



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:

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

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00793/00794 - carta_03 - MORTE



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190379487 Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

Data do Acidente: 12/05/2019 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA

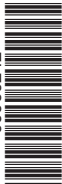
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	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, 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:

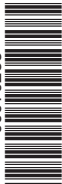
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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:

Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)	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





CUNTA BANCA N°



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

CPF do sinistro ou ASI

3190/379487

CPF da vítima

021.617.567-45

Nome completo da vítima

FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE

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

Nome completo

MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE

Indicação

PEDREIRO

Endereço

RUA DAS ENFERMEIRAS

Bairro

GUARATIBA

Cidade

RIO DE JANEIRO RJ

E-mail

MARCUS VINICIUS DE ALMEIDA DUARTE@gmail.com

CPF

152053597-06

Nome

65

Complemento

CPF

23032-220

Telefone

1211988341589

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

RECEITA MENSAL

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Para quem não possui conta poupança, assinalar a opção de conta corrente)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Para quem não possui conta corrente, assinalar a opção de poupança)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0229

CONTA: 000942523

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária indicada, de minha titularidade, o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT, a qual eu fiz, de acordo com o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT, a qual eu fiz, de acordo com o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT.

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

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

(assinalar uma das opções):

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

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

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

Esta declaração, assinada pelo beneficiário do Seguro DPVAT, não substitui o laudo do IML, que é o documento necessário para a concessão da indenização por invalidez permanente. A assinatura do beneficiário não significa que ele não compareceu ao IML para a realização da perícia.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima

☒ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima

12/05/2019

Gravidez da vítima

☒ Sim

☐ Não

Vítima de uma companhia

☐ Sim

☒ Não

Se a vítima deixou alguma herança, informar o valor completo

Vítima teve filhos?

☒ Sim

☐ Não

Se tiver filhos, informar quantos

Vivos

Falecidos

Se a vítima deixou alguma herança, informar o valor completo

☐ Sim

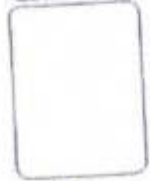
☒ Não

Vítima deixou filhos vivos?

☐ Sim

☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovar esta condição, estando de acordo com a legislação em vigor, a qual declara, sob as penas da lei, que a declaração não será utilizada para fins de indenização por invalidez permanente.



Local e Data: RIO DE JANEIRO 05 JUNHO 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura do declarante, assinada A REGISTRO

Marcus Vinicius de Almeida Duarte

Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Intermediário (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome

CPF

2º Nome

CPF

3º Nome

CPF

Assinatura

Assinatura

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário deve escolher uma pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A não observância desta regra acarretará a nulidade do documento. O declarante deve apresentar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 533-3860/2019 3 - CPF da vítima: 021.617.567-45 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

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

5 - Nome completo: ANA JULIA RIPARDO DUARTE 6 - CPF: 634.112.493-74
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: FAZENDA MURIÇOCA 9 - Número: s/n 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: AREA RURAL 12 - Cidade: GROAÍRAS 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62190000
15 - E-mail: evanildoaragoadv@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (88)988350929

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

17 - Nome completo do Representante Legal: MARIA ADELINE RIPARDO DE SOUSA
18 - CPF do Representante Legal: 073.249.623-35 19 - Profissão do Representante Legal: DO LAR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0554 01 CONTA: 00272717 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: EDIMILSON XIMENES MELO

CPF: 511.871.403-68

Assinatura da testemunha
MARIA AILZA ARAGAO

39 - 2ª | Nome: MARIA AILZA ARAGAO

CPF: 110.264.133-20

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: **ANA JULIA RIPARDO DUARTE** 6 - CPF: **636.112.483-74**
7 - Profissão: **ESTUDANTE** 8 - Endereço: **FAZENDA MARIQUÊÇA** 9 - Número: **51N** 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
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): **MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA**
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): **073.249.623-35**
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): **0ABCE 34538**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): **Vanildo Anagao Neto**



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

Vinte e cinco de outubro de dois mil e onze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30576639020

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

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

NOME DO OFÍCIO: OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DE GRATÕES - CE
OFICIAL REGISTRADOR: FRANCISCO VERLENE MOREIRA AZEVEDO
MUNICÍPIO/UF: Gratões/CE
ENDEREÇO: RUA MACHADO DE CARVALHO, 100

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

Assinatura do Oficial

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

ANA JULIA RIPARDO DUARTE

MATRÍCULA

016667 01 55 2011 1 00009 289 0009872 95

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Vinte e Três de Julho de Dois Mil e Onze

DIA

23

MÊS

07

ANO

2011

HORA

09:25

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sobral, Estado do Ceará.

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Gratunas, Estado do Ceará.

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

Francisco Narciso Paiva Duarte e Maria Adeline Ripardo da Souza.

AVÓS

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

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

vinete e cinco de outubro de dois mil e onze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO VIVO

30578639020

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

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

NOME DO OFÍCIO

OFICIAL REGISTRADOR

MUNICÍPIO/UF

ENDEREÇO

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

Assinatura do Oficial



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

ANA JULIA RIPARDO DUARTE

MATRÍCULA

016667 01 55 2011 1 00009 289 0009872 95

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Vinte e Três de Julho de Dois Mil e Onze

DIA

23

MÊS

07

ANO

2011

HORA

01:25

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sobral, Estado do Ceará

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sobral, Estado do Ceará

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

Francisco Narciso Paiva Duarte e Maria Adeline Ripardo da Souza

AVÓS

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

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

vinete e cinco de outubro de dois mil e onze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30579530020

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Eu, (a) Francine Varlene Moreira Azevedo, Oficial do Registro Civil, suscrita e assinada, (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; /			
SEPULTAMENTO	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 CORRETOIRA 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

13 JUN. 2019



Este é a sua conta de
08/2019
 Nome: MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA
 Endereço: ST MARIÇOCA 0000
 62190-000 GROAÍRAS LESTE
 Classificação Rural: Residencial Rural

10050381
09/09/2019
 Medição: 76,87
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

14/08/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019
 Medição: 09/09/2019

MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA
ST MARIÇOCA 0000
GROAÍRAS LESTE
62190-000

10050381
09/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

14/08/2019
02/09/2019
02/09/2019

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-1B 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: Monofásica

ÁREA RESERVADA DO FISCO
DEBTAPOS 4366563007095630310

Atenção: Este documento contém informações de caráter confidencial e deve ser guardado com segurança.

enel

Referência: 10/2019

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

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)

Mês	Consumo (KWh)
01	1.00
02	1.00
03	1.00
04	1.00
05	1.00
06	1.00
07	1.00
08	1.00
09	1.00
10	1.00
11	1.00
12	1.00
13	1.00
14	1.00
15	1.00
16	1.00
17	1.00
18	1.00
19	1.00
20	1.00
21	1.00
22	1.00
23	1.00
24	1.00
25	1.00
26	1.00
27	1.00
28	1.00
29	1.00
30	1.00
31	1.00
32	1.00
33	1.00
34	1.00
35	1.00
36	1.00
37	1.00
38	1.00
39	1.00
40	1.00
41	1.00
42	1.00
43	1.00
44	1.00
45	1.00
46	1.00
47	1.00
48	1.00
49	1.00
50	1.00
51	1.00
52	1.00
53	1.00
54	1.00
55	1.00
56	1.00
57	1.00
58	1.00
59	1.00
60	1.00
61	1.00
62	1.00
63	1.00
64	1.00
65	1.00
66	1.00
67	1.00
68	1.00
69	1.00
70	1.00
71	1.00
72	1.00
73	1.00
74	1.00
75	1.00
76	1.00
77	1.00
78	1.00
79	1.00
80	1.00
81	1.00
82	1.00
83	1.00
84	1.00
85	1.00
86	1.00
87	1.00
88	1.00
89	1.00
90	1.00
91	1.00
92	1.00
93	1.00
94	1.00
95	1.00
96	1.00
97	1.00
98	1.00
99	1.00
100	1.00

DADOS DE LEITURA

Anterior	Atual	Previsão próxima
17/09/2019	17/10/2019	19/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posição	Leitura	Leitura Anterior	Consumo	Consumo Anterior	Consumo Futuro	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
TP	2.229	2.148	1.00	0.00	0.00	0,72643	61,82

DADOS DO SATURAMENTO

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

Tributação

Tributação	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	63,95	27,00	17,25
PIS	63,95	0,03	0,00
COFINS	63,95	0,14	0,08

24/10/2019 **66,63**

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/KWh): Compensação por meio de créditos de carbono.

Emissão kg (CO₂): Compensação kg (CO₂):

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

05156607

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

Cidade: 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004 - 8056004

Classificação: 8056004

Modalidade Tarifa: 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

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 COAF².

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

Pelo exposto, eu CELIO GIOVANI MARQUES LIND

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

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

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

inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.647.567, 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Local e Data: SOMM CE 09 JUNHO 2019

Assinatura do Declarante

LÍBIA CURETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br 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 COAF².

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

Pelo exposto, eu EVANILDO ARAGÃO MELO

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

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

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

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

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

☐ Recuso informar

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

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

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

Evandro Aragão Melo
Assinatura do Declarante

0ABCE34538

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos telefones abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-7006 / demais regiões: 0800-632 32 36

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-632 32 36 | SAC (para dúvidas sobre indenizações e prêmios): 0800-632 32 36 | Central Operadora: 0800-632 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/2013/03/28/DECLARACAO-DE-PREVENCAO-A-LAVAGEM-DE-DINHEIRO-445-12>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ O COAF (Conselho de Controle de Atividades Financeiras) é o órgão responsável pela prevenção à lavagem de dinheiro e pela aplicação das sanções administrativas, econômicas, penais e outras. O COAF é uma entidade 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>EVANILDOARRAJOADU@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 04538
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 DUARTE

Endereço: RUA DAS UNIFORMES

Cidade: RIO DE JANEIRO

Estado: RJ

CEP: 22488341

Renda Mensal: R\$ 1.000,00

Opção de Conta: CONTA CORRENTE

Nome do Banco: BANCO DO BRASIL

Agência: 0229

Conta: 00044252

Agência: 0229

Conta: 00044252

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.

- ☐ 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 encaminhado para a seguradora.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

- ☒ Beneficiário: FRANCISCO NARCISIO DUARTE
- ☐ Beneficiário: []
- ☐ Beneficiário: []
- ☐ Beneficiário: []
- ☐ Beneficiário: []

Testemunhas: JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE, CPF: 083.656.087-66

Local e Data: RIO DE JANEIRO, 05 JUNHO 2019

Assinatura: FRANCISCO NARCISIO DUARTE

Assinatura: JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE

Assinatura: []

Assinatura: []

Assinatura: []

13 JUN. 2019

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: **GROAIRAS** 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: **GROAIRAS-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 PATVA DUARTE	
EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE	

[illegible]

13 JUN. 2019

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
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

13-4

Maria Adelina Ripardo de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006031039537 DATA DE EMISSÃO 10/5/2006

NOME MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA

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

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

DOC ORGÃO CERT. NASC. 7078 L A-7 F

191 GROAIRAS-CE

CPF

ASSINATURA DO UNIFORMADO

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
073.249.623-35

Nome
MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA

Nascimento
27/04/1992

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 09034694

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 13 DO 14.186/2011)

ASSINATURA DO PORTADOR

EVANILDO ARAGÃO MELO

02/04/1974

730.506.283-91

01 29/04/2018

09034694

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO
SUPLEMENTAR

PODE
EVANILDO ARAGÃO MELO

FILIAÇÃO
EDMILSON XIMENES MELO
MARIA AILZA ARAGÃO

NATURALIDADE
GROAÍRAS-CE

RG
212178501 - SSP-CE

DATA INSCRIÇÃO SUPLEMENTAR
29/04/2018

DATA DO NASCIMENTO
02/04/1974

CPF
730.506.283-91

VIA
01

EXPIRAÇÃO
29/04/2018

MARCELO MOTA GURGEL DO AMARAL
PRESIDENTE DO CONSELHO SECCIONAL



**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

PERIÓDO: FRANCISCO PINTO DUARTE

MARIA LUCIMAR PAIVA DUARTE

PERIÓDO: ACC: CATIA: AD

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

OBSERVAÇÕES:

SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Portador: *Jerry Adriano Paiva Duarte*

Assinatura do Emissor: *João Vitor*

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

CEARÁ

85705858117
CE165840927

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

13 JUN. 2019



Nº de Inscrição:

59817437



CENÓLOGO 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

End. Entrega:

CEP:

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: 19/12/2018 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
		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

FAT. CLIENTE 201/001 21.FIC. GROAIRAS

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,31
COFINS	1,56

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
Valor do Serviço	47,00
Subsídio(-)	14,30
Total do Serviço	32,70

MÊS/ANO
01/2019VENCIMENTO
06/02/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
32,70

Este documento é emitido pelo Sistema de Faturamento da Cagece, sendo de responsabilidade do usuário a verificação dos dados e a atualização do cadastro junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.



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: ACFO - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços de Saneamento Básico.

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. - ORG. EMISSOR UF
 6562897 MTE CE

CN 025.967.453-21 DATA NASCIMENTO 24/09/1986

FRACÇÃO
 FRANCISCO ESTEVAM
 SAMPAIO
 IRENE DE OLIVEIRA
 PENDES SAMPAIO

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

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1497593635

CEARÁ

CEARÁ

TESTEMUNHA 02

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 JUN. 2019

3984150

Atividade Social de Energia Elétrica
Inscrição nº 13.138
04/06/2019

Companhia Energética de Ceará

Energia Elétrica

CNPJ nº 07.043.888/0001-90

CNPJ nº 07.043.888/0001-90

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

575111407

N° de Emissão 575111407

Data de Emissão 24/05/2019

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 Atuação do Sistema

Consumo

Max

Padrão Individual

Apuração Individual

RMS

Valor do Imposto

Máximo

Máximo

Máximo

Máximo

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DIE

FIC

DMIC

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

ENCERREO TESTEMUNHO 02

VENCIMENTO

10/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

390,10

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

Consumo de Energia Elétrica - Consumo de Energia Elétrica

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

13 JUN. 2019

R\$

3984150

R\$ 7/2019

Data de Emissão

20/05/2019

Referencial

390,10

Total a Pagar (R\$)

575111407

Total a Pagar (R\$)

10003984150-00104 39552 17

Inscrição de Energia

0003984150-5

Inscrição de Energia

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

Consumo de Energia Elétrica

0003984150-5

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.

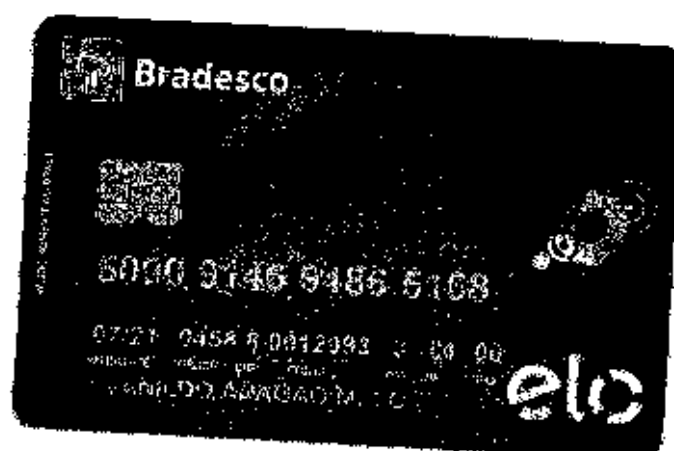
➔ Autorização de pagamento	Representante	Não Conforme	MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA
➔ Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	EVANILDO ARAGAO MELO
➔ Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Pendente	EVANILDO ARAGAO MELO
➔ Procuração	Beneficiário	Não Conforme	EVANILDO ARAGAO MELO

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:

ADVOGADA:

RÉU:

ADVOGADO:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201705/19

Número do Sinistro: 3190379487

Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

CPF: 021.617.567-45

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

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 ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, 4020-1596 (Região Metropolitana) ou 0800-022.12.04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800-022-8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

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

ANA JULIA RIPARDO DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Rodrigo Lopes Pacheco

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201705/19

Número do Sinistro: 3190379487

Vítima: FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

CPF: 021.617.567-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2019

Titular do CPF: FRANCISCO NARCISO
PAIVA DUARTE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

EVANILDO ARAGAO MELO : 730.506.283-91

Comprovante de residência

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 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
 Empl. 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 SOLTEIRO, 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 157.033.593-06.

CONTATO (L.) 988341589

Outorgado: CELIO GOUVIA MARQUES LINO, brasileiro (a), estado civil CASADO, Profissão SEGURADOR, Endereço comercial à Rua FAEL ALVARO, Nº 665, bairro ALTO DO CASTELO, Município de SOROCAL, 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 20 19.

+ 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 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 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.