

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

387.656.753 - 04

FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|                                         |                     |                                          |                                    |
|-----------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome completo<br>MARTA HERUENA FERREIRA |                     | CPF titular da conta<br>387.657.563 - 04 | Profissão<br>APOSENTADA            |
| Endereço<br>RUA CORONEL BOTELHO         |                     | Número<br>355                            | Complemento                        |
| Bairro<br>CENTRO                        | Cidade<br>CARACARAÍ | Estado<br>CEARA                          | CEP<br>63.220-000                  |
| Email                                   |                     |                                          | Telefone (DDD)<br>(83) 9.9647-9869 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☒ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

|                              |          |                              |          |
|------------------------------|----------|------------------------------|----------|
| AGÊNCIA<br>NRQ.<br>1747      | D/V<br>7 | CONTA<br>NRQ.<br>10.548      | D/V<br>1 |
| (Informar dígito se existir) |          | (Informar dígito se existir) |          |

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

|                              |      |
|------------------------------|------|
| BANCO<br>Nome                | NRQ. |
| AGÊNCIA<br>NRQ.              | D/V  |
| CONTA<br>NRQ.                | D/V  |
| (Informar dígito se existir) |      |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CARACARAÍ/CE, 08 de JUNHEIRO de 2018  
Local e Data

Marta Heruena Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/02/2018 AUTO-ATENDIMENTO 14.57.47  
174701747 004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

-----  
DEBITADO

AGENCIA: 1747-7 CONTA: 17.627-3  
CLIENTE: JHONATAN MORAIS RODRIGUES

FAVORECIDO

{ AGENCIA: 1747-7 CONTA: 10.548-1 VAR: 51  
{ CLIENTE: MARIA HERUINA FERSEIRA }  
{ VALOR: 2,00 }

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão  
disciplinados pela Lei 12.703.



MMTE



BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 14867 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **MORTE SUSPEITA**

Boletim de ocorrência

Data / Hora da Comunicação: **15/12/2017 14:28:11**

Data / Hora da Ocorrência: **15/12/2017 10:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA CARLOS MORAES**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**

Município: **CARIRIACU/CE**

Ponto de Referência:



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA**

Nascimento: **28/07/1949** CPF: **387.656.753-04**

RG: **170488989**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **LUIZA RODRIGUES FERREIRA**

**JOSE CICERO FERREIRA**

Endereço: **RUA CORONEL BOTELHO, 355**

Bairro: **CENTRO**

Município: **CARIRIACU/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

**Noticiante(s)**

Nome: **MARIA HERUINA FERREIRA**

Nascimento: **27/04/1947** CPF: **387.657.563-04**

RG: **170489089**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA HERUINA DA SILVA**

**FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA**

Endereço: **RUA CORONEL BOTELHO, 355**

Bairro: **CENTRO**

CEP:

Município: **CARIRIACU/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99918-0588**

**Histórico**

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que, comparece nesta data a esta DRPC/JN para requerer guia de exame cadavérico na vítima acima qualificada em virtude do falecimento no dia de hoje (15/12/2017), no HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC; QUE, o Sr. FRANCISCO RODRIGUES fora vítima de atropelamento no dia 20/10/2017 no endereço, acima informado; QUE, o veículo que o atropelara tratava-se de uma D-20, branca, conduzida por um homem (conhecido por "BEL" OU "DEL"); QUE, estava caminhando na companhia da vítima, acima qualificada, quando o referido veículo a atingira; QUE, o condutor causador do acidente não prestara socorro; QUE, a vítima fora socorrida, primeiramente, por uma ambulância do município de Caririáçu para o hospital local e, posteriormente, transferido para o HRC; QUE, não há câmeras no local informado; QUE, o DEMUTRAN fora até do acidente; Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. Nada mais disse. /////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

x Maria Heruina Ferreira

00-MR-2018 1203 566165 171  
LIVRE 00001 09



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ.**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 14867 / 2017**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**DIMITRI DINIZ ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA - MAT.: 300880-1-8**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Márcia Helena Ferreira*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

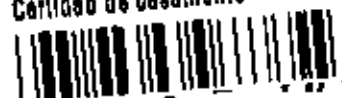
**DENIS LEONARDO FERRAZ DA SILVA - MAT.: 198757-1-7**

CARTÓRIO OLIVEIRA 1º OFÍCIO

José Oliveira Costa  
Tabellação e Oficial do Registro Civil  
Marcos Levy Carneiro Costa  
Substituto  
Samuel Vaz Fernandes Costa  
Substituto

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
Rua Coronel Botelho, 453 - Centro  
CEP: 63.220-000 - Fone: 88 3547-1138  
Caririáçu - Ceará

Certidão de casamento



CARTÓRIO OLIVEIRA 1º OFÍCIO  
Vale Substituir com o Selo de Autenticidade

## CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME

FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA e MARIA HERUINA DA SILVA

MATRÍCULA

0198020155.1976.2.00017.186.0000191.63

Nomes, prenomes, datas e locais de nascimento, nacionalidades, profissão, domicílio dos cônjuges e suas filiações

ELE:

Brasileiro, Solteiro, Agricultor, nascido em Caririáçu, Estado do Ceará, no dia 28 de Julho de 1949, filho de José Cicero Ferreira e Luiza Rodrigues Ferreira, residente e domiciliado no Sítio Monte, Comarca de Caririáçu/CE.

ELA:

Brasileira, Solteira, Doméstica, nascida em Caririáçu, Estado do Ceará, no dia 27 de Abril de 1947, filha de Francisco de Assis da Silva e Maria Heruina da Silva, residente e domiciliada o Sítio Monte, Comarca de Caririáçu/CE.

DATA DE CELEBRAÇÃO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

Vinte de Outubro de Mil Novecentos e Setenta e Seis

DIA

20

MÊS

10

ANO

1976

NOME DO PRESIDENTE DA CELEBRAÇÃO

Sr. Francisco Suenon Bastos Mota

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão de Bens

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS AO OFICIAL REGISTRADOR

Foram Apresentados os documentos a que se refere o artigo 180, números I, II e IV. Duas certidões de nascimento de números 6.396 e 12576, deste cartório.

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

O Contraente Adotou o Mesmo NOME.

A Contraente Adotou o Nome de MARIA HERUINA FERREIRA.

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Não Consta nenhuma averbação e retificação.

CARTÓRIO OLIVEIRA 1º OFÍCIO  
JOSÉ OLIVEIRA COSTA  
OFICIAL REGISTRADOR  
CARIRIÁÇU-CE - CEP: 63220-000  
RUA CEL. BOTELHO, 453.  
FONE/FAX: (88)35471138

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
CARIRIÁÇU(CE), 08 de Janeiro de 2010.

Assinatura do Oficial

CARTÓRIO OLIVEIRA 1º OFÍCIO  
Marcos Levy Carneiro Costa  
Substituto  
CEP: 63.220-000 - Fone: 88 3547-1138

TALÃO Nº.

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



COMARCA DE Caririagu

MUNICÍPIO DE Caririagu

DISTRITO DE Sede

José Cliveia Costa

Oficial Vitalício do Registro Civil

## CASAMENTO Nº. 191

CERTIFICO que as folhas 18 do livro Nº. 5-17, do registro de casamento, foi extraído hoje o assento do matrimônio de Francisco Apolinário Ferreira e Maria Hermilina da Silva, contraído perante o juiz Dr. Francisco Seston dos Santos, e as testemunhas José Benedito da Silva e Reirunda Gely Araujo Borges.

Ele, nascido em Caririagu, Estado do Ceará, aos 28 de julho de 1949, profissão agricultor, domiciliado em sítio Monte, desta comarca, filho de José Cicero Ferreira e Maria Rodrigues Ferreira.

Ela, nascida em Caririagu, Estado do Ceará, aos 27 de abril de 1947, profissão doméstica, domiciliada em sítio Monte, desta comarca, filha de Francisco de Assis da Silva e Maria Hermilina da Silva, a qual passa a assinar-se MARIA HERMILINA FERREIRA.

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 180 Ns. I, II e IV, do Código Civil.

Observações: Casamento celebrado no dia 20 de outubro de 1976, sob o regime de comunhão de bens.

O referido é verdade e dou fé.

Caririagu (Ce), 14

de setembro

de 19 93

**CARTÓRIO OLIVEIRA - 1º. OFÍCIO**  
 José Cliveia Costa  
 Tabelião, escrivão e fiscal  
 do Registro Civil  
 Rua Cel. Estelão, 453  
 63220 - CARIRIAGU - CE

**FRANCISCO DE OLIVEIRA COSTA**  
 C. P. F. Nº. 174.235.773-53

**CARTÓRIO PARIZ**  
OFÍCIO - REGISTRO CIVIL E NOTAS  
**Maxwell Pariz Xavier**  
Tabelião e Registrador Titular  
**Milena Carla de Souza Xavier**  
Tabelião Substituto  
**Luciano Roberto Leite Pereira da Silva**  
Escritor Autorizado  
**Antonio Maurício Gomes de Sousa Junior**  
Escritor Autorizado  
Av. Padre Cicero, 2555, Loja 32, Triângulo Shopping  
Juazeiro do Norte - Ceará  
CEP: 63011-100, Fone: 3085-8209



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

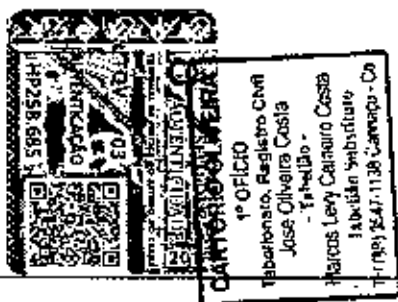
# CERTIDÃO DE ÓBITO

**CARTÓRIO PARIZ**  
**Luciano Roberto Leite Pereira da Silva**  
ESCRITOR AUTORIZADO

NOME  
**FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA**  
MATRÍCULA

**019885 01 55 2017 4 00101 245 0049873 28**

|                                                                                                                                           |                                                    |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| SEXO<br>Masc.                                                                                                                             | COR<br>parda                                       | ESTADO CIVIL E IDADE<br>casado, 68 anos |
| NATURALIDADE<br>CARIRIACU-CE                                                                                                              | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO<br>CI Rg Nº 1704889-89; | ELEITOR<br>SIM                          |
| RESIDÊNCIA E FILIAÇÃO<br>residente RUA CORONEL BOTELHO, Nº 355, CARIRIACU-CE, filho(a) de JOSÉ CICERO FERREIRA e LUIZA RODRIGUES FERREIRA |                                                    |                                         |
| DATA E HORA DO FALECIMENTO<br>quinze de dezembro de dois mil e oitocentos e oito às 10:00hs                                               |                                                    | DIA<br>15                               |
|                                                                                                                                           |                                                    | MÊS<br>12                               |
|                                                                                                                                           |                                                    | ANO<br>2017                             |
| LOCAL DE FALECIMENTO<br>HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, JUAZEIRO DO NORTE-CE                                                                 |                                                    |                                         |
| CAUSA DA MORTE<br>SEPTICEMIA, PNEUMONIA, TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E AÇÃO CONTUDENTE                                                   |                                                    |                                         |
| SEPULTAMENTO, CREMAÇÃO (MUNIC. E CEMIT. SE CONHECIDOS)<br>CEMITERIO NOSSA SENHORA DO CARMO, CARIRIACU - CE                                |                                                    | DECLARANTE<br>MARIA HERUINA FERREIRA    |
| NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO<br>DR. DANIEL MAGÉRBIO ALMENO DE LUCENA - CRM: 9767, DO Nº 25836633-8            |                                                    |                                         |
| OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES<br>Deixou bens. Não deixou testamento. Não deixou filhos. Era eleitor.                                           |                                                    |                                         |



## CERTIDÃO

Certifico ser autêntica a presente fotocópia. Dou fé.  
Caririacu, 15 de dezembro de 2017.  
TABELIÃO

CARTÓRIO PARIZ  
Maxwell Pariz Xavier, Registrador.  
Juazeiro do Norte - Ceará  
Av. Pa. Cicero, 2555 loja 32  
Triângulo  
Tel. 8835122004  
AD 174.683.

Juazeiro do Norte, 18 de dezembro de 2017.  
  
Maxwell Pariz Xavier  
Oficial do Registro Civil

**CARTÓRIO PARIZ**  
**Luciano Roberto Leite Pereira da Silva**  
ESCRITOR AUTORIZADO

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

TR 001460341 - E

**SERVIÇO AUTÔNOMO MUNICIPAL DE ÁGUA E ESGOTO**

RUA JOSÉ JOAQUIM DE SANTANA, 178 - CENTRO

CARIRIACU - CE - CEP: 63.220-000

C.N.P.J.: 06.741.243/0001-67 - Fone: (88) 3547-1429

**CONTA D'ÁGUA**

FOLHA: 1/1

|                  |     |     |                     |            |          |                 |
|------------------|-----|-----|---------------------|------------|----------|-----------------|
| INSCRIÇÃO        | CLS | TAR | ECONOMIAS           | NF / CONTA | EMIÇÃO   | MES/FAT.        |
| <b>0003818.4</b> | PAR | T-1 | RES COM IND PUB OUT | 180002513  | 02/01/18 | <b>DEZ/2017</b> |

MARIA HERUINA FERREIRA  
RUA CORONEL BOTELHO, 355

CENTRO

CARIRIACU

ENDEREÇO DE ENTREGA

CEARA

CEP: 63.220-000

LOCALIZAÇÃO

00.23.23.0000038180

LOCALIZAÇÃO

| ULTIMOS CONSUMOS |       |     |     | SERVIÇOS E TARIFAS |                                   |        |       |
|------------------|-------|-----|-----|--------------------|-----------------------------------|--------|-------|
| MES/FAT          | CONS. | OCO | DC  | COD                | DESCRIÇÃO                         | PREST. | VALOR |
| DEZ/17           | 04    | 005 | 27  | 001                | ÁGUA (0000 a 0010 - 2,00 * 0010 m |        | 20,00 |
| NOV/17           | 04    | 005 | 038 |                    |                                   |        |       |
| OUT/17           | 04    | 005 | 025 |                    |                                   |        |       |
| SET/17           | 04    | 005 | 036 |                    |                                   |        |       |
| AGO/17           | 04    | 005 | 022 |                    |                                   |        |       |
| JUL/17           | 04    | 005 | 034 |                    |                                   |        |       |
| JUN/17           | 04    | 005 | 035 |                    |                                   |        |       |
| MÉDIA: 00004     |       |     |     |                    |                                   |        |       |

**HIDROMETRIA**

| HIDRÔMETRO | INSTALAÇÃO | LEIT. ANT. | DT. LEITURA | LEIT. ATUAL | DT. LEITURA | CONSUMO DIAS/CONSUMO | OCO. | LEITURISTA |
|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|------|------------|
| 003505     | 16/03/16   | 1272       | 24/11/17    | 1272        | 21/12/17    | 0004                 | 27   | 005 000    |

| OBSERVAÇÕES                                | PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUIDA                            |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| LEITURA NÃO REALIZADA!<br>(TÍMVEL FECHADO) | Portaria 2.914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos |
| CONTA FATURADA PELA MÉDIA.                 | Período:                                                  |
| Próxima Leitura: 15/01/2018                | Reservatório:                                             |
|                                            | Parâmetros                                                |
|                                            | Cor                                                       |
|                                            | pH                                                        |
|                                            | Cloro                                                     |
|                                            | Turbidez                                                  |
|                                            | Fúlor                                                     |
|                                            | Calc. Totais                                              |
|                                            | Outros                                                    |

**MENSAGENS**

ÁGUA, UM BEM LIMITADO E ESSENCIAL A VIDA, USE COM RESPONSABILIDADE.

|       |                  |                 |
|-------|------------------|-----------------|
| MULTA | ENCARGOS DIÁRIOS | MESES EM DÉBITO |
| 2%    | 0,033%           | 0,01            |

VENCIMENTO **15/01/2018**

CONSUMIDOR

VALOR R\$ **20,00**



## DECLARAÇÃO DO CÔNJUGE

MARTA HERUINA FERREIRA, portador / a da Carteira de Identidade / RG nº 170489089 SSP/CE, CPF nº 387.657.563-04, residente na Rua CORONEL BOTELHO, 355, CENTRO, CARIRIACU (CE), declaro em sã consciência que convivia, na condição de **cônjuge**, com FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA (nome da vítima de acidente coberto pelo Seguro Dpvat), até a data do seu falecimento.

Declaro ainda que o / a mesmo / a NÃO DEIXOU (deixou / não deixou) — (quantidade) descendentes, entre filhos naturais e adotivos.

Esta declaração é a expressão da verdade, pela qual me responsabilizo perante a lei (Artigo 299 do Código Penal).

Cidade e data: CARIRIACU (CE), 08 DE JANEIRO DE 2018

Assinatura do Cônjuge: Marta Heruina Ferreira

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 15 / 12 / 2017, faleceu em        /        /       , no estado civil de CASADO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

|    | NOME COMPLETO          | NA QUALIDADE DE (*) | RG        | CPF            |
|----|------------------------|---------------------|-----------|----------------|
| 1. | MARIA HERUINA FERREIRA | ESPOSA              | 170489089 | 387.657-563-04 |
| 2. |                        |                     |           |                |
| 3. |                        |                     |           |                |
| 4. |                        |                     |           |                |
| 5. |                        |                     |           |                |

Declaração de únicos herdeiros



(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima ( ) não deixou companheira(o) ou (x) deixou companheira(o) de nome MARIA HERUINA FERREIRA.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

CARRETAQU/CE, 08/01/2018  
LOCAL E DATA

Maria Heruina Ferreira  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

| 1 DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*) |                                                    |    |     |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----|-----|------------|
|                                                                                                | NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE | RG | CPF | ASSINATURA |
| 1.                                                                                             |                                                    |    |     |            |
| 2.                                                                                             |                                                    |    |     |            |

| 2 DADOS DAS TESTEMUNHAS |                           |              |               |                         |
|-------------------------|---------------------------|--------------|---------------|-------------------------|
|                         | NOME COMPLETO             | RG           | CPF           | ASSINATURA              |
| 1.                      | JOÃO RIBEIRO COSTA NETO   | 200803703370 | 026.468043-00 | João Ribeiro Costa Neto |
| 2.                      | RAMYSE G. FERREIRA SANTOS |              |               |                         |

#### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1704889-89 DATA DE EXPEDIÇÃO 10.06.89

NOME FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA

FILIAÇÃO José Cicero Ferreira

Luiza Rodrigues Ferreira

NATURA DO IDOS CARIRIAÇU-CE DATA DO NASCIMENTO 28.07.1949

Doc. Cas. nº 191. Lw. B. 17. Fls 186

DOC. DI Cart. Caririçu-CE

CPE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO 10-I

POLEGAR DIREITO

ANALFABETO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

REGISTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nº DE INSCRIÇÃO 347656758-04

NOME COMPLETO FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA

NASCIMENTO 28.07.49

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATORIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS, PARA QUALQUER OMENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROVENIENTE DA UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

CARIMBO DO AGENTE EMISSOR

001/3011-9

08-06-89

BANCO DO BRASIL

CARIRIACU (CE)

33000/1363

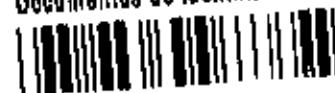
Francisco Bezerra Xavier

Mat. 3337.364-7

NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

PROVADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SIF

Documentos de Identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1704390-89 DATA DE EXPEDIÇÃO 10.06.89

NOME MARIA HERUINA FERREIRA

FILIAÇÃO Francisco de Assis da Silva

Maria Heruina da Silva

Caririáçu-CE 27.04.1947

NATURALIDADE Cart. Cas. nº 191. Lv. B-17. Fls 186

DOC. ORIGINAL Cart. Caririáçu-CE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO 10-I

POLÍCIA DELEGADA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nº DE INSCRIÇÃO 387657563-04

NOME COMPLETO MARIA HERUINA FERREIRA

NASCIMENTO 27.04.47

ASSINATURA Maria Heruina Ferreira

ISSA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E OFICINA OBRIGATÓRIA NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

CARTÃO DO AGENTE EMISOR

001/3011-9

08-05-89

BANCO DO BRASIL

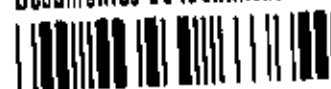
CARIRIÁÇU (CE)

33000/1362

NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

APPROVADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SRF

Documentos de Identificação





**Registro N. 719356 / 2017**

Digitacao: 15/12/2017 (DANIEL MARGERBIO)  
Livro: 69 Pagina: 87

**Laudo do IML - Necropsia**

Enviar para **DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**  
**EXAME CADAVERICO**



Em 15 de dezembro de 2017, nesta cidade de Juazeiro do Norte, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do Norte, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

**DANIEL MAGERBIO ALMINO DE  
LUCENA**

CREMEC Nº: 9767

Para proceder a exame de corpo de delito (CADAVERICO) em um corpo recebido no Necrotério às 15:30 de 15/12/2017 e identificado como sendo de

**FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA**

conforme informações contidas na Guia Policial de nº 4065 / 2017, emitida pelo (a) **DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

**Em consequência, às 16:10h de 15/12/2017 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:**

**HISTÓRICO:** Às 16:10 horas do dia 15/12/2017, deu entrada no necrotério do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do Norte, o corpo de Francisco Rodrigues Ferreira, que teria sido vítima de atropelamento ocorrido às 14:16 de 10/10/2017, vindo a óbito no Hospital Regional do Cariri às 10:00 do dia 15/12/17 conforme a guia 488-4065 da Delegacia Regional de Juazeiro do Norte que acompanha o corpo

**IDENTIFICAÇÃO:** Trata-se de um corpo do sexo masculino, pardo, com sobrepeso, com olhos castanhos, cabelos crespos negros com calvície frontal, dentes mal conservados, desnudo **TANATOLOGNOSE:** Ao exame, observamos rigidez cadavérica difusa, esfriamento cadavérico, livores de hipóstase dorsais, fâcies congesta, midríase fixa e ausência de quaisquer sinais de manifestações vitais

**EXAME EXTERNO:** Apresenta cicatriz em região parietal esquerda e traqueostomia com supuração amarelada

**EXAME INTERNO: CABEÇA:** Realizada incisão bismatoidea, rebatido o couro cabeludo e aberta a calota não havia presença de lesões de interesse médico-legal **TÓRAX/ABDOMEN:** Realizada incisão mentopubiana e retirado o plastrão esterno condral havia presença de pneumonia bilateral com secreção purulenta em brônquios

**DISCUSSÃO:** Os achados apontam morte por choque séptico por pneumonia secundário a traumatismo cranio-encefálico por ação contundente. Não foi colhida amostra de sangue para exame de alcoolemia pelo tempo entre o acidente e o óbito já ter ocorrido metabolização hepática **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, inferimos que o óbito deveu-se a choque séptico por pneumonia secundário a traumatismo cranio-encefálico por ação contundente

#### **RESPOSTA AOS QUESITOS**

**PRIMEIRO - Houve morte?**

**Sim;**

**SEGUNDO - Qual a causa da morte?**

**Choque séptico por pneumonia secundário a traumatismo cranio-encefálico**

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

**Contundente;**

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

**Não.**

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

DANIEL MAGERBIO ALMINO DE LUCENA  
CREMEC Nº: 9767

15/12/2017 22:04

1 de 2





**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria de Segurança Pública  
e Defesa Social*

**Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE**  
**Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL**  
**Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do  
Norte**

Continuação do laudo N: 719356 / 2017, Livro 69 Página 87, Data 15/12/2017

Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ - PEFOCE  
Núcleo de Perícia Forense da Região Sul - Juazeiro do Norte

ENCAMINHAMENTO PARA COORDENADORIA DE MEDICINA LEGAL/PEFOCE  
(EX-IML JUAZEIRO DO NORTE)

Considerando o disposto no Código de Processo Penal (art. 158) e no Código de Ética Médica (art. 84) encaminhamos para avaliação médico-legal

I - DADOS DO ENCAMINHAMENTO

|                                   |                                |        |        |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------|--------|
| Data da solicitação:              | 15/12/2017                     | Hora:  | 10:06h |
| Nome:                             | FRANCISCA MOURA DOS REIS SILVA |        |        |
| Sexo:                             | M                              | Idade: | 65     |
| Prontuário nº                     | 153130                         |        |        |
| Início do tratamento/atendimento: | 11/12/2017                     | Hora:  | 10:15  |
| Data do Óbito:                    | 15/12/2017                     | Hora:  | 10:00h |

II - HISTÓRICO - RESUMO

Doente vítima de atropelamento de carro, deu entrada no Hospital grave necessitando de terapia intensiva.

III - EVOLUÇÃO - RESUMO

Evoluiu com múltiplas infecções por germes resistentes e polêmia pulmonar com múltiplas e efêmeras.

IV - PROCEDIMENTOS, EXAMES LABORATORIAIS OU DE IMAGEM REALIZADOS - RESUMO

V - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

TCE Grau  
Estado Vegetativo  
Supr. Crônica de Foco Pulmonar  
I.R. Aguda.

Dr. Sue Ann Bezerra  
Clínica Médica / Medicina Paliativa  
CREMEC 10.965

Carimbo e assinatura do médico solicitante

DATA: 15/12/17

GENTILEZA USAR LETRA LEGÍVEL. ANULAR CAMPOS VAZIOS.



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131702/18

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA  
CPF: 387.656.753-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/12/2017  
Titular do CPF: FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de casamento  
Certidão de óbito  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Necropsia  
Outros

Outros



#### MARIA HERUINA FERREIRA : 387.657.563-04

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Declaração cônjuge  
Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

#### ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2018  
Nome: MARIA HERUINA FERREIRA  
CPF/CNPJ: 387.657.563-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/04/2018  
Nome: WENDEL DA COSTA TEIXEIRA  
CPF: 083.170.017-33

MARIA HERUINA FERREIRA

WENDEL DA COSTA TEIXEIRA

# SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA FRANCISCO FERREIRA RODRIGUES

DATA DO ACIDENTE 15/12/2017 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 387.656.753-04

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☒ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☒ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☒ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)

☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) JOHANNES MORES RODRIGUES

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☒ Representante Legal - CPF do portador 033.899.933-71

E-mail JOHANNES.RODRIGUES@LIDERSEGUROS.COM Tel: 88 99647 9869

Data 26/03/2018 Assinatura [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) CORREIOS - CAMARAJÁ

Atendente RONALDO ROBERTO GARCIA Matrícula 8.788.158-9

Data 26/03/2018 Assinatura [Assinatura]

# SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora  
**LÍDER**

## COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DMS

## VÍTIMA FRANCISCO VIEIRA RODRIGUES

DATA DO ACIDENTE 15/12/2017 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 387.656.153-04

## PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

## DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

### BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

☒ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Cônjuge (original)

### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

### BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

### BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

### BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)

☐ Outros Documentos apresentados:

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) FRANCISCO VIEIRA RODRIGUES

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário (X) Representante Legal - CPF do portador 387.656.153-04

E-mail FRANCISCO.VIEIRA.RODRIGUES@LIDER.COM.BR Tel: 0800 022 1204

Data 16/03/18 Assinatura [Assinatura]

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

COBROS - CUBA LILIANA

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto)

Atendente RONALDO PARENTE GABRIEL Matrícula 8.178.158-0

Data 26/03/2018 Assinatura [Assinatura]

REMETENTE: MARIA HERVINA FERREIRA  
RUA CORONEL BOTELHO, 355,  
CENTRO, CARIRIACU/CE  
CEP. 63.220-000



**DESTINATÁRIO:**

SEGURADORA LÍDER DPVAT  
ENTRADA NO SEGURO DPVAT  
RUA SENADOR DANTAS 74  
CENTRO  
RIO DE JANEIRO/RJ  
20031205

 Correios



20031205

 Correios

☐ AR  
☐ MP

**SEDEX**

PESO (kg)  
0,176

DV 50491702 6 BR



**Vinicius Campos da Silva**

**De:** José Carlos  
**Enviado em:** quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33  
**Para:** Vinicius Campos da Silva  
**Cc:** Sonia Faro  
**Assunto:** Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em **medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

**José Carlos Carvalho**  
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904  
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654  
E-mail: [jose.carlos@seguradoralider.com.br](mailto:jose.carlos@seguradoralider.com.br)

**CONFIDENCIALIDADE** Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar a remetente imediatamente.

**CONFIDENTIALITY** This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

**De:** Arthur Froes  
**Enviada em:** quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18  
**Para:** Jose Carlos <[jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br](mailto:jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br)>  
**Assunto:** RES: Produção: 13/03/2018

JC,  
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

**Arthur Fróes**  
Superintendente de Sinistros  
[arthur.froes@seguradoralider.com.br](mailto:arthur.froes@seguradoralider.com.br)  
Tel.: 55 21 3861-4286

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** MARIA HERUINA FERREIRA, brasileira, viúva, aposentada, portadora do RG nº 170489089, Expedida por SSP/CE e do CPF nº 387.657.563-04, residente e domiciliada na Rua Coronel Botelho, 355, Centro, Caririáçu-CE.

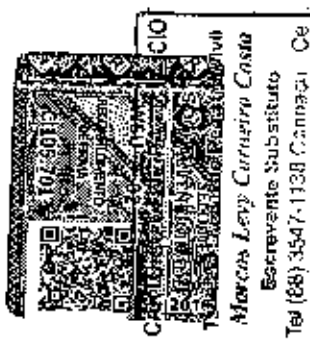
**OUTORGADO:** JHONATAN MORAIS RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE 33.318, portador do RG nº 2004032079188 SSP/CE e do CPF nº 033.899.933-71, residente e domiciliado na Rua José Leite da Silva, 226, Novo Juazeiro, Juazeiro do Norte-CE, CEP 63.030-550.

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima FRANCISCO RODRIGUES FERREIRA, portador do RG nº 1704889-89 SSP/CE.

Caririáçu-CE, 08 de janeiro de 2018.

Maria Heruina Ferreira  
Assinatura da Outorgante

CARTORIC  
FELMERA



Reconheço a Firma de Supra de  
Maria Heruina Ferreira

Caririáçu (Ce), 10 / 01 / 2018

Em Testemunha de da verdade

José Oliveira Costa

Válido somente com o selo de autenticação

ene

| <b>VENCIMENTO</b> 16/01/2018                                                                                                                                                                                            | <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> 43,80                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO</b>                                                                                                                                                                                   | <b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b> (últimos 12 meses)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Energia ..... 18,31<br>Transmissão ..... 1,00<br>Distribuição ..... 1,00<br>Energia Setorial ..... 2,42<br>Tributos (ICMS, PIS, COFINS) ..... 1,22<br><b>TOTAL</b> ..... 21,95                                          | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="12">Histórico de Consumo (últimos 12 meses)</th> </tr> <tr> <th>42</th><th>42</th><th>40</th><th>37</th><th>42</th><th>47</th><th>41</th><th>46</th><th>43</th><th>47</th><th>40</th><th>41</th> </tr> <tr> <th>Mar</th><th>Abr</th><th>Mai</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Ago</th><th>Sep</th><th>Out</th><th>Nov</th><th>Dez</th><th>Jan</th><th>Fev</th> </tr> </table> | Histórico de Consumo (últimos 12 meses) |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  | 42 | 42 | 40 | 37 | 42 | 47 | 41 | 46 | 43 | 47 | 40 | 41 | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | Jan | Fev |
| Histórico de Consumo (últimos 12 meses)                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 42                                                                                                                                                                                                                      | 42                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 40                                      | 37  | 42  | 47  | 41  | 46  | 43  | 47  | 40  | 41  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Mar                                                                                                                                                                                                                     | Abr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Mai                                     | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | Jan | Fev |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>CONSUMO CONSCIENTE: EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)</b><br>Compares suas emissões pelo consumo de energia elétrica.<br>Emissão kg (CO <sub>2</sub> ) ..... 18,15      Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) ..... 0,00 | Consórcio Ecológico (NCCO)<br>5% ..... 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO</b>                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE:                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |