:

DIC FIC DMC

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3190379487 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

**COBERTURA Morte**

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA**

**CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME**

**BENEFICIÁRIO ANA JULIA RIPARDO DUARTE**

**CPF/CNPJ: 63411249374**

**Posição em 30-10-2019 12:08:04**

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

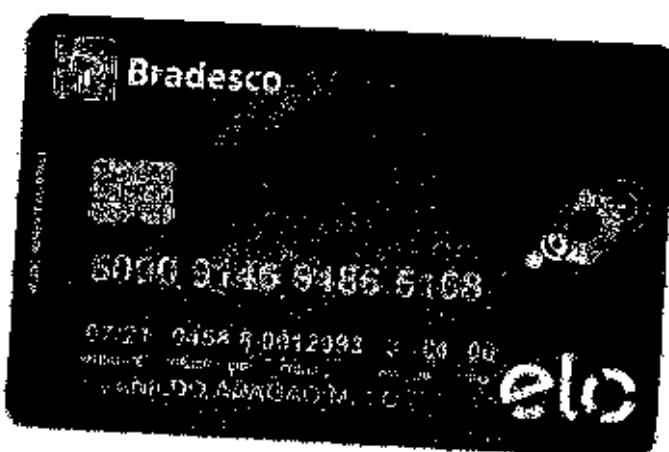
| Documentos Pendentes               | Representante | Estado       | Nome                           |
|------------------------------------|---------------|--------------|--------------------------------|
| ➔ Autorização de pagamento         | Representante | Não Conforme | MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA |
| ➔ Comprovante de residência        | Beneficiário  | Pendente     | EVANILDO ARAGAO MELO           |
| ➔ Declaração Circular SUSEP 445/12 | Beneficiário  | Pendente     | EVANILDO ARAGAO MELO           |
| ➔ Procuração                       | Beneficiário  | Não Conforme | EVANILDO ARAGAO MELO           |

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE CONFORME PROCURAÇÃO PARA ADVOGADO:

EVANILDO ARAGÃO MELO

AGENCIA: 0458

CONTA CORRENTE: 0012993-3





# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Cariré

Vara Única da Comarca de Cariré

Rua Manoel Honório de Brito, S/N, Centro - CEP 62184-000, Fone: (88) 3646-1289, Cariré-CE - E-mail:  
carire@tjce.jus.br

## TERMO DE AUDIÊNCIA

Processo nº: **0005154-75.2018.8.06.0082**

Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**

Classe: **Alimentos - Lei Especial Nº 5.478/68**

Assunto: **Alimentos**

Requerente, Repr.  
legal e Requerido  
**Ana Julia Ripardo Duarte e outros**

**DATA: 05/02/19, ÀS 14:30 HORAS**

**FINALIDADE: AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**

**PRESENTES: O JUIZ DE DIREITO, O PROMOTOR DE JUSTIÇA, A REPRESENTANTE DA AUTORA, ACOMPANHADA DE SUA ADVOGADA, E O RÉU, ACOMPANHADO DE SEU ADVOGADO DR. RAUL HÉLIO FEIJÃO (OAB/CE 26.164).**

Realizado o pregão e constatada presença das pessoas acima, deu-se inicio a audiência, tendo o magistrado instado as partes sobre a possível acordo, logrando-se êxito nos moldes que se seguem: **O RÉU PAGARÁ A TÉTULO DE VERBA ALIMENTAR A SUA FILHA O VALOR MENSAL DE EQUIVALENTE 25% DO SALÁRIO MÍNIMO NACIONAL VIGENTE, HOJE EQUIVALENTE A R\$ 249,50 (DUZENTOS E QUARENTA E NOVE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS), A SER DEPOSITADA ATÉ O DIA 15 DE CADA MÊS NA CONTA-POUPANÇA: AG. 0554, OP.013, CP. 00272717-4. QUANTO AO REGIME DE VISITAÇÃO, O PAI TERÁ A FILHA EM SUA COMPANHIA DURANTE OS DOMINGOS NO PERÍODO DIURNO OU ÀS SEGUNDAS-FEIRAS APÓS O HORÁRIO ESCOLAR DA MENOR (A PARTIR DAS 11H). Dada a palavra ao Ministério Público: "Pela homologação". Na sequência, o juiz prolatou a *Sentença*: "Trata-se ação de alimentos. Designado o presente ato, as partes chegaram ao consenso, conforme o teor da avença supramencionada. Desse modo, com arfimo no art. 487, III, "b", do CPC, HOMOLOGO O ACORDO SUPRA, A FIM DE QUE SURTA SEUS EFEITOS LEGAIS. Sem custas. Registre-se. Saem os presentes intimados". Considerando que os acordantes e a representante do Ministério Público renunciaram o prazo recursal, o magistrado, dando por transitado em julgado a presente decisão, de plano, determinou o arquivamento dos autos. E como mais nada foi dito e nem determinado, deu o MM Juiz por encerrado o presente termo, que vai devolutivamente assinado.**

**JUIZ DE DIREITO:**

**PROMOTOR DE JUSTIÇA:**

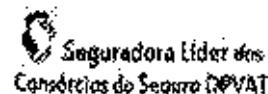
**REPRESENTANTE LEGAL DA AUTORA:** Maria Adilini Ripardo de Souza

**ADVOGADA:** Adilini Ripardo de Souza OAB/CE 16.957

**RÉU:** Nelson Ripardo Duarte

**ADVOGADO:**

# RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201705/19

Número do Sinistro: 3190379487

Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

Data do acidente: 12/05/2019

CPF: 021.617.567-45

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO NARCISO  
PAIVA DUARTE

Seguradora: MBM SEGURO S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

**EVANILDO ARAGAO MELO : 730.506.283-91**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Procuração

**MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA : 073.249.623-35**

Comprovante de residência

**ANA JULIA RIPARDO DUARTE : 634.112.493-74**

Certidão de nascimento

## INFORMAÇÕES

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias corridos a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre a seguro DPVAT e consulta ao andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Região Metropolitana) ou 0800-022-12-04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800-022-81-89.

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 legítimos da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

## Presente da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2019  
Nome: ANA JULIA RIPARDO DUARTE  
CPF: 634.112.493-74

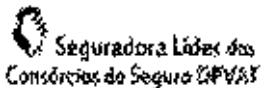
## Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019  
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco  
CPF: 127.603.687-69

\_\_\_\_\_  
ANA JULIA RIPARDO DUARTE

\_\_\_\_\_  
Rodrigo Lopes Pacheco

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201705/19

Número do Sinistro: 3190379487

Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

CPF: 021.617.567-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2019

Titular do CPF: FRANCISCO NARCISO  
PAIVA DUARTE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

**EVANILDO ARAGAO MELO : 730.506.283-91**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

**MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA : 073.249.623-35**

Autorização de pagamento

**ANA JULIA RIPARDO DUARTE : 634.112.493-74**

Certidão de nascimento

## ATENÇÃO

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

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

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

Passador da documentação apresentada:

Data da apresentação: 04/12/2019  
Nome: ANA JULIA RIPARDO DUARTE  
CPF: 634.112.493-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora:

Data do cadastramento: 04/12/2019  
Nome: Bruno Leonardo do Rosário Flores  
CPF: 057.215.377-52

\_\_\_\_\_  
ANA JULIA RIPARDO DUARTE

\_\_\_\_\_  
Bruno Leonardo do Rosário Flores

Válido(a) somente com  
selo de autenticidade.

**SELO DE  
AUTENTICIDADE**

08

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO  
ESTADO DO CEARÁ

REGISTRAL CIVIL  
Nascimento e Óbito

Nº AD 405055 WFDI

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

NOME  
( FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE - CPF/MF Nº 021.617.567-45 )

MATRÍCULA:  
0166670155 2019 4 00003 093 0001687 90

|   |  |   |   |                    |
|---|--|---|---|--------------------|
| SEXO<br><b>MASCULINO</b>  | COR<br><b>BRANCA</b>   | PROFISSÃO<br><b>GARÇOM</b>  | ESTADO CIVIL E IDADE<br><b>SOLTEIRO, COM QUARENTA E NOVE (49) ANOS;</b> |                    |
| DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)<br>DEZOITO DE MARÇO DE MIL NOVECENTOS E SETENTA  |  | DIA<br><b>18</b>  | MES<br><b>03</b>  | ANO<br><b>1970</b> |
| DOMICÍLIO / RESIDÊNCIA<br>TRAV. MANOEL ALVES DE OLIVEIRA, Nº 36, COHAB, NESTA CIDADE DE GROÁIRAS, ESTADO DO CEARÁ;  |  |   |   |                    |
| NACIONALIDADE<br><b>SANTA QUITÉRIA, ESTADO DE CEARÁ</b>   | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO<br><b>RG/IFP/RJ Nº 09307397-1</b> |   | TEL/FAX<br><b>0903 3967 0736</b>  |                    |
| FRANCISCO PINTO DUARTE E MARIA LUCIMAR DE PAIVA DUARTE, BRASILEIROS, CASADOS, APOSENTADOS, ELE RESIDENTE E DOMICILIADO NA CIDADE DE SANTA QUITÉRIA, ESTADO DO CEARÁ; ELA RESIDENTE E DOMICILIADA NA CIDADE DE GROÁIRAS, ESTADO DO CEARÁ. *****  |  |   |   |                    |
| DATA E HORA DE FALECIMENTO<br>DOZE DE MAIO DE DOIS MIL E DEZENOVE; ÀS 04:35;  |  | DIA<br><b>12</b>  | MES<br><b>05</b>  | ANO<br><b>2019</b> |
| LOCAL DE FALECIMENTO:<br>VIA PÚBLICA/ CE 179;   |  |   |   |                    |
| CAUSA DA MORTE:<br><b>TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO;</b>   |  |   |   |                    |
| SEUFTAMENTO<br>CEMÉTÉRIO MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO,<br>NESTA CIDADE DE GROÁIRAS, ESTADO DO CEARÁ;  | CARTÓRIO DE CASAMENTO<br>*****                               |   |   |                    |
| NOME DO CONJUGE<br>*****  | DECLARANTE<br><b>JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE</b>              |   |   |                    |
| FILHOS NOME E IDADE<br>1) ANA JULIA, NASCIDA AOS 23/07/2011; 2) MARCUS VINICIUS, NASCIDO AOS 22/05/1997   | *****  |   |   |                    |
| OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES:<br>Eu, (a) Francisco Verlene Moreira Azevedo, Oficial do Registro Civil, subscrovo e assino. (a.a) Jerry Adriano Paiva Duarte. Testemunhas: Jonathan de Sousa Duarte, Fábio Paiva Duarte, DO nº 29227099-2. O (a) falecido (a) não deixou testamento nem bens a partilhar. "ISENTO DE EMOLUMENTOS". ***** |  |   |   |                    |
| CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS E DE REGISTROS<br>FRANCISCO VERLENE MOREIRA AZEVEDO<br>GROÁIRAS, ESTADO DO CEARÁ<br>RUA PRINCESA ISABEL, Nº 670 - CENTRO  |  | O conteúdo da certidão é verdadeiro. Deu 14.<br>Data e Local: GROÁIRAS (CE), em 15/05/2019.<br><br><br>Oficial<br>FOC: Verlene Moreira Azevedo<br>TABELÃO, OFICIAL DO REGISTRO CIVIL<br>CONC - GROÁIRAS - CE |   |                    |
| <b>23.706.617/0001-22</b>   |  |   |   |                    |
| CARTÓRIO DE OFÍCIO DE<br>NOTAS E DE REGISTROS   |  |   |   |                    |
| RUA PRINCESA SABEL, 670<br>CENTRO - CEP: 62.190-000<br>GROÁIRAS - CE  |  |   |   |                    |

PROCURAÇÃO

36º RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE DA Firma de  
MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE

CARTA DE AUTENTICIDADE  
Ingrid Norberto da Conceição  
Ingrid Norberto da Conceição  
NR388237

Rio de Janeiro/RJ, 5 de junho de 2019.



Ingrid Norberto da Conceição  
Substituta - MAI 94/19 549

Valor: R\$ 5,77 - TJ+Fundo: R\$2,34 - Total: R\$8,11  
EDDF 90101-RJ

Consulte em <https://www3.tj.rj.jus.br/sitelpublico>

Outorgante: *Marcus Vinicius de Almeida Duarte*, brasileiro (a), estado civil *SOLTEIRO*, profissão *TECNICO*, residente e domiciliado à Rua *DAS LARANJEIRAS*, nº *100*, bairro *URCA*, Estado de (a) *RIO DE JANEIRO*, Cep: *22290-320*, SSP/..., e CPF nº *152.033.339-706*, portador(a) do RG nº *22.000.000-0000-0000-0000-0000*.

CONTATO (E): *988341589*

Outorgado: *CELESTINO GROVINI MARQUES LINDO*, brasileiro (a), estado civil *CASADO*, Profissão *SEGURADOR*, Endereço comercial à Rua *FELIPE ALBUQUERQUE*, nº *165*, bairro *ALTO DE CRISTO*, Municipio de *SANTOS*, Estado de (a) *SANTOS*, Cep: *140.000*, portador (a) do RG nº *8857933*, SSP/..., e CPF nº *281.193-713-87*.

CONTATO (E): *9.9605-0011*

PODERES: Conceder poderes especiais ao outorgante referente a acidente de transito da vítima *FRANCISCO NARCISO PAIVA DAVANTE* ocorrido em *11/05/2019* na cobertura por: *Monte* para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do Sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a SUSEP. Praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

OBS. É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019.



*Marcus Vinicius de Almeida Duarte*  
Outorgante

Obs. Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

YGB:



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUSA, brasileira, solteira, do lar, RG de nº 2006031039537, inscrita no CPF de nº 073.249.623-35, residente e domiciliada na área rural denominada de Fazenda Muriçoca s/n, na cidade de Groárias/CE, representante legal de sua prole ANA JULIA RIPARDO DUARTE, brasileira, menor impúbere, inscrito no CPF sob o nº 634.112.493-74.

**OUTORGADO:** EVANILDO ARAGÃO MELO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE 34.538A e OAB/RJ 189.964, com endereço profissional na Rua Major Araújo nº 815, Centro, Groárias-CE, CEP.: 62190-000.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o OUTORGANTE nomeia e constitui o OUTORGADO como sendo seu bastante procurador com todos os poderes que confere a cláusula *ad judicia* e *ad negotio* em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo propor contra que de direito as ações competentes e defender o outorgante nas contrárias, seguindo uma e outra até o final da decisão. Usando de todos os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, renunciar poderes, renunciar valores excedentes; variar de ação, discordar, firmar acordo e compromissos, receber, poderes especiais para receber precatório e requisição de pequenos valores (RPV), autorizando ainda, a dedução dos honorários advocatícios pactuados em 30% (trinta por cento), ou no mínimo sobre o valor do pedido, da condenação ou vantagem ou 60 UAd's (tabela da OAB/CE), cujo, o percentual será destacado por ocasião da expedição e recebimento do RPV o precatório em favor do Advogado, requerer falência, dar quitação, requerer benefícios administrativos e fiscal junto ao INSS, requerer inscrições no cadastro de pessoas física junto à Receita Federal, para representá-lo em ações criminais, trabalhistas, cíveis e administrativas ou em qualquer área do Direito, sendo os honorários cobrados de acordo com a tabela da OAB/CE, podendo agir em conjunto ou separado de outro advogado, inclusive substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom firme valioso.

**DECLARAÇÃO:** Declaro, também, para os devidos fins, *ser pobre, na forma e sob pena da Lei nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983*, não disponho de condições financeiras, para arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Groárias-Ceará, 12 de Junho de 2019.

Maria Adelini Ripardo de Souza  
OUTORGANTE



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUSA, brasileira, solteira, do lar, RG de nº 2006031039537, inscrita no CPF de nº 073.249.623-35, residente e domiciliada na área rural denominada de Fazenda Muriçoca s/n, na cidade de Groaíras/CE, representante legal de sua prole ANA JULIA RIPARDO DUARTE, brasileira, menor imputável, inscrito no CPF sob o nº 634.112.493-74.

**OUTORGADO:** EVANILDO ARAGÃO MELO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE 34.538A e OAB/RJ 189.964, com endereço profissional na Rua Major Araújo nº 815, Centro, Groaíras-CE, CEP.: 62190-000.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o OUTORGANTE nomeia e constitui o OUTORGADO como sendo seu bastante procurador com todos os poderes que confere a cláusula *ad judicia e ad negotio* em qualquer juiz, instância ou tribunal, podendo propor contra que de direito as ações competentes e defender o outorgante nas contrárias, seguindo uma e outra até o final da decisão. Usando de todos os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, renunciar poderes, renunciar valores excedentes; variar de ação, discordar, firmar acordo e compromissos, receber, poderes especiais para receber precatório e requisição de pequenos valores (RPV), autorizando ainda, a dedução dos honorários advocatícios pactuados em 30% (trinta por cento), ou no mínimo sobre o valor do pedido, da condenação ou vantagem ou 60 UAd's (tabela da OAB/CE), cujo, o percentual será destacado por ocasião da expedição e recebimento do RPV o precatório em favor do Advogado, requer salênciam, dar quitação, requerer benefícios administrativos e fiscal junto ao INSS, requerer inscrições no cadastro de pessoas física junto à Receita Federal, para representá-lo em ações criminais, trabalhistas, cíveis e administrativas ou em qualquer área do Direito, sendo os honorários cobrados de acordo com a tabela da OAB/CE, podendo agir em conjunto ou separado de outro advogado, inclusive substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom firme valioso.

**DECLARAÇÃO:** Declaro, também, para os devidos fins, *ser pobre, na forma e sob pena da Lei nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983*, não disponho de condições financeiras, para arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Groaíras-Ceará, 01 de julho de 2019.

+ Maria Adelini Ripardo de Souza  
ORTOGANTE

**EVANILDO ARAGÃO MELO**  
**ADVOGADO**



**OUTORGANTE:** MARIA ADELINA RIPARDO DE SOUSA, brasileira, solteira, do lar, RG nº 2006031039537, inscrita no CPF sob o nº 073.249.623-35, representante legal de sua prole **ANA JULIA RIPARDO DUARTE**, menor imputável, inscrita no CPF sob o nº 634.112.493-73, residente e domiciliada em Área Rural denominada Fazenda Muriçoca s/n, CEP: 62190-000 Groaíras-Ce.

**OUTORGADO:** EVANILDO ARAGÃO MELO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 34.538, com endereço profissional na Rua Major Araújo nº 815, Centro, Groaíras-Ce, CEP: 62190-000.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o OUTORGANTE nomeia e constitui o OUTORGADO como sendo seu bastante procurador com todos os poderes que confere a cláusula *ad judicia e ad negotio* em qualquer juízo, instância ou tribunal ou administrativo, podendo REQUERER E RECEBER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT EM FAVOR DO OUTORGANTE, ASSIM TAMBÉM AUTORIZANDO O PAGAMENTO/RECEBIMENTO DE VALORES DO BENEFÍCIO A SER DEPOSITADO EM NOME DO PROCURADOR EVANILDO ARAGÃO MELO, AGENCIA 0458-8, CONTA CORRENTE 0012993-3, BANCO BRADESCO, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, renunciar poderes, renunciar valores excedentes; variar de ação, discordar, firmar acordo e compromissos, receber, poderes especiais para receber precatório e requisição de pequenos valores (RPV), destacado por ocasião da expedição e recebimento do RPV o precatório em favor do Advogado, dar quitação, requerer benefícios administrativos e fiscal junto ao INSS, requerer inscrições no cadastro de pessoas física junto à Receita Federal, para representa-lhe em ações criminais, trabalhistas, cíveis ou em qualquer área do Direito, sendo os honorários cobrados de acordo com a tabela da OAB/CE, dando tudo por bom firme valioso.

**DECLARAÇÃO:** Declaro, também, para os devidos fins, *ser pobre, na forma e sob pena da Lei nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983*, não dispondo de condições financeiras, para arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento me e de minha família.

Groaíras- Ceará, 14 de junho de 2019.

*Maria Adelina Ripardo de Souza*



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201705/19

Número do Sinistro: 3190379487

Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

CPF: 021.617.567-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2019

Titular do CPF: FRANCISCO NARCISO  
PAIVA DUARTE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

**MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE : 152.053.597-06**

Autorização de pagamento

## 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: 09/07/2019  
Nome: CELIO GEOVANI MARQUES LINO  
CPF: 284.193.913-87

CELIO GEOVANI MARQUES LINO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201705/19

Número do Sinistro: 3190379487

Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

CPF: 021.617.567-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2019

Titular do CPF: FRANCISCO NARCISO  
PAIVA DUARTE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

## ATENÇÃO

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

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

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