

---

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



---

**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: 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

---

**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 GEOVANI 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



---

**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 GEOVANI 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:**

**Recebedor: 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



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

Pag. 00793/00794 - carta\_03 - MORTE



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:

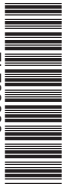
<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

Pag. 00483/00484 - carta\_03 - MORTE



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

Pag. 00465/00466 - carta\_03 - MORTE



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

CPF do diretor da ASL:

3190/374487

CPF da vítima:

021.617.567-45

Nome completo da vítima:

FRANCISCO NARCISIO 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

CPF:

152053597-06

Endereço:

PEDREIRO RUA DAS ENFERMEIRAS

Número:

65

Complemento:

-

Bairro:

GUARATIBA

Cidade:

RIO DE JANEIRO RJ

Estado:

RJ

CPF:

23032-220

E-mail:

MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE@gmail.com

Telefone:

121988341589

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo - Assinale uma das opções)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (311)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (informe o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0229

CONTA:

00044252

3

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na minha conta bancária indenizada, de minha totalidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu sou direito, em decorrência do acidente, desde que eu não tiver sido condenado criminalmente por crime de trânsito, e que eu não tenha sido condenado criminalmente por crime de trânsito, e que eu não tenha sido condenado criminalmente por crime de trânsito, e que eu não tenha sido condenado criminalmente por crime de trânsito.

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

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

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

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

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

Esta declaração constitui, para fins de preenchimento da ausência do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, conforme a documentação apresentada, e não constitui, de modo algum, uma declaração de que eu não fui condenado criminalmente por crime de trânsito, e que eu não tenho sido condenado criminalmente por crime de trânsito, e que eu não tenho sido condenado criminalmente por crime de trânsito, e que eu não tenho sido condenado criminalmente por crime de trânsito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Data da morte da vítima: 12/05/2019

Gravidez da vítima: ☒ Não

Vítima deu ou comprou filho(a): ☐ Sim ☒ Não

Se a vítima deixou comprovado, informar o nome completo:

Vítima teve filho(a): ☒ Sim ☐ Não

Se tinha filho(a) formar quantos: 02

Vítima deixou ou comprou filho(a): ☐ Sim ☒ Não

Vítima deixou ou comprou filho(a): ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso de morte, a indenização do Seguro DPVAT por morte, e que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a suspensão do pagamento do Seguro DPVAT, e que eu não tenho sido condenado criminalmente por crime de trânsito, e que eu não tenho sido condenado criminalmente por crime de trânsito, e que eu não tenho sido condenado criminalmente por crime de trânsito, e que eu não tenho sido condenado criminalmente por crime de trânsito.

Local e Data: RIO DE JANEIRO 05 JUNHO 2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODE

Marcus Vinicius de Almeida Duarte

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: JEREMY ADRIANO PAIVA DUARTE

CPF: 083.656.087-66

Assinatura: [Assinatura]

2º Nome: FRANCISCO (CUSTO) SAMPOLTO

CPF: 025.967.4557-21

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura do beneficiário legal (se houver)

Assinatura do intermediário (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá receber uma pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente formulário A SEU RODE, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a dar-lhe ciência do conteúdo antes de preenchê-lo e assiná-lo. ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CUNTA BANCA N°



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

CPF: 021.617.567-45

Nome completo da vítima:

FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

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

CPF: 452053597-00

Nome completo:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

## DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:

☒ MENOR QUE R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.000,00 ATE R\$ 1.500,00

☐ R\$ 1.500,00 ATE R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.000,00 ATE R\$ 2.500,00

☐ R\$ 2.500,00 ATE R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.000,00 ATE R\$ 3.500,00

☐ R\$ 3.500,00 ATE R\$ 4.000,00

☐ R\$ 4.000,00 ATE R\$ 4.500,00

☐ R\$ 4.500,00 ATE R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATE R\$ 5.500,00

☐ R\$ 5.500,00 ATE R\$ 6.000,00

☐ R\$ 6.000,00 ATE R\$ 6.500,00

☐ R\$ 6.500,00 ATE R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.000,00 ATE R\$ 7.500,00

☐ R\$ 7.500,00 ATE R\$ 8.000,00

☐ R\$ 8.000,00 ATE R\$ 8.500,00

☐ R\$ 8.500,00 ATE R\$ 9.000,00

☐ R\$ 9.000,00 ATE R\$ 9.500,00

☐ R\$ 9.500,00 ATE R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA

☐ CONTA CORRENTE

☐ CONTA SALVAMENTO

☐ CONTA DE PESSOAL

☐ CONTA DE INVESTIMENTO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE PROVISÃO

☐ CONTA DE DEBITO

☐ CONTA DE CREDITO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE PROVISÃO

☐ CONTA DE DEBITO

☐ CONTA DE CREDITO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE PROVISÃO

☐ CONTA DE DEBITO

☐ CONTA DE CREDITO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE PROVISÃO

☐ CONTA DE DEBITO

☐ CONTA DE CREDITO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE PROVISÃO

☐ CONTA DE DEBITO

☐ CONTA DE CREDITO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE PROVISÃO

☐ CONTA DE DEBITO

☐ CONTA DE CREDITO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE PROVISÃO

☐ CONTA DE DEBITO

☐ CONTA DE CREDITO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE PROVISÃO

☐ CONTA DE DEBITO

☐ CONTA DE CREDITO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE PROVISÃO

☐ CONTA DE DEBITO

☐ CONTA DE CREDITO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE PROVISÃO

☐ CONTA DE DEBITO

☐ CONTA DE CREDITO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE PROVISÃO

☐ CONTA DE DEBITO

☐ CONTA DE CREDITO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE RESERVA

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo do IML emitido pelo médico responsável pelo tratamento da vítima, que ateste a existência de invalidez permanente.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de invalidez permanente.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de invalidez permanente.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de invalidez permanente.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve beneficiário único para a cobertura de morte.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de morte.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de morte.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de morte.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de morte.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de morte.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de morte.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de morte.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de morte.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de morte.

☐ Não houve atendimento a qualquer das condições de cobertura de morte.

13 JUN. 2019

ABR:





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

CPF do sinistro ou ASI

3190/379487

CPF da vítima

021.617.567-45

Nome completo da vítima

FRANCISCO NARCISIO 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

Endereço

PEDREIRO RUA DAS ENFERMEIRAS

Cidade

GUARATIBA RIO DE JANEIRO RJ

E-mail

MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE@gmail.com

CPF

152053597-06

Nome

65

Complemento

CPF

23032-220

Telefone

1211988341589

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

RECEITA MENSAL

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Saliente que não é benefício previdenciário)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (311)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Saliente se é titular)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0229

CONTA: 00094252 3

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária indicada, de minha titularidade, o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT, a qual eu fiz, dentro, respectivamente, do prazo de 12 (doze) meses e 6 (seis) meses após a efetivação do crédito, quitando todos os valores devidos.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há impedimento 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:

☐ 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.

Esta declaração, assinada pelo beneficiário do acidente, não exclui a possibilidade de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, caso haja a documentação necessária, e a indenização devida pelo acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 9º, §1º, declarando que esta declaração não significa desistência ou renúncia aos direitos de indenização e/ou ressarcimento de danos materiais ou morais.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima

☒ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima: 12/05/2019

Gravidez da vítima

☒ Não

Vítima de uma companheira

☐ Sim

☒ Não

Se a vítima deixou alguma herança, informar o valor completo

Vítima teve filhos?

☒ Sim

☐ Não

Se tiver filhos, informar quantos

Vivos

02

Falecidos

Vítima deixou herança (patrimônio)?

☐ Sim

☒ Não

Vítima deixou bens móveis?

☐ Sim

☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovar esta condição, estando desde então de que qualquer contestação declaratória não verídica poderá gerar a obrigação de restituir o valor indenizado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: RIO DE JANEIRO 05 JUNHO 2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina a RGDT

Marcus Vinicius de Almeida Duarte

Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome

JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE

CPF

083.656.087-66

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

# 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: evanildoaragoadv@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 ADELINE 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  
(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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica 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 gera 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: FILHA 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 (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 2 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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 - 1ª | Nome: EDIMILSON XIMENES MELO

CPF: 511.871.403-68

Assinatura da testemunha  
MARIA AILZA ARAGAO

39 - 2ª | 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)

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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: **ANA JULIA RIPARDO DUARTE** 6 - CPF: **636.112.483-74**  
7 - Profissão: **ESTUDANTE** 8 - Endereço: **FAZENDA MURICACA** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: **CASA**  
11 - Bairro: **ARIA RURAL** 12 - Cidade: **GROAÍRAS** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **62190-000**  
15 - E-mail: **vanildoanagao@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(88) 988350923**

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 ADELINI RIPARDO DE SOUZA**  
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** 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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **7124A** 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **2** Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

**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)

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

38 - 1ª Nome: **maria eduarda L. da Silva**  
CPF: **037638733-50**

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: **Antonia Celina Lima**  
CPF: **537.838.463-00**

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

Hora: 04:30

Artigo(s) CTB: 230-V, 162-I

Nº CRLV: 013132546363

Placa: PV-7764 UF: CE Marca: HOVA

Chassi: 962MC4400H200685

Conductor: FRANCISCO NARCISO DA SILVA DIARTE

CPF: 021.617.567-45

VEÍCULO Removido - Artigo 270 § 2º CTB (X)

CRLV Recolhido - Artigo 274 do CTB ( )

## EQUIPAMENTOS OBRIGATORIOS AUSENTES

AUTOMÓVEIS		MOTOCICLETAS
Buzina	Luzes de Posição Dianteira	Buzina
Cintos de Segurança	Macaco Compatível com o Peso	Espelhos Retrovisores
Chave de Roda	Pala Interna de Proteção Solar	Farol Dianteiro
Chave de Fenda	Para-choques dianteiro/traseiro	Iluminação da Placa Traseira
Espelhos Retrovisores	Pneu Sobressalente	Lanterna Traseira
Faróis Principais Dianteiros	Triângulo Refletivo	Lanterna de Freio
Freio de Mão Operante	Velocímetro	Velocímetro
Lanternas de Direção	OUTROS:	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

• VEÍCULO ENVOLVIDO EM ACIDENTE COM O CONDUCTOR SENDO VITÍMA FATAL.

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.)

Conductor(a)

Agente de Trânsito / Matrícula

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

13 JUN. 2019





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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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** UF:  
RG: **093073971** Orgão Emissor:  
Filiação: **MARIA LUCIMAR DE PAIVA DUARTE**  
**FRANCISCO PINTO DUARTE**  
Endereço: **RUA MANOEL ALVES**  
Bairro: **COHAB** CEP:  
Município: **GROAIRAS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Noticiante(s)**

Nome: **JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE**  
Nascimento: **21/07/1978** CPF: **083.656.087-66** UF: **CE**  
CNH: **03296417453** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **MARIA LUCIMAR PAIVA DUARTE**  
**FRANCISCO PINTO DUARTE**  
Endereço: **RUA MANOEL ALVES DE OLIVEIRA, 38** CEP:  
Bairro: **COHAB**  
Município: **GROAIRAS/CE** Telefone: **(85) 99944-3168**  
País: **BRASIL**

**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 trânsito 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  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL  
Impresso nº 2019447839



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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:**

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**OZANIEL VASCONCELOS LEITE - MAT.: 30120108**





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

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

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

Gratões, Estado do Ceará;

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

Francisco Narciso Peiva Duarte e Maria Adeline Ripardo da Souza.

AVÓS

Paternos - Francisco Pinto Duarte e Maria Lucimar de Paiva Duarte; Maternos - Antonio Fernandes de Souza e Maria do Nazare Ripardo de Souza

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Vinte e cinco de outubro de dois mil e onze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30576639020

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Eu, (a) Francisco Verlene Moreira Azevedo, Oficial do Registro Civil, subscrevo e assino, (a.a) Francisco Narciso Peiva Duarte, Maria Adeline Ripardo da Souza. Testemunhas: Emanuel Rodrigues Alves, Carlos Maximilian de Mesquita. ISENTOS DE EMOLUMENTOS.

NOME DO OFÍCIO

OFICIAL REGISTRADOR

MUNICÍPIO/UF

ENDEREÇO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé

Data e local: 27/10/2011, Gratões

Assinatura do Oficial

Fco. Verlene Moreira Azevedo  
TITULAR OFICIAL DO REGISTRO CIVIL  
CNR - Gratões - CE

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

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Vinte e Três de Julho de Dois Mil e Onze

DIA

23

MÊS

07

ANO

2011

HORA

09:25

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sobral, Estado do Ceará.

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Gratunas, Estado do Ceará.

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

Francisco Narciso Paiva Duarte e Maria Adeline Ripardo da Souza.

AVÓS

Paternos - Francisco Pinto Duarte e Maria Lucimar da Silva Duarte; Maternos - Antonio Fernandes da Souza e Maria do Nazare Ripardo de Souza.

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

vinete e cinco de outubro de dois mil e onze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO VIVO

30578639020

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

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

NOME DO OFÍCIO

OFICIAL REGISTRADOR

MUNICÍPIO/UF

ENDEREÇO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé  
Data e local: 25/10/2011, Sobral.

Assinatura do Oficial



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

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

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

Sobral, Estado do Ceará

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

Francisco Narciso Paiva Duarte e Maria Adeline Ripardo da Souza

AVÓS

Paternos - Francisco Paulo Duarte e Maria Luzimar da Paiva Duarte; Maternos - Antonio Fernandes de Souza e Maria do Nazare Ripardo da Souza

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

vinete e cinco de outubro de dois mil e onze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30579530020

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Eu, (a) Francine Varlene Moreira Azevedo, Oficial do Registro Civil, suscrevo e assino, (a) Francisco Narciso Paiva Duarte, Maria Adeline Ripardo da Souza, Testemunhas: Emanuel Rodrigues Alves, Carlos Maximiliano de Mesquita. (SENTO DE EMOLUMENTOS)

NOME DO OFÍCIO

OFICIAL REGISTRADOR

MUNICÍPIO/UF

ENDEREÇO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé  
Data e local: 20/11/2011, Sobral

Assinatura do Oficial

Fco Varlene Moreira Azevedo  
BASEADO OFICIAL DO REGISTRO CIVIL  
COM. 01/01/11



Válida(a) somente com  
selo de autenticidade.



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) ANOS;
DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)			DIA MÊS 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 GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ;			
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	RG/CPF/RJ Nº	
SANTA QUITÉRIA, ESTADO DE CEARÁ	RG/IFP/RJ Nº 09307397-1	0903 3967 0736	
FILIAÇÃO, PROFISSÃO 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 GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ. *****			
DATA E HORA DE FALECIMENTO			DIA MÊS ANO
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; /			
SEPOLCAMENTO	CARTÓRIO DE CASAMENTO		
CEMITÉRIO MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, NESTA CIDADE DE GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ;	*****		
NOME DO CONJUGE	DECLARANTE		
*****	JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE		
FILHOS NOME E IDADE			
1) ANA JULIA, NASCIDA AOS 23/07/2011; 2) MARCUS VINICIUS, NASCIDO AOS 22/05/1992; *****			

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES:

Eu, (a) Francisco Verlene Moreira Azevedo, Oficial do Registro Civil, subscrevo 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  
FRANCISCO VERLENE MOREIRA AZEVEDO  
GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ  
RUA PRINCESA ISABEL, Nº 670 - CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Data e Local: GROAÍRAS (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  
GROAÍRAS - CE

Oficial  
Fco Verlene Moreira Azevedo  
TABELÃO OFICIAL DO REGISTRO CIVIL  
CONF - Groaíras - CE  
LIBIA CORRETORA DE SEC. 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

6874/001987

RIO DE JANEIRO - RJ

23510-006

MARCUS VINICIUS A DUART  
RUA DAS ENFERMEIRAS 65

23032-220

RIO DE JANEIRO-RJ

DATA DE POSTAGEM: 19/08/2004

*ENDEREÇO BENEFICIÁRIO*

**CAIXA**

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2004







Este é a sua conta de

08/2019

10503981

09/09/2019

76,87

14/08/2019

Companhia Brasileira de Cables  
Rua Padre Vitoriano, 100 - Vila Maria CE 10503-900  
CNPJ 07.047.230/0001-70 (CPF 06.705.966-3)  
Cidade: Fortaleza - CE - CEP 60.000-000

Nome MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA

Endereço ST MILRICOCA 0000

62190-000 GBOAIRAS LESTE

Classificação Rural Residencial Rural

Medição Tariffa B2 FIPRA-CONV

Leitor TRIPASICO

Medidor 6010131-ELE-647 - GR128R04

Endereço ST MILRICOCA 0000

62190-000 GBOAIRAS LESTE

Classificação Rural Residencial Rural

Medição Tariffa B2 FIPRA-CONV

Leitor TRIPASICO

Medidor 6010131-ELE-647 - GR128R04

Endereço ST MILRICOCA 0000

62190-000 GBOAIRAS LESTE

Classificação Rural Residencial Rural

Medição Tariffa B2 FIPRA-CONV

Leitor TRIPASICO

Medidor 6010131-ELE-647 - GR128R04

Endereço ST MILRICOCA 0000

62190-000 GBOAIRAS LESTE

Classificação Rural Residencial Rural

Medição Tariffa B2 FIPRA-CONV

Leitor TRIPASICO

Medidor 6010131-ELE-647 - GR128R04

Endereço ST MILRICOCA 0000

62190-000 GBOAIRAS LESTE

Companhia Brasileira de Cables  
Rua Padre Vitoriano, 100 - Vila Maria CE 10503-900  
CNPJ 07.047.230/0001-70 (CPF 06.705.966-3)  
Cidade: Fortaleza - CE - CEP 60.000-000

Nome MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA

Endereço ST MILRICOCA 0000

62190-000 GBOAIRAS LESTE

Classificação Rural Residencial Rural

Medição Tariffa B2 FIPRA-CONV

Leitor TRIPASICO

Medidor 6010131-ELE-647 - GR128R04

Endereço ST MILRICOCA 0000

62190-000 GBOAIRAS LESTE

Classificação Rural Residencial Rural

Medição Tariffa B2 FIPRA-CONV

Leitor TRIPASICO

Medidor 6010131-ELE-647 - GR128R04

Endereço ST MILRICOCA 0000

62190-000 GBOAIRAS LESTE

Classificação Rural Residencial Rural

Medição Tariffa B2 FIPRA-CONV

Leitor TRIPASICO

Medidor 6010131-ELE-647 - GR128R04

Endereço ST MILRICOCA 0000

62190-000 GBOAIRAS LESTE

Classificação Rural Residencial Rural

Medição Tariffa B2 FIPRA-CONV

Leitor TRIPASICO

Medidor 6010131-ELE-647 - GR128R04

Endereço ST MILRICOCA 0000

62190-000 GBOAIRAS LESTE

Atencao: para o cliente que deseja cancelar o serviço, favor entrar em contato com o atendimento ao cliente pelo telefone 0800 000 0000

MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA

ST MILRICOCA 0000

GBOAIRAS LESTE

62190-000

GR128R04

10503981

14/08/2019

6010131-ELE-647

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

Atencao: para o cliente que deseja cancelar o serviço, favor entrar em contato com o atendimento ao cliente pelo telefone 0800 000 0000

MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA

ST MILRICOCA 0000

GBOAIRAS LESTE

62190-000

GR128R04

10503981

14/08/2019

6010131-ELE-647

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

Atencao: para o cliente que deseja cancelar o serviço, favor entrar em contato com o atendimento ao cliente pelo telefone 0800 000 0000

MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA

ST MILRICOCA 0000

GBOAIRAS LESTE

62190-000

GR128R04

10503981

14/08/2019

6010131-ELE-647

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

02/09/2019

**8056004**

Para a utilização deste documento, utilize o e-mail: [atendimento@enel.com.br](mailto:atendimento@enel.com.br)

Companhia Energética de Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-340 | Fortaleza CE  
CNPJ 02942751/0001-70 | CDF 08.105.828-3

**CONTA DE ENERGIA ELETRICIDADE - SÉRIE UNICA-EN** Nº 3478298

Endereço: RUA MAJARA 10, 00815 - 00815, CENTRO, 62190-000, CROATAS

Classificação: Residencial Pleno

Modelo de Tarifa: B1 RESIDENCIAL

Eligação: Monofásica

ÁREA RESERVADA AO FISCO

DEBENTURADO Nº 4366563007095630310

Referência: 10/2019

Emissão: 17/10/2019

Medidor: 5023189-E14-026

**ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)**

Período	Consumo (KWh)	Valor (R\$)
10/09	2,229	61,82

**DADOS DE LEITURA**

Anterior	Atual	Próximo previsto
17/09/2019	17/10/2019	10/11/2019

**DADOS DA LEITURA**

Posição	Leitura	Leitura Anterior	Consumo (KWh)	Consumo Anterior (KWh)	Consumo Futuro (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
17	2,229	2,148	1,00	0,00	0,00	0,72643	61,82

**DADOS DO SATURAMENTO**

Item	Tarifa	Valor (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	2,52
JUROS MORATORIOS	-	0,16
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01131	0,95
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,02357	1,98
CONSUMO	0,72643	61,82

**Tributação**

Tributação	Base (R\$)	Alíquota (%)	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**

**CONSUMO CONSCIENTE**

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh): Compensação em toneladas por consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO<sub>2</sub>): Compensação kg (CO<sub>2</sub>): Compensação em toneladas por consumo de energia elétrica

32,79 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 18/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 17/10

Nº do Cliente: 8056004  
Data de Emissão: 17/10/2019  
Nº da Nota Fiscal: 025478298

Referência: 10/2019  
Total a Pagar (R\$): 66,63  
Nº de Controle: 30002287168

V: [1.0.0.5]  
058 - 0548381718  
- 0,5156607  
- 46,28421761

83820000000 2 66634031030 8 00228716807 3 00008056004 0



83820000000 2 66634031030 8 00228716807 3 00008056004 0

01/10 - 17/19.



## 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/OOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CELIO GEOVANI MARQUES LIND

inscrito (a) no CPF/CNPJ 224.193.913, 27 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARCUS VINÍCIUS DE ALMEIDA DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 152.053.597, 16

do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da vítima FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.647.567, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA FARI ALVARO</u>	Número: <u>665</u>	Complemento: <u>2019 03</u>
Cidade: <u>SOMM</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>62100-000</u>
E-mail:		Tel.(DDD):

Local e Data: SOMM CE 09 JUNHO 2019

Assinatura do Declarante

LÍBIA CURETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

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=25636>

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 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 ARAÇÃO MELO

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

ANA JULIA RIBARDO DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 634112493, 74

do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da Vítima FRANCISCO NARCISO PANA DUARTE

inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.617.567, 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: — e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

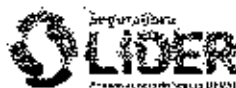
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço: <u>RUA MAJOR ARAÚJO</u>	Número: <u>815</u>	Complemento: <u>SALA 1</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>CRIOARAS</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: <u>EVANILDOARAGAOADU@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>62190-000</u>	Tel. (DDD): <u>(82) 988350929</u>

Local e Data: CRIOARAS-CE, 30 DE OUTUBRO DE 2019

Evandro Araújo Melo  
Assinatura do Declarante

0ABCE34538



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 telefones abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h):

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-7006 / demais regiões: 0800-632 32 32

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-632 32 32 | SAC (para dúvidas sobre indenizações de fato): 0800-632 32 32 | Central Operadora: 0800-632 32 32

### 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/2013/03/28/DECLARACAO-DE-PREVENCAO-A-LAVAGEM-DE-DINHEIRO-PESSOA-FISICA-CIRCULAR-SUSEP-445-12>

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 comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> O COAF (Comitê de Combate à Lavagem de Dinheiro) é o órgão responsável pela fiscalização e fiscalização das atividades das pessoas, empresas, privadas, abertas, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> COMISSÃO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EVANILDO ARAÚJO MELLO

inscrito (a) no CPF/CNPIS 730.506.783 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANA JULIA RIPARDO DUARTE inscrito (a) no CPF sob o nº 634.112.493 / 73

do sinistro de DPVAT coberto por MORTE do veículo FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

inscrito (a) no CPF sob o nº 024.617.567 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA MAJOR ARAÚJO</u>	Número: <u>815</u>	Complemento: <u>SALA 1</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>CAIAPIRÁ</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: <u>EVANILDOARRAJOADU@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>62190-000</u>	Tel (DDD): <u>(88) 938350929</u>

Local e Data: CAIAPIRÁ, CE, 13 DE NOVEMBRO DE 2019

Evandilo Araújo Mello 0436 34538  
Assinatura do Declarante





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

CPF: 021.617.567-45

Nome completo da vítima:

FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

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

CPF: 452053597-00

Nome completo:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF: 452053597-00

Nome:

Complemento:

CPF: 452053597-00

CPF: 452053597-00

CPF: 452053597-00

Declaro, para todos os fins de direito, que a vítima do acidente foi vítima de acidente de trânsito e que o mesmo ocorreu em território brasileiro.

RECEITA MENSAL: ☒ MENOR QUE R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 ATE R\$ 1.500,00 ☐ R\$ 1.500,00 ATE R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 ATE R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.500,00 ATE R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.000,00 ATE R\$ 3.500,00 ☐ R\$ 3.500,00 ATE R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 4.000,00 ATE R\$ 4.500,00 ☐ R\$ 4.500,00 ATE R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.000,00 ATE R\$ 5.500,00 ☐ R\$ 5.500,00 ATE R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 6.000,00 ATE R\$ 6.500,00 ☐ R\$ 6.500,00 ATE R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.000,00 ATE R\$ 7.500,00 ☐ R\$ 7.500,00 ATE R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 8.000,00 ATE R\$ 8.500,00 ☐ R\$ 8.500,00 ATE R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 9.000,00 ATE R\$ 9.500,00 ☐ R\$ 9.500,00 ATE R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0229 CONTA: 00044252

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a LIDER Seguros a solicitar a emissão do laudo médico e a efetuar a indenização de acordo com o valor fixado no contrato de seguro.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo médico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) para a vítima do acidente.

☐ Não houve atendimento médico em hospital ou clínica, ou o atendimento foi realizado em local não autorizado pelo IML.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☒ Beneficiário único ☐ Beneficiários múltiplos

Declaro, sob as penas da lei, que não houve mais beneficiários além dos declarados.

TESTEMUNHAS

1º Testemunha: JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE

2º Testemunha: FRANCISCO (SEU) EMPREGADO

Assinatura: JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO (SEU) EMPREGADO

Assinatura: JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO (SEU) EMPREGADO

13 JUN. 2019

ABR:

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: **evanildoaragoadv@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 ADELINE 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. Assinalar uma opção) **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)  
**Bradesco (237)** **Itaú (341)** **Nome do BANCO:** \_\_\_\_\_  
**Banco do Brasil (001)** **Caixa Econômica Federal (104)**  
**AGÊNCIA:** **0554** **01** **CONTA:** **00272717** **4** **AGÊNCIA:** \_\_\_\_\_ **CONTA:** \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: **Solteiro** **Casado (no Civil)** **Divorçado** **Separado judicialmente** **Vivo** 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: **FILHA** 26 - Vítima deixou companheiro(a): **Sim** **Não** 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **NAO**  
28 - Vítima teve filhos? **Sim** **Não** 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **2** Falecidos: **0** 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascido(s)? **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 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 - 1ª | Nome: **EDMILSON XIMENES MELO**

CPF: **511.871.403-68**

*Edmilson Ximenes Melo*  
Assinatura de testemunha

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

CPF: **110.264.133-20**

*Maria Ailza Aragao*  
Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)


 MINISTÉRIO DO EXÉRCITO  
 DIRETORIA DE SERVIÇO MILITAR  
 CERTIFICADO DE DISPENSA  
 DE INCORPORAÇÃO  
 446197-G  
 25 CSM  
 RA NÃO POSSUI  
 NOME  
 FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE  
 EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

*VITIMA*

FRANCISCO PINO DUARTE  
 MARIA LUCIMAR DE PAIVA DUARTE  
 ISMARO SANTA QUINTELA DE  
 15/03/89  
 JOAQUIM DA SILVA  
 1-10/D-9-700-8M

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

500

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**021.617.567-45**

Nome  
**FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

Nascimento  
**18/03/1970**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

*VITIMA*

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

288



FILHO BENEFICIÁRIO



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2010



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS FOMENTAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITATAGEM  
CARTEIRAS DE HABITATAGEM

CE  
1497615130

SAÚDE E FAMÍLIA  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1497615130

FRÉDÉRIC PLATONICAR  
1497615130

CEARA

CELESTO GERVASIO MARQUES LINO

CPF: 000109 HTL CE

CPF: 284.123.213-87 DATA NASCIMENTO: 15/04/1967

REPRESENTANTE: JOSE LINO BARBOSA

FRANCISCA VALDINIR MARQUES LINO

PROFESSOR: [ ] AT: [ ] C/PROF: [ ]

1º REGISTRO: 15/03/1986

SEM OBSERVAÇÃO

LOCAL: SOBRAL, CE DATA EMISSÃO: 15/03/2018

92601871024  
CE164028109

PROCURADOR

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

VER

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICACÃO E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

PROIBIDO PLASTIFICAR

POLEGAR DIREITO

*Ana Julia Ripardo Duarte*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
CERIAL 2019094812-9

DATA DE  
EXPIRAÇÃO 04/06/2019

NOME ANA JULIA RIPARDO DUARTE

FILIAÇÃO FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

MARIA ADELINE RIPARDO DA SOUZA

NATURALIDADE SOBRAL - CE

DATA DE NASCIMENTO 23/07/2011

DGC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: SEDE TERMO: 0009872 FOLHA: 00000289

LIVRO: A00009 GROAÍRAS - CE

CPF 434.112.493-74

1 VTA

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

P.: 203

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

13-4

Maria Adelina Ripardo de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006031039537 DATA DE EMISSÃO 10/5/2006

NOME MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA

FILIAÇÃO ANTONIO FERNANDES DE SOUZA E MARIA DO NAZARE RIPARDO DE SOUZA

NATURALIDADE GROAIRAS-CE DATA DE NASCIMENTO 27/4/1992

DOC. ORGÃO CERT. NASC. 7078 L A-7 F

191 GROAIRAS-CE

CPF

ASSINATURA DO UNIFORMADO

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
073.249.623-35

Nome  
MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA

Nascimento  
27/04/1992



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 09034694

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(ART. 13 DO 14.191/2011)

ASSINATURA DO PORTADOR

EVANILDO ARAGÃO MELO

02/04/1974

730.506.283-91

01 29/04/2018

09034694

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ  
IDENTIDADE DE ADVOGADO  
SUPLEMENTAR

PODE  
EVANILDO ARAGÃO MELO

FILIAÇÃO  
EDMILSON XIMENES MELO  
MARIA AILZA ARAGÃO

NATURALIDADE  
GROAÍRAS-CE

RG  
212178501 - SSP-CE

DATA INSCRIÇÃO SUPLEMENTAR  
29/04/2018

DATA DO NASCIMENTO  
02/04/1974

CPF  
730.506.283-91


VIA  
01

EXPIRAÇÃO  
29/04/2018

MARCELO MOTA GURGEL DO AMARAL  
PRESIDENTE DO CONSELHO SECCIONAL


08094894

USO EXCLUSIVO DO  
TITULAR DO CARTÃO  
VALIDADEZ ATÉ 31/12/2014



ASSINATURA DO TITULAR

*Wladimir Augusto de Azevedo*



REGISTRO Nº 00000000000000000000000000000000

CONSELHO SECCIONAL DE ADVOCADOS DO CEARÁ

IDENTIDADE DE ABOGADO SUPLENTE

Nome: EVANILDO ARAÚJO MELO

Matrícula: EDWILSON KIMENES MELO

Matrícula: MARIA LUIZA ARAÚJO

GRADUAÇÃO: GRADUAÇÃO

DATA DE EMISSÃO: 01/04/2014

DATA DE VALIDADEZ: 31/12/2014

DATA DE EXPIRAÇÃO: 31/12/2014

DATA DE CANCELAMENTO: 31/12/2014

DATA DE CANCELAMENTO: 31/12/2014



**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**

---



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Perícia Forense do Estado do Ceará

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

LAUDO PERICIAL

Número: 2019.0022764

Cadavérico

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 NARCISIO 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 gola na cor azul, com marca do restaurante "Picanha e Cia", calça preta e cueca cinza. **TANATOLOGNOSE:** Apresenta rigidez cadavérica generalizada, hipóstase de decúbito dorsal, córneas parcialmente opacificadas, 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 – Rebatido 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 necrópsia, 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*

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

**LAUDO PERICIAL**

**Cadavérico**

**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:**



13 JUN. 2019

LIBIA CORRÊTORA DE SEG. LTDA

DUT

CE Nº 013132546363 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

0216175 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraliber.com.br

SÃO DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2017 22/06/2017

PLACA EMV7764

VIA 01 02161756745

RENOVAÇÃO 1120956673

MARCA/MODELO HONDA/CB 250F TWISTER

ANO FAB 2017

ANO MOD 2017

CNPJ/CNP 902MC4400HR006851

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

FMS (R\$) 9,03

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,70

IOF (R\$) 185,50

DATA DE QUITAÇÃO 20/06/2017

COTA ÚNICA ☐ PARCELADO ☐

LOTE/DOCUMENTOS DPVAT 77976

MOTOR: MC4400HR006851

CNPJ 09.248.608/0001-04

NOV-2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE Nº 013132546363

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO DATA 2017 22/06/2017

VIA 01 1120956673

COD RENOVAM 0000000000

ENTR 2017

FRANCISCO MARCOS PAIVA DUARTE

GROAIRAS/CE

PLACA EMV7764

CHASSI 902MC4400HR006851

ESPECIE TIPO GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/CB 250F TWISTER

ANO FAB 2017

ANO MOD 2017

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENÇ COTA ÚNICA

VENÇ COTAS

FAIXA LTV 1

FAIXA LTV 2

FAIXA LTV 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180,65

IOF (R\$) 185,50

PREMIO TOTAL (R\$) 366,15

DATA DE PAGAMENTO 20/06/2017

AL.FID. BV FINANCEIRA S/A CFI

GROAIRAS

LOCAL

DATA 22/06/2017

TESTEMUNHA 01

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE CIVIL  
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

1497685257

VALIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1497685257

PROPRIETÁRIO PLASTIFICAR

1497685257

CE

Nome: JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE

DOC. EXISTENTE / DOB. EXISTENTE Nº: 025245 NTPS CE

CNPJ: 083.456.087-66 DATA NASCIMENTO: 21/07/1978

PERIÓDO: FRANCISCO PINTO DUARTE

MARIA LUCIMAR PAIVA DUARTE

PERIÓDO: ACC: CATIA: AD

Nº REGISTRO: 03294417453 VALIDEZ: 09/07/2023 EXPIRAÇÃO: 01/06/2004

OBSERVAÇÕES:

SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Portador

Assinatura do Emissor

IDEAL: SOBRAL, CE DATA EMISSÃO: 11/07/2018

85705858117  
CE165840927

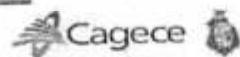
CEARÁ

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

13 JUN. 2019



Nº de Inscrição:  
59817437



**ENVELOPE TESTEMUNHO**  
01

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE  
End. Leitura: RU MANOEL ALVES DE OLIVEIRA, 38, CENTRO  
Cidade: GROAIRAS  
CEP: 62.190-000  
Local: 136 - Setor: 001 Quadra: 049 Lote: 0146 Comp: 0000  
Subsetor: Subquadra:

UN-BAC - GROAIRAS

**ECONOMIAS**  
Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO					
Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A14F214618	428	431	3	5

**DATAS**  
Leitura Atual: 16/12/2018 Emissão: 15/01/2019 Lacre Água: A14F214618  
Leitura Anterior: 20/11/2018 Próxima Leitura: 18/1/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2019					
Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	15	15	15	15	15
Analisadas	15	15	15	15	15
Em conformidade	15	15	13	15	15

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**  
CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITADAS AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2018, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTRAS QUITAÇÕES DO PERÍODO E DE ANOS ANTERIORES. AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	
		Mês/Ano	Água (m³) Esgoto (m³)
AGUA	24,40	0000	0
JURDS DE 0,033% AO DIA	1,78	0000	0
MULTA DE 2%	0,52	0000	0
RELIÇÃO DE AGUA	8,00	0000	0
		06/2018	0 0
		07/2018	3 0
		08/2018	7 0
		09/2018	8 0
		10/2018	6 0
		11/2018	6 0
		12/2018	6 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,31	Valor do Serviço	47,00
COFINS	1,56	Subsídio(-)	14,30
		Total do Serviço	32,70
MÊS/ANO	01/2019	VENCIMENTO	06/02/2019
		TOTAL A PAGAR (R\$)	32,70

**AGÊNCIA DE ATENDIMENTO**  
Rua Manoel Alves de Oliveira, 38 - Centro - Groairas - CE  
Atendimento: 0800 275 0195

**CAGECE**  
CENTRAL DE ATENDIMENTO  
0800 275 0195

**155**  
CENTRO DE ATENDIMENTO

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

Para informações e dúvidas, ligue: 0800 275 0195. Endereços Reguladores Fortaleza: ACFR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Água e Esgoto.

LIBIA CORRÊTORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ADMINISTRAÇÃO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
 SUPERINTENDÊNCIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

CE

FRANCISCO ESTEVAM SAMPAIO JUNIOR

DOC. IDENTIFIC. - ORIG. EMISSOR UF  
 6562897 MTE CE

CN 025.967.453-21 DATA NASCIMENTO 24/09/1986

FRACÇÃO  
 FRANCISCO ESTEVAM  
 SAMPAIO  
 IRENE DE OLIVEIRA  
 PENDES SAMPAIO

RESIDÊNCIA - RDC - CATEGORIA  
 05749482406 02/02/2013 09/04/2013

PROFISSÃO  
 SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO EMPREGADO

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1497593635

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1497593635

TESTEMUNHA 02

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

128

3984150

Atividade Social de Energia Elétrica  
Instituto Brasileiro de Energia Elétrica  
04/06/2019

Companhia Energética de Ceará

Energia Elétrica

04/06/2019

04/06/2019

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

575111407

N° da Conta de Energia Elétrica - 1

Data de Emissão: 04/06/2019

Nome do Consumidor: LUIZ EDUARDO LUIZ SAMPÃO JUNIOR

Endereço: RUA SABINO GUIMARÃES, 665-59 - ALTO

PADRE ISIAPIA - SOBRAL

Número do Medidor: 24985488

Posto: 0000 0000

Código: 01 - 01 RESIDENCIAL 01-NORMA MONOFÁSICO

Insc. CPF/CNPJ: 025967453-21

CGF

Nome do Responsável

DADOS

Data da Apresentação: 19/06/2019

Previsão

Previsão de Consumo

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Votação de Qualidade do Serviço

Conjunto

Mês

Padrão Individual

Apuração Individual

RMS

Valor do Imposto

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

ENDEREÇO TESTEMUNHO 02

VENCIMENTO

10/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

390,10

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Consumo: 19,06 kWh

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

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

Consumo: 19,06 kWh

CONTAS EM ATRASO

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

13 JUN. 2019

R\$

3984150

R\$ 7/2019

Data de Emissão

20/05/2019

Referencial

390,10

Total a Pagar (R\$)

575111407

Total a Pagar (R\$)

19003984150-5

39552 17

Inscrição Estadual

003-0

Inscrição Estadual

003984150-5

4304305234-3

Inscrição Estadual

003-0

Inscrição Estadual

003984150-5

4304305234-3

Inscrição Estadual

003-0

Inscrição Estadual

003984150-5

4304305234-3

Inscrição Estadual

003-0

Inscrição Estadual

003984150-5

4304305234-3

Inscrição Estadual

003-0

Inscrição Estadual

003984150-5

4304305234-3

Inscrição Estadual

003-0

Inscrição Estadual

003984150-5

4304305234-3

Inscrição Estadual

003-0

Inscrição Estadual

003984150-5

4304305234-3

Inscrição Estadual

003-0

Inscrição Estadual

003984150-5

4304305234-3



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.

➔ 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 início a audiência, tendo o magistrado instado as partes sobre a possível acordo, logrando-se êxito nos moldes que se seguem: **O RÉU PAGARÁ A TÍTULO DE VERBA ALIMENTAR A SUA FILHA O VALOR MENSAL DE EQUIVALENTE 25% DO SALÁRIO MÍNIMO NACIONAL VIGENTE, HOJE EQUIVALENTE A RS 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 arrimo 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 devidamente assinado.**

JUIZ DE DIREITO:

PROMOTOR DE JUSTIÇA:


REPRESENTANTE LEGAL DA AUTORA:

ADVOGADA:

RÉU:

ADVOGADO:

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## 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

Procuração

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

Comprovante de residência

**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 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 (Região Metropolitana) ou 0800-022.12.04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800-022-8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

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

ANA JULIA RIPARDO DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

D 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 do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

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

ANA JULIA RIPARDO DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Bruno Leonardo do Rosário Flores



Válida(a) somente com selo de autenticidade.

**SELO DE AUTENTICIDADE** 08

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

**REGISTRAR CIVIL**  
Nascimento e Óbito

Nº AD 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: **MASCULINO** COR: **BRANCA** PROFISSÃO: **GARÇOM** ESTADO CIVIL E IDADE: **SOLTEIRO, COM QUARENTA E NOVE (49) ANOS;**

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO): **DEZOITO DE MARÇO DE MIL NOVECENTOS E SETENTA** DIA: **18** MÊS: **03** ANO: **1970**

DOMICÍLIO / RESIDÊNCIA: **TRAV. MANOEL ALVES DE OLIVEIRA, Nº 36, COHAB, NESTA CIDADE DE GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ;**

NATURALIDADE: **SANTA QUITÉRIA, ESTADO DE CEARÁ** DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: **RG/IFP/RJ Nº 09307397-1** EMISSOR: **0903 3967 0736**

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 GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ. \*\*\*\*\*

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

LOCAL DE FALECIMENTO: **VIA PÚBLICA/ CE 179;**

CAUSA DA MORTE: **TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO;**

SERULAMENTO: **CEMITÉRIO MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, NESTA CIDADE DE GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ;**

NOME DO CONJUGE: **\*\*\*\*\*** DECLARANTE: **JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE**

FILHOS NOME E IDADE: **1) ANA JULIA, NASCIDA AOS 23/07/2011; 2) MARCUS VINICIUS, NASCIDO AOS 22/05/1992** \*\*\*\*\*

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES:  
Eu, (a) Francisco Verlene Moreira Azevedo, Oficial do Registro Civil, subscrevo 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  
FRANCISCO VERLENE MOREIRA AZEVEDO  
GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ  
RUA PRINCESA ISABEL, Nº 670 - CENTRO

O conteúdo do certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Data e Local: GROAÍRAS (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  
GROAÍRAS - CE

Oficial  
Fco Verlene Moreira Azevedo  
TABELÃO OFICIAL DO REGISTRO CIVIL  
CONR - Groaíras - CE



36

Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de:  
**MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE**

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

Ingrid Norberto da Conceição  
 Substitua - Matr. 94/19.849  
 Emissão: R\$ 5,77 - TJ+Fundos: R\$2,34 - Total: R\$8,11  
 EODF 90181-RGJ  
 Consulte em <https://www3.tj.rj.jus.br/sitopublico>

**PROCURAÇÃO**

Outorgante: Marcus Vinicius de Almeida Duarte, brasileiro (a), estado civil CASADO, profissão VEDREIRO, residente e domiciliado à Rua DA SERRA, Nº 63, bairro URUATUBA, Município de RIO DE JANEIRO, Estado de (o) RJ, Cep.: 22232-200, portador(a) do Rg nº 239479116, SSP/ CE e CPF nº 157.033.593-06.

CONTATO (L.) 988341589

Outorgado: CELIO GOUVIA MARQUES LINO, brasileiro (a), estado civil CASADO, Profissão SEGURADOR, Endereço comercial à Rua FAEL ALVARO, Nº 665, bairro ALTO DO CASTELO, Município de SOROCABA, Estado de (o) SP, Cep.: 13107-000, portador (a) do RG nº 8859933, SSP/ CE e CPF nº 289.193.513-87.

CONTATO (R.) 9.9605.0011

PODERES: Conceder poderes especiais ao outorgante referente a acidente de trânsito da vítima FRANCISCO MARLISO DA SILVA DUARTE ocorrido em 11/05/2019 na cobertura por MORTE 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 Líder 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 e 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

988

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



**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 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, 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 judicium* e *ad negotium* 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, requer falência, dar quitação, requerer benefícios administrativos e fiscal junto ao INSS, requerer inscrições no cadastro de pessoas físicas junto à Receita Federal, para representa-lhe 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 dispondo de condições financeiras, para arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Groaíras-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 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, 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, 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 falência, dar quitação, requerer benefícios administrativos e fiscal junto ao INSS, requerer inscrições no cadastro de pessoas físicas junto à Receita Federal, para representa-lhe 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 dispondo 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 setembro de 2019.

+ Maria Adelini Ripardo de Souza  
OUTORGANTE

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



**OUTORGANTE:** MARIA ADELINE 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 impúbere, 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.

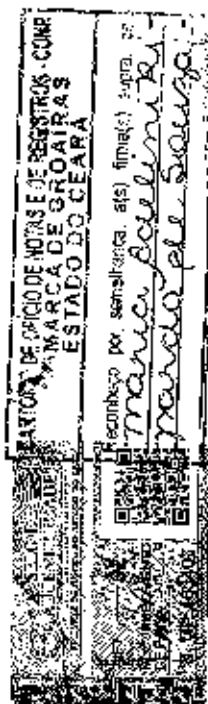
**OUTORGADO:** EVANILDO ARAGÃO MELO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 34.538, com endereço profissional na Rua Major Araújo nº 815, Centro, Groaíras-Ce, CEP.: 62190-000.

**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 meu e de minha família.

Groaíras- Ceará, 14 de junho de 2019.

*Maria Adeline 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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO NARCISO  
PAIVA DUARTE

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO NARCISO  
PAIVA DUARTE

## 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.