



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARIRE/CE

Processo n.º 00503117520208060058

Processo n.º 00503117520208060058

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANA JULIA RIPARDO DUARTE** representado por **MARIA ADELINÉ RIPARDO DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

**Alega o Autor em peça vestibular que o ente querido FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE, foi vítima fatal de acidente automobilístico ocorrido em 12/05/2019.**

**Cumpra esclarecer que, em que pese o autor ter realizado o requerimento do pagamento através da via administrativa, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.**

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

**ASSIM, TENDO A AUTORA DEIXADO DE APRESENTAR A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA POR LEI, CARECENDO O AUTOR DE UMA CONDIÇÃO ESPECÍFICA DO REGULAR EXERCÍCIO DO DIREITO DE AÇÃO, QUAL SEJA, INTERESSE DE AGIR.**

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

## **PRELIMINARMENTE**

### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/20151, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

### **DA INTIMAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO**

Cabe esclarecer que se tratado de interesse de incapaz, o artigo 178, inciso II do CPC, informa que o Ministério Público deverá ser intimado no prazo de 30 dias para intervir como fiscal da lei.

Diante disso, requer a intimação do Ministério Público para que se manifeste nos termos o artigo 279, do CPC, sob pena de nulidade.

### **DA FALTA DE INTERESSE DE INTERESSE PROCESSUAL**

#### **PENDÊNCIA DOCUMENTAL**

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o *INTERESSE PROCESSUAL*.

**Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.**

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

***“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.***

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

**“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.**

**Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.**

**O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.**

**(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).**

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

**“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.**

**(...)**

**§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30**

**(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”**

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

**Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.**

## **DA ILEGITIMIDADE “AD CAUSAM” DE PARTE NO PÓLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA**

Apenas por precaução, salienta-se quanto a imperiosa necessidade de se verificar a qualidade de único beneficiário do Autor para pleitear a verba indenizatória do Seguro Obrigatório DPVAT, em sua totalidade.

Cumpre destacar que a Lei 11.482/07, deu nova redação ao artigo 4º da Lei 6.194 e estabeleceu que a indenização, no caso de morte, será paga de acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil.

Considerando que o artigo 792 do Código Civil prevê que metade da indenização será paga ao cônjuge, e o restante será dividido entre os herdeiros, imperioso se verificar a qualidade de únicos beneficiários dos Autores na presente demanda.

**PERCEBA EXA., QUE A PARTE AUTORA PLEITEIA A INTEGRALIDADE DA INDENIZAÇÃO, TODAVIA, HÁ DE SE RESGUARDAR A PARTE DEVIDA AOS DEMAIS HERDEIROS, EIS QUE CONSTA NA CERTIDÃO DE ÓBITO DA VITIMA A EXISTÊNCIA DE 2 FILHOS, ANA JULIA E MARCUS VINICIUS.**

A certidão de óbito é emitida pela Prefeitura Municipal de Santa Quitéria, Estado do Ceará. O falecido é Francisco Narciso Paiva Duarte, nascido em 18/03/1970, solteiro, com quarenta e nove (49) anos. O local de falecimento é a Via Pública, CE 179. A causa da morte é traumatismo crânioencefálico. O local de sepultamento é o Cemitério Municipal Nossa Senhora do Rosário, em Santa Quitéria, Estado do Ceará. O declarante é Jerry Adriano Paiva Duarte. A certidão também menciona a existência de dois filhos: Ana Julia, nascida em 23/07/2011, e Marcus Vinicius, nascido em 23/05/1992.

Com isso, deve-se verificar a impossibilidade de pagamento integral da indenização a autora, posto que não se enquadra na qualidade de ÚNICA beneficiária, de modo que tal fato merece ser reconhecido, a fim de que, a Ré, ou qualquer outra Sociedade Seguradora participante do “pool” do Convênio DPVAT, não seja compelida a efetuar outro pagamento a possível beneficiário que possa surgir.

**DESTA FORMA, ANTE A AUSÊNCIA COMPROVAÇÃO DE ÚNICA BENEFICIÁRIA DA AUTORA PARA RECEBER A INTEGRALIDADE DA INDENIZAÇÃO, REQUER SEJA JULGADA EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO, NOS TERMOS DO ART. 485, V, DO CPC DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015.**

## DO MÉRITO

### DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

Caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

**A RÉ INFORMA A NECESSIDADE DE SER OUVIDA, PESSOALMENTE, A PARTE AUTORA SOBRE OS FATOS NARRADOS NA INICIAL, BEM COMO TODA DOCUMENTAÇÃO JUNTADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE OCORRÊNCIA, HAJA VISTA QUE A NARRATIVA DOS FATOS, NÃO FOI EXPOSTA DE FORMA CLARA, BASTANTE GENÉRICA, NÃO HÁ TESTEMUNHAS, NÃO HÁ INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VÍTIMA, CONSTANDO APENAS DECLARAÇÕES UNILATERAIS DO NOTICIANTE PARA SUA PRÓPRIA CONVENIÊNCIA.**

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

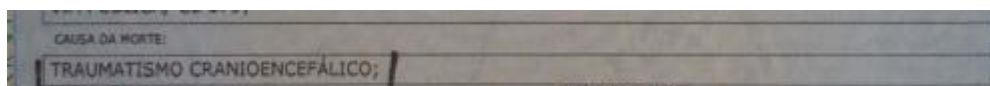
**BEM COMO, VEM REQUERER QUE SEJA APRESENTADO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 553-3860/2019, MENCIONADO NO REGISTRO POLICIAL, PARA DEVIDA ANÁLISE DOS FATOS ALI NARRADOS.**

### DA AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES NA CERTIDÃO DE ÓBITO

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O art. 5º parágrafo 3º da lei nº 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

**CONSTATA-SE QUE A CERTIDÃO DE ÓBITO ACOSTADA AO PROCESSO NÃO MENCIONA COM A EXATIDÃO QUE A LEI DETERMINA A CAUSA MORTIS DA VÍTIMA COMO SENDO ORIUNDA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NOTICIADO.**



Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supra transcrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do CPC.

## DO MÉRITO

### USO REGULAR DO PODER ESTATAL

### DO SISTEMA DE FREIO E CONTRAPESOS

Assinale-se, aliás, que a fixação de valores em reais para as indenizações do Seguro DPVAT **foi uma opção legislativa, que, no uso regular das competências dos Poderes Executivo e Legislativo**, julgou conveniente promover alterações no modelo anterior, no qual os valores das indenizações eram calculados em múltiplos do salário mínimo.

Da sistemática estabelecida pela Lei nº 6.194/74, com redação dada pela Lei 11.482/07, depreende-se que a fixação de valores em moeda corrente, em substituição aos múltiplos do salário mínimo, é, na realidade, uma opção legislativa em harmonia com o processo de desindexação pelo qual passou a economia brasileira na década de 90.

Com efeito, o e. Plenário do Supremo Tribunal Federal, ao decidir questão correlata, entendeu que *“não cabe ao Poder Judiciário autorizar a correção monetária da tabela progressiva do imposto de renda prevista na Lei 9.250/1995 ante a ausência de previsão legal que o autorize”*. (RE 388312, Tribunal Pleno, Rel. p/ acórdão: Min. CÁRMEN LÚCIA, j. 01.08.11, DJ 11.10.11)[3].

Diante do exposto, mostra-se manifesta a impossibilidade de aplicação da correção monetária em hipótese não prevista em lei, o que, em última análise, importa em injustificada limitação ao juízo de oportunidade e conveniência dos órgãos executivos e legislativos na adoção de medidas necessárias à estabilização da economia e às políticas públicas.

Por ter requerido a incidência de cálculo de atualização monetária do valor fixado em reais pelo art. 3º, II, da Lei nº 6.194/74, é flagrante a violação do pedido autoral a esse dispositivo, mormente pelo fato da Lei nº 11.482/07 ter desvinculado o pagamento da indenização de um índice atualização automático (salário mínimo), em conformidade com a política de desindexação de toda a economia.

#### **DA VIOLAÇÃO AO ART. 3º, II, DA LEI Nº 6.194/1974**

O art. 3º, II, Lei nº 6.194/74, com redação dada pela MP 340/06, convertida na Lei 11.482/07, não prevê indexação a um fator de correção monetária aos valores das indenizações do Seguro Obrigatório DPVAT.

Destaca-se que a fixação de tais valores para as indenizações do Seguro DPVAT foi uma opção legislativa, que, no uso regular das competências dos Poderes Executivo e Legislativo, julgou conveniente promover alterações no modelo anterior, no qual os valores das indenizações eram calculados em múltiplos do salário mínimo, não cabendo ao Poder Judiciário dispor de maneira diversa, sob pena de violar a competência do poder Legislativo.

Aliás, a lei é expressa ao determinar que a única hipótese de pagamento de correção monetária se dá com o “não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária” (art. 5º, §7º, da Lei nº 6.494/1974, com redação dada pela Lei nº 11.482/2007).

Com efeito, o comando inserido no art. 5º, §1º, da Lei 6.194/74, estabelece que as indenizações do Seguro DPVAT deverão ser pagas no prazo de *“30 dias da entrega dos [...] documentos”* elencados na lei. Diante disso, determina o §7º do referido dispositivo legal que **apenas** *“na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária”* os valores correspondentes às indenizações do Seguro DPVAT *“sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido”*.

Em outras palavras, no caso do Seguro DPVAT, a Lei nº 6.194/74, com redação dada pela Lei nº 11.482/07, determina, no art. 3º, que a incidência de correção monetária dependerá exclusivamente de atraso imputável à seguradora que descumprir o prazo de 30 dias para o pagamento administrativo da indenização, nos termos do art. 5º, §7º. Assim, tendo a autora pleiteado a indenização pela via administrativa com documentos incompletos e não tendo apresentados quando solicitados, mesmo que intimadas para tanto, não há que se falar em atraso no pagamento. **ORA, O PAGAMENTO NÃO OCORREU POR INÉRCIA DA PARTE AUTORA!!**

Portanto, não se vislumbra, no caso, a única hipótese de incidência de correção monetária do valor estabelecido na Lei nº 6.194/74, razão pela qual deve ser declarada improcedente o pleito autoral nesse ponto, por violação ao art. 3º, II, e ao art. 5º, §7º, ambos da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, com redação dada pela Lei 11.482, de 31 de maio de 2007.

Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que seja observada a data do ajuizamento da ação para a incidência da correção monetária, nos exatos termos da Lei 6.899/91.

### **DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07**

#### **ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74**

Cumpre salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT4.

Destaque-se ainda, que a Lei 11.482/07 modifica a forma de pagamento a ser realizado aos beneficiários legais e o mesmo art. 8º da referida Lei, alterou o art. 4º da Lei 6.194/74, no sentido de que a indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil 5.

Desta forma, resta indiscutivelmente comprovado que a verba indenitária deve ser rateada entre todos os beneficiários da vítima.

Reiterando que o valor indenizável para a cobertura de evento morte é de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), verifica-se que o valor deve ser dividido entre todos os beneficiários da vítima.

Portanto, para que a autora possa receber o valor referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, deve comprovar a qualidade de únicos beneficiários, devendo restar claro que a vítima não deixou outros herdeiros.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.

## **CONCLUSÃO**

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas, **ANTE A AUSÊNCIA COMPROVAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIA DA AUTORA, PARA RECEBER A INDENIZAÇÃO EM SUA TOTALIDADE, REQUER SEJA JULGADA EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO, NOS TERMOS DO ART. 485, V, DO CPC DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015.**

**Ante o exposto, requer a Ré a improcedência da ação, tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira o autor esclarecer se é o único beneficiário da vítima ou tem conhecimento da existência de outros herdeiros;
- Queira o autor esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela;

Por fim, ressalta a necessidade da intervenção do Ministério Público nos casos de interesse de incapazes, sob pena de nulidade processual, conforme artigo 178, II c/c art. 279 do Código de Processo Civil.

**Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CARIRE/CE, 11 de novembro de 2020.

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**

**14752 - OAB/CE**



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na OAB/CE sob o nº 14752, com escritório na Av. DESEMBARGADOR FLORIANO BENEVIDES MAGALHÃES, 432 - ALTOS, BAIRRO EDSON QUEIROZ, CEP: 60.811-690, FORTALEZA-CE, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANA JULIA RIPARDO DUARTE**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **CARIRE**, nos autos do Processo nº 00503117520208060058.

Rio de Janeiro, 11 de novembro de 2020.



JOAO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCRR.20.00166379-8** em **11/11/2020 14:07:39**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

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

### Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

Foro : Cariré  
Processo : 0050311-75.2020.8.06.0058  
Protocolo : WCRR.20.00166379-8  
Tipo da petição : Contestação  
Assunto principal : Obrigações  
Data/Hora : 11/11/2020 14:07:39

### Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>Exibir 3 primeiros

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

Petição\* : 2765435\_CONTESTACAO\_01 - 1-9.pdf  
Documentação : 2765435\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-30.pdf  
Documentação : 2765435\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 31-55.pdf  
Documentação : 2765435\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 56-62.pdf  
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-4.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf  
Documentação : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf

### Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)  
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

---

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



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:

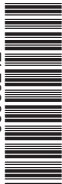
<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (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 titularidade, 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, após a observação 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 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.

Em qualquer hipótese, a ausência de apresentação do laudo do IML para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, não implica na desistência da indenização, podendo o beneficiário, desde que não tiver sido condenado criminalmente por crime de trânsito, requerer a indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, desde que não tenha sido condenado criminalmente por crime de trânsito, após a observação do crédito, quitando todos os valores devidos.

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 ☐ Sim

Se a vítima deixou comprovado, informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não

Se tiver filhos, informar quantos:

02

Vítima deixou nascituro (ou menor)?

☐ Sim ☒ Não

Vítima deixou pais/vivos vivos?

☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso de morte, a indenização do Seguro DPVAT por morte, desde que eu não tiver sido condenado criminalmente por crime de trânsito, após a observação do crédito, quitando todos os valores devidos.

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

2º Nome: FRANCISCO (CEVA) SAMPOLTO

CPF: 025.967.455-21

Assinatura

Assinatura do beneficiário (se houver)

Assinatura do intermediário (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá assinar com a pessoa alfabetizada, maior e capaz, para prescrever 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 prescreverem e assinarem. 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: FRANCISCO NARCISIO DUARTE

Endereço: RUA DAS UNIFORMES

Cidade: RIO DE JANEIRO

Estado: RJ

CEP: 22488341

Renda 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 DE POUPEIRAS

☐ CONTA DE RESERVA

☐ CONTA DE INVESTIMENTO

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

☐ CONTA DE ALIQUOTAS

☐ CONTA DE OUTROS

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, no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, para fins de cobertura de invalidez permanente.

☐ Não houve atendimento médico no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas não foi emitido o laudo do IML.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

☐ O atendimento médico ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do sinistro, mas o laudo do IML não foi considerado válido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários designados para a cobertura de morte, exceto os aqui declarados.

☒ Beneficiário: FRANCISCO NARCISIO DUARTE

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

☐ Beneficiário: [ ]

Local e data: RIO DE JANEIRO 05 JUNHO 2019

TESTEMUNHAS: JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE

CPF: 083.656.087-66

Assinatura: [ ]

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO DUARTE

CPF: 021.617.567-45

Assinatura: [ ]

13 JUN. 2019

ABR:





# 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:

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): **1881 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	Buzina
Cintos de Segurança	Espelhos Retrovisores
Chave de Roda	Farol Dianteiro
Chave de Fenda	Iluminação da Placa Traseira
Espelhos Retrovisores	Lanterna Traseira
Faróis Principais Dianteiros	Lanterna de Freio
Freio de Mão Operante	Velocímetro
Lanternas de Direção	OUTROS:
Lanternas de Freio	
Lanterna de Macha Ré	
Lanterna da Placa Traseira	
Limpador de Para-brisa	
Lavador de Para-brisa	

## ACESSÓRIOS CONSTANTES

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

## OBSERVAÇÕES

• 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

vinete 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 UNIDADE DE REGISTRO CIVIL DE 2º NÍVEL - COM

OFICIAL REGISTRADOR FRANCISCO VERLENE MOREIRA AZEVEDO

MUNICÍPIO/UF Gratões/CE

ENDEREÇO RUA MANOEL VIEIRA, 100 - CENTRO

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  
COM - 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, suscritore 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



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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 160 | CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.106.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei n° 10.438 de  
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de  
ABR/2019Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE  
2712224 7VENCIMENTO  
26/04/2019TOTAL A PAGAR (R\$)  
61,69

## DADOS DO CLIENTE

Rota 13 032000 06 07910

Medidor

11406186

Poste

0000 0

Nome CELIO GEOVANI MARQUES LINO

Endereço Postal

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

RG / CPF / CNPJ 284.193.913-87

CGF

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

Fator de Potência

0

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

6935

6905

1

30

0

30

## DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA  
CONSUMO

30

0,72397

21,71

## DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
Apresentação

18/04/2019

Prov. Próxima  
Leitura

20/05/2019

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

## ICMS

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

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

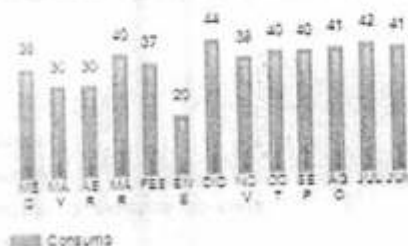
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,86

Conjunto SOBRAL I

Mês FEV/ 2019

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

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissões kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO  
PAGAMENTO DE CONTAS VENCIDAS  
Até 15/05/2019Dados para cálculo de 1,00 referente a PIS e COFINS-Alíquotas: 0,65% PIS + 0,65% COFINS  
Até 15/05/2019 - Mês de 15/05/2019 - 15/05/2019

N° do Cliente:

2712224-7

N° da Nota Fiscal: 570981501

Total a Pagar (R\$): 61,69

Data de Emissão:

04/06/2019

Referência: ABR/2019

N° de Controle: 0002712224 00186 4388 2 04

83890000000-5 61690031000-0 00027122240-9 01864388206-8



CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019





**8056004**

Para a utilização deste documento, o cliente deve assinar e carimbar com o selo da concessionária.

**COMPANHIA DE ENERGIA DE CARIACÁ S.A.**

Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 13015-340 | Hortolândia - SP  
CNPJ 02942751/0001-70 | CEF 08.105.828-3

**CONTA DE ENERGIA DE CARIACÁ S.A. SÉRIE UNICA-1M** Nº 3478298

Rua: GR012L02 - 30400  
Nome: EVANTILDO ARAGÃO MELO  
Endereço: RUA MAJARA 10, 00815 - 00815, CENTRO, 62190-000, CROAZIAS

Classificação: Residencial Pleno  
Modelo de Tarifa: B1 RESIDENCIAL  
Elegação: Monofásico

**ÁREA RESERVADA DO FISCO**  
CECERFAP057436656630709960001M

Atenção: Este documento contém informações confidenciais e deve ser guardado com segurança.

**enel**

Referência: 10/2019

Emissão: 17/10/2019  
Medidor: 5023189-E14-026

**ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)**

Período	Consumo (KWh)
01/09	1,00
02/09	1,00
03/09	1,00
04/09	1,00
05/09	1,00
06/09	1,00
07/09	1,00
08/09	1,00
09/09	1,00
10/09	1,00
11/09	1,00
12/09	1,00
13/09	1,00
14/09	1,00
15/09	1,00
16/09	1,00
17/09	1,00
18/09	1,00
19/09	1,00
20/09	1,00
21/09	1,00
22/09	1,00
23/09	1,00
24/09	1,00
25/09	1,00
26/09	1,00
27/09	1,00
28/09	1,00
29/09	1,00
30/09	1,00
01/10	1,00
02/10	1,00
03/10	1,00
04/10	1,00
05/10	1,00
06/10	1,00
07/10	1,00
08/10	1,00
09/10	1,00
10/10	1,00
11/10	1,00
12/10	1,00
13/10	1,00
14/10	1,00
15/10	1,00
16/10	1,00
17/10	1,00
18/10	1,00
19/10	1,00
20/10	1,00
21/10	1,00
22/10	1,00
23/10	1,00
24/10	1,00
25/10	1,00
26/10	1,00
27/10	1,00
28/10	1,00
29/10	1,00
30/10	1,00
31/10	1,00
01/11	1,00
02/11	1,00
03/11	1,00
04/11	1,00
05/11	1,00
06/11	1,00
07/11	1,00
08/11	1,00
09/11	1,00
10/11	1,00
11/11	1,00
12/11	1,00
13/11	1,00
14/11	1,00
15/11	1,00
16/11	1,00
17/11	1,00
18/11	1,00
19/11	1,00
20/11	1,00
21/11	1,00
22/11	1,00
23/11	1,00
24/11	1,00
25/11	1,00
26/11	1,00
27/11	1,00
28/11	1,00
29/11	1,00
30/11	1,00
31/11	1,00
01/12	1,00
02/12	1,00
03/12	1,00
04/12	1,00
05/12	1,00
06/12	1,00
07/12	1,00
08/12	1,00
09/12	1,00
10/12	1,00
11/12	1,00
12/12	1,00
13/12	1,00
14/12	1,00
15/12	1,00
16/12	1,00
17/12	1,00
18/12	1,00
19/12	1,00
20/12	1,00
21/12	1,00
22/12	1,00
23/12	1,00
24/12	1,00
25/12	1,00
26/12	1,00
27/12	1,00
28/12	1,00
29/12	1,00
30/12	1,00
31/12	1,00

**DADOS DE LEITURA**

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

**DADOS DA LEITURA**

Posição	Leitura	Leitura	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
	Atual	Anterior	(KWh)	(KWh)	(KWh)	(KWh)	(R\$)	(R\$)
TP	2.229	2.148	1,00	04	00	02	0,72643	61,82

**DADOS DO SATURAMENTO**

	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**

**COMUNHO CONSCIENTE**

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh): Compensação de emissões de CO<sub>2</sub> pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO<sub>2</sub>): Compensação kg (CO<sub>2</sub>): Compensação kg (CO<sub>2</sub>):

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 - 0546381718  
- 0,5156607  
- 46,28421761

83820000000 2 66634031030 8 00228716807 3 00008056004 0



83820000000 2 66634031030 8 00228716807 3 00008056004 0

8056004

Companhia Energética de Ceará  
S/A  
Rua Padre Valdeano, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07.241.251/0001-96 | CSE 081050000

CNE

Para obter o valor do imposto, utilize o código  
sempre que aparecer em qualquer documento.

8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004

Rota: 8056004 - 8056004

Nome: 8056004 - 8056004

Código: 8056004 - 8056004

Classificação: 8056004 - 8056004

Modalidade Tarifária: 8056004 - 8056004

Ligação: 8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

Item	Valor (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	63,95	27,00	17,25
PIS	63,95	0,83	0,00
COFINS	63,95	0,14	0,00

24/10/2019

66,63

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004

8056004 - 8056004



## 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 FATO 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

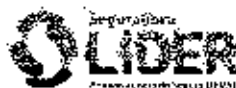
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Evânildo 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: 0800-032 32 36

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-032 32 36 | SAC (para dúvidas sobre indenizações de fato): 0800-032 32 36 | Central Operadora: 0800-032 32 36

### 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/2181X0P5CAGRE8/DOC/COMUNICA\\_ASPX?ID=18&CODIGO=25636](http://www2.susep.gov.br/2181X0P5CAGRE8/DOC/COMUNICA_ASPX?ID=18&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>1</sup>.

<sup>1</sup> O COAF (Comitê de Combate à Lavagem de Dinheiro) é o órgão responsável pela fiscalização das atividades das pessoas, físicas ou jurídicas, 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>CAIAIRÁ</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: <u>EVANILDORRAAJOADU@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>62190-000</u>	Tel (DDD): <u>(88) 938350929</u>

Local e Data: CAIAIRÁ, 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: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Endereço: RUA DAS UNIFORMES

Cidade: RIO DE JANEIRO

UF: RJ

CEP: 219883415

Telefone: 219883415

E-mail: francisco.paiva@duarte.com.br

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

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 de 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 PINTO DUARTE  
 MARIA LUCIMAR DE PAIVA DUARTE  
 ISMARO SANTA QUINTELA DE  
 15/03/89  
 JOAQUIM DA SILVA  
 1-10/D-9-7001 SM

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

5001

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

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  
CEPAL 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 29/08/83

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

CARTÃO 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 14.192/1964)



ASSINATURA DO PORTADOR

*Evanildo Aragão Melo*



COAB

OBSERVAÇÕES

**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  
28/04/2018

DATA DO NASCIMENTO  
02/04/1974

CPF  
730.506.283-91

VIA EXPEDIENTE EM  
01 28/04/2018

MARCELO MOTA GURGEL DO AMARAL  
PRESIDENTE DO CONSELHO SECCIONAL

INSCRIÇÃO SUPLEMENTAR:  
34538-A





**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:**



TESTEMUNHA 01

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

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

PERCEÇÃO: FRANCISCO PINTO DUARTE

MARIA LUCIMAR PAIVA DUARTE

PERCEÇÃO: ACC: CATIA: AD

Nº REGISTRO: 03294417453 VALIDEZ: 09/07/2023 1ª EMISSÃO: 01/06/2004

OBSERVAÇÕES:  
SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Portador: *Jerry Adriano Paiva Duarte*

Assinatura do Emissor: *João Valério*

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

85705858117  
CE165840927

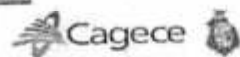
CEARÁ

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 do Rápido, Faturamento e Controle do Rápido.

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  
 RDC AD

Nº REGISTRO 05749482486 VALOR 02/02/2013 1ª HABITAÇÃO 09/04/2013

QUALIFICAÇÃO  
 SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL BORRAL, CE DATA EMISSÃO 06/02/2018

ASSINATURA DO EMISSOR 50604916611  
 CE163594228

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1497593635

PROIBIDO PLASTIFICAR 1497593635

TESTEMUNHA 02

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

188

3984150

Atividade Social de Energia Elétrica  
Atividade Social de Energia Elétrica

Companhia Energética de Ceará

Atividade Social de Energia Elétrica  
Atividade Social de Energia Elétrica

Companhia Energética de Ceará

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

575111407

Atividade Social de Energia Elétrica

Data de Emissão 20/05/2019

Nome do Consumidor LUIZ EDUARDO LUIZ SAMPÃO JUNIOR

Endereço RUA SABINO GUIMARÃES, 665-59 - ALTO

PADRE ISIAPIA - SOBRAL

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

Velocidade de Atendimento

Conjunto

Max

RMS

Valor do Imposto

Padrão Individual

Apuração Individual

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

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS

TAXA PARCELAMENTO 3+4

CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

TAXA RESIDENCIAL 3 + 1 - 0500 690 0500

TAXA BANDA AMARELA MÊS (R\$ 5,19)

VALOR (R\$)

29,12

96,80

30,90

5,19

ENCERREO TESTEMUNHO 02

VENCIMENTO

10/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

390,10

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês

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

129,22

Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

CONTAS EM ATRASO

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

13 JUN. 2019

3984150

Rev. 7/2019

Data de Emissão

20/05/2019

Referencial

390,10

Insc. CPF/CNPJ

025967453-21

Total a Pagar (R\$)

R\$ 390,10

Insc. CPF/CNPJ

025967453-21

Total a Pagar (R\$)

R\$ 390,10

Insc. CPF/CNPJ

025967453-21

Total a Pagar (R\$)

R\$ 390,10

Insc. CPF/CNPJ

025967453-21

Total a Pagar (R\$)

R\$ 390,10

Insc. CPF/CNPJ

025967453-21

Total a Pagar (R\$)

R\$ 390,10

Insc. CPF/CNPJ

025967453-21

Total a Pagar (R\$)

R\$ 390,10

Insc. CPF/CNPJ

025967453-21

Total a Pagar (R\$)

R\$ 390,10

Insc. CPF/CNPJ

025967453-21

Total a Pagar (R\$)

R\$ 390,10

Insc. CPF/CNPJ

025967453-21

Total a Pagar (R\$)

R\$ 390,10

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.

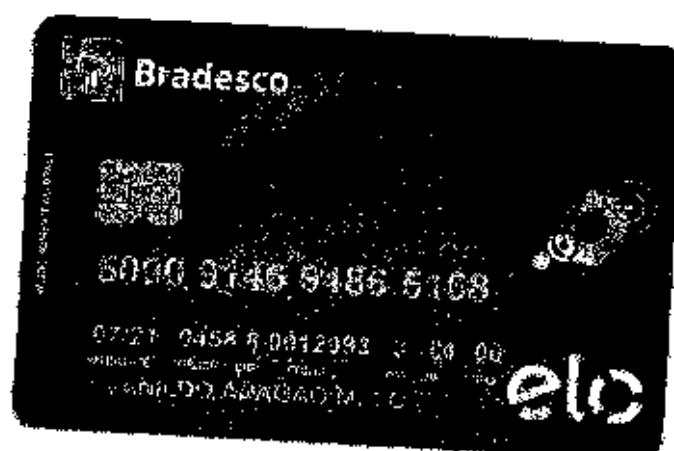
➔ Autorização de pagamento	Representante	Não Conforme	MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA
➔ Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	EVANILDO ARAGAO MELO
➔ Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Pendente	EVANILDO ARAGAO MELO
➔ Procuração	Beneficiário	Não Conforme	EVANILDO ARAGAO MELO

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 R\$ 249,50 (DUZENTOS E QUARENTA E NOVE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS), A SER DEPOSITADA ATÉ O DIA 15 DE CADA MÊS NA CONTA-POUPANÇA: AG. 0554, OP.013, CP. 00272717-4. QUANTO AO REGIME DE VISITAÇÃO, O PAI TERÁ A FILHA EM SUA COMPANHIA DURANTE OS DOMINGOS NO PERÍODO DIURNO OU ÀS SEGUNDAS-FEIRAS APÓS O HORÁRIO ESCOLAR DA MENOR (A PARTIR DAS 11H). Dada a palavra ao Ministério Público: "Pela homologação". Na sequência, o juiz prolatou a **Sentença**: "Trata-se ação de alimentos. Designado o presente ato, as partes chegaram ao consenso, conforme o teor da avença supramencionada. Desse modo, com 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: Maria Adilini Ripardo de Souza


ADVOGADA: Antônio OAB/CE 10.957

RÉU: Neves Feijão Duarte

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 25.12.2006 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  
Francisco 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  
 E-mail: 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.: 22232-220, portador(a) do Rg nº 239439116, SSP/ CE e CPF nº 15703359306.

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 SOBRAL, Estado de (o) CE, Cep.: 62.100.000, 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 DAIVA 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

988341589

**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.

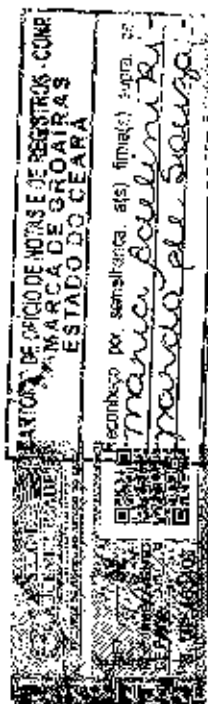
**OUTORGADO:** EVANILDO ARAGÃO MELO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 34.538, com endereço profissional na Rua Major Araújo nº 815, Centro, Groaíras-Ce, CEP.: 62190-000.

**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.