

24 JAN. 2019

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS		DETTRAN - CE	
VIA	QD. IR. NAVAM	PLACA	CPF / CNPJ
PPT	00559848951	0000000000	2016
NOME		RDMILDO ARTUR ALVES FILHO	
/CE		05327269361	
PLACA		DSL6254/CE	
/CE		9C3JG4110DR123043	
PLACA ANT / UF		/CE	
ESPECIE TIPO		PAS / MOTOCICLETO / NAO APLIC.	
COMBUSTIVEL		GASOLINA	
MARCAS / MODELO		HONDA / CG 125 FAN KS	
ANO FAB		2013	
ANO MOD		2013	
CATEGORIA		P. ARTIC	
COR PREDOMINANTE		2P / QGV / 124CC	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
VENC / COTAS		1. VENC / COTA UNICA	
PARCELAMENTO / COTAS		2. PARCELAMENTO / COTAS	
FAIXA 1 PVA		3. FAIXA 1 PVA	
PREMIO TARIFFARIO (R\$)		IOF (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO		PREMIO TOTAL (R\$)	
OBSERVACOES			
IPVA			

FDR/TALEZA		DATA	
13/06/2016		LOCAL	
Ligeiro Pente			
06/09/2019			

Dr. Fco. J. S. de Vasconcelos

ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Jen Albert Schwarz Pess

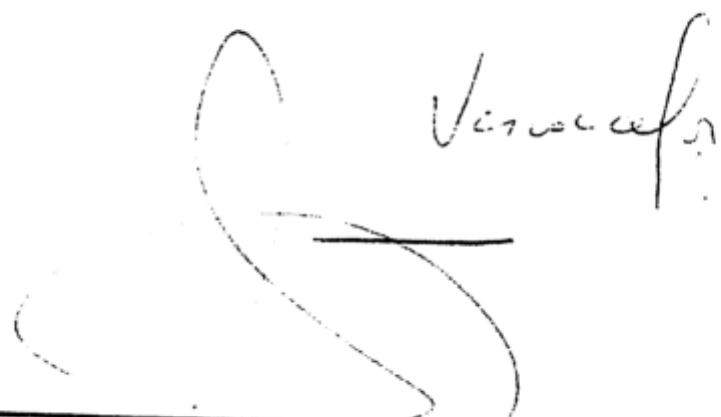
3^o feira -

8:00

IT F - Centro

Troncos de fio

Fazer Bt





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ



Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense Do Estado Do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal

LIBERAÇÃO DE CORPO

REGISTRO Nº 4497

Declaro para os devidos fins, que foi necropsiado no Núcleo de Tanatologia Forense da Coordenadoria de Medicina Legal, o corpo de

Fáncos Antônio Souza da Silva

Guia cadavérica de Nº 107-380818 no dia 04/10/18 tendo sido o mesmo liberado para sepultamento com a Declaração de Óbito para ser entregue em data posterior. A presente liberação foi entregue a (o) William de Oliveira Furtado

sendo o corpo transportado para CLÍNICA DE TANATOLOGIA por transportador _____ e em seguida para inumação e velório pela funerária SBO.

Fortaleza, 04 de Outubro de 2018.

24 JAN. 2019

Thierry

SETOR DE ACOLHIMENTO FAMILIAR
NUTAF/COMEL/PEFOCE

Atenção: No intuito de evitar atrasos na liberação, solicitamos que APÓS o RECEBIMENTO deste DOCUMENTO, a funerária DIRIU-SE IMEDIATAMENTE AO PORTÃO DE LIBERAÇÃO A DEMORA no RECOLHIMENTO por parte da funerária ACARRETERÁ na necessidade de NOVA SENHIA para atendimento.

NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO / MORTE ENCEFÁLICA

Solicito á SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA a emissão de Guia de Exame Cadavérico ao Instituto Médico Legal da pessoa abaixo qualificada, cujo cadáver se encontra neste hospital.

Nome:	Marcos Antônio Souza da Silva		Data Nascimento:	04/04/1972	Nº Prontuário:	5582796
Identidade:	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros	Naturalidade:		Sexo:	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Nome do Pai:	Cerealo Rodrigues Souza		Nome da Mãe:	Maria Rita de Cássia S. da Silva		
Endereço:	Av. Alzir Sampaio, 266		Bairro:	Presidente Kennedy / Fortaleza	Cidade:	CE
Profissão:	Ass. / Carimbo Enf. Plantão		Local e Hora da ocorrência que determinou o internamento	h min		
Local da Morte:	IJF- Centro		Data da Morte:	03/10/2018	Hora da Morte:	22:56 min
Informações Sobre o Óbito ou Motivo do Internamento: TCE grave, vítima de acidente de moto. Fr. exposta de fêmur.						
Ass. / Carimbo Enf. Plantão	Ass. / Carimbo Encarregado IJF		Data:	03/10/2018	Hora:	13:20 h

1ª via: Prontuário 2ª via: SAME 3ª via: IML 4ª via: Necroléio

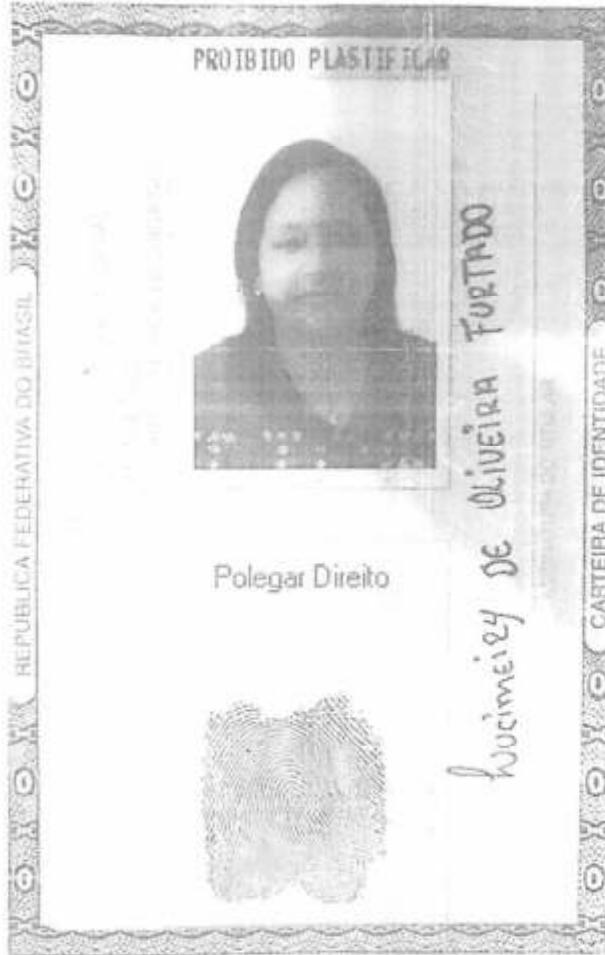
24 JAN. 2019



24 JAN. 2019

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Titular: Dra. Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

24 JAN. 2019

Escritura declaratória que fazem MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA e, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, na forma abaixo:

Saibam quantos este público instrumento virem que, aos 27 (vinte e sete) dias do mês de agosto do ano de 2014 (dois mil e quatorze) nesta Cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, neste Tabelionato, sito na Rua Cassimiro Montenegro, nº 50, Monte Castelo, compareceram, MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA, brasileiro, divorciado, comerciante, identidade nº 90001017735-SSP-CE, CPF nº 456.263.593-20, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, brasileira, solteira, do lar, identidade nº 98010078623-SSPDS-CE, CPF nº 630.383.663-15, ambos residentes e domiciliados na Rua Padre Alzir Sampaio, nº 204, Presidente Kennedy, Fortaleza, Ceará; E pelos Outorgantes declarantes e reciprocamente outorgados, me foi dito, falando cada um por sua vez, nos termos do Título III, do livro IV do Código Civil de 2002 e do Art. 226, parágrafo 3º da Constituição Federal de 1988, sem prejuízo de possível aplicação subsidiária da Lei 9.278/96, que convivem sob o mesmo teto desde 05/05/2000, que dessa união tiveram 01 filha: *Marliane Furtado da Silva, nascida em 05/05/2012*, e resolveram manter união estável *more uxório*, mediante as seguintes cláusulas: I - declararam os outorgantes sua convivência duradoura, pública e contínua, com o objetivo de constituírem família, por este motivo enquadram-se plenamente na definição dada pelo art. 1.723 do CCB/02, reconhecendo-se esta união como entidade familiar e a condição de companheiros aos declarantes; II - Outrossim, asseveram não estarem incursos nos impedimentos do Art. 1.521 do CCB/02, pelo que a presente união se faz livre de quaisquer vícios que porventura a maculariam; III - Por conseguinte, devem reciprocamente, lealdade, respeito e assistência, moral e material, bem como guarda, sustento e educação dos filhos que possam nascer da presente união; IV - A colaboração nos encargos familiares, exercido em cumprimento ao dever de assistência retro de mencionado, gera a dependência econômica do companheiro que porventura não puder contribuir; não restando dúvidas em qualquer caso quanto a sua inclusão em planos de saúde, previdência social, ou quaisquer outros em que possa ser incluído na qualidade de companheiro; V - Quanto às relações patrimoniais, nada de especial dispõem os companheiros, razão pela qual prevalecerá, no que couber, **comunhão parcial de bens**. Em suma, os bens, adquiridos a título oneroso, na constância da união estável pertencem a ambos; VI - Destarte, não somente os bens possuídos por cada companheiro antes da união, mas também os havidos posteriormente a sua instituição a título gratuito (doação),

herança), bem como os sub-rogados em seu lugar restarão incomunicáveis (CC. Art. 1.659, I e II);

VII - Já no tocante às obrigações, haverá incomunicabilidade apenas quanto as anteriores a união, as provenientes de atos ilícitos e instrumentos da profissão, os proventos do trabalho pessoal de cada companheiro, assim como as pensões, montepios, meios-saldos e rendas semelhantes, também seguirão a incomunicabilidade (CC. Art.1.659; V, VI e VII) - Por fim, a administração do patrimônio comum compete a ambos os companheiros (Art. 1663); - As testemunhas instrumentárias foram dispensadas de conformidade com o Art. 215, Parágrafo 5º do código Civil Brasileiro (Lei 10.406/2002). Para a lavratura desta escritura foram cumpridas as exigências legais e fiscais inerentes à legitimidade do ato, conforme art. 215, § 1º, inciso V, do Código Civil Brasileiro e artigo 1º da Lei 11.441/07. E como assim disseram e outorgaram, me pediram e eu lhes lavrei esta escritura, que lida às partes e por acharem-na em tudo conforme, a aceitaram e assinam.

(ass) Fernanda Almeida de Moura, Fernanda Almeida de Moura, Escrevente Autorizada. Assinaturas **MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO; Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus**. Fortaleza 27 de agosto de 2014. Trasladada hoje. Eu, Fernanda Almeida de Moura Escrevente Autorizada, subscrovo e assino em público e raso de que uso. Válido Somente Com Selo de Autenticidade.

Em testemunho

Fernanda Almeida de Moura

Fernanda Almeida de Moura

Escrevente Autorizada



24 JAN, 2019

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 29/09/2018 19:45:12

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 707602290800798	NOME: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA			Registro: 5582796
----------------------	-------------------------------------	--	--	-------------------

CPF: 45626359320	RG:	D. NASC: 04/04/1972	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
------------------	-----	---------------------	---------------	---------	-----------------

NOME DA MÃE: MARIA RITA DE CASSIA SOUZA DA SILVA NOME DO PAI: GERALDO RODRIGUES SOUSA DA SILVA

TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO DO PACIENTE: PADRE ALZIR SAMPAIO N°: 266 BAIRRO: PRESIDENTE KENNEDY
COMPLEMENTO: TELEFONE: 934781248 MUNICÍPIO: FORTALEZA UF: CE CEP: 60355260

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: SAMU USA 122 COND BELIZARIO	PARENTESCO: LUCIELDA(PRIMA)	TELEFONE:
-----------------------------------	-----------------------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:
------------------	-------------------	---------------------	-----------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um objeto fixo ou parado.

QUEIXAS: PAC COM HEMATOMA PERIORBITAL, ENTUBADO EM VM. TRAUMA NA PELVE SANGRAMENTO NOS MMII. APOS COLISAO EM MURETA

OBSERVAÇÕES: TCE

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO
-----------------------------------	------------------------	-------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

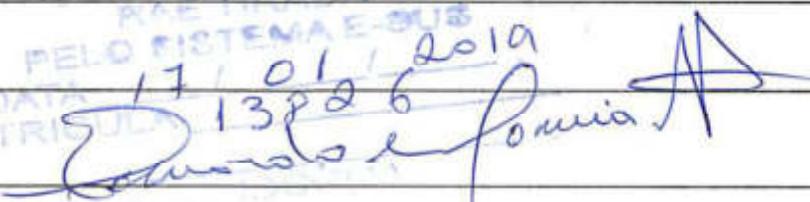
Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

VÍCIO DE PROTOCOLO - INF
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA: 17/01/2019
MATRÍCULA: 13826
Assinatura: 

24 JAN. 2019

Nº DO CLIENTE

7420588-9

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº interno
que consta no seu comprovante de pagamento.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.445,
de 26 de abril de 2002.

codice

Rua Padre V. Melo, 150
CEP 60135-040, Fortaleza/CE

ONPC 041-201-0001-79 CEP 06.115-3

Online Bill

NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

445567854

Rota 05 22000-12 268515 - 3 Data de Emissão 09/09/2016

Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

End. Postal RU CNS HELO 01130 AP 302

POTIRAS II - CAUCAIA - 66000-000

Medidor 5018880

Poste 0000 0006

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 1,00

RG / CPF / CNPJ 630383663-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Prévio à Prova da Leitura
08/2016	09/09/2016	11/10/2016

INDIC-DEQUILÍBRIO DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso da nota.

Conjunto 1504

Mês	1.1.2016	0.02.2016
DIC	0,29	0,53
FIC	0,44	14,93
DMIC	0,45	0,00

RESERVA DA FISCAL

Padrão Individual	Apuração Individual
Mensal	Mensal
Trim.	Trim.
Anual	Anual

0,45 0,45 0,45 0,45 0,45 0,45

Mensal	Trim.	Anual
0,45	0,45	0,45
0,45	0,45	0,45
0,45	0,45	0,45

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Int. Atual	<input type="checkbox"/> Left. Anterior	<input type="checkbox"/> Const.	<input type="checkbox"/> Consumo (kWh)	<input type="checkbox"/> Cons. Incl.	<input type="checkbox"/> Coss. Faz.	<input type="checkbox"/> Tarifa (R\$ /kWh)	<input type="checkbox"/> Valor (R\$)
732	636	1.00	24	0,00	24	0,70202	17,77

0,00 0,00 0,00 31,138 24

VALOR (R\$)

Scanned by CamScanner

24 JAN. 2019



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato com a

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N.º **556958347**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdecy, 170 | CEP: 60420-040 | Fortaleza/CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF: 68 325 848-3

de Tarifa Serviço de Energia Elétrica

tarifa eletrobrás Lm nr. 36-426 de

26 de outubro de 2012

DADOS DO CLIENTE

Rota 05 022005 12 093800

Medidor

Posto

Nome: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

5018650

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade
Consumidora

RJ CNS MELO 01130 AP 102 POTIRAS II CAUCAMIA 60000000

RG / CPF / CNPJ 630.383.663-15

CGF

Classe B1 - B1-RESIDENCIAL RÚSTICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leratura Atual Leratura Anterior Contaleta Consumo kWh Consumo Ind. Consumo Faturado

TOTAL A PAGAR (R\$)

106,73

FP 3344 3268 1 76 0 76

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA
CONSUMO

76 0,72504 55,10

DATAS DE LEITURA

Data de Emissões
Aproximadas

Prev. Próxima
Leitura

08/01/2019

07/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6E8C76A4,89F8,7682,E5A2,A143,FB0B,A329

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
55,10	27%	14,87

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	20,47
TRANSMISSÃO	2,18
DISTRIBUIÇÃO	11,66
ENCARGOS SETORIAIS	3,13
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	17,66

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

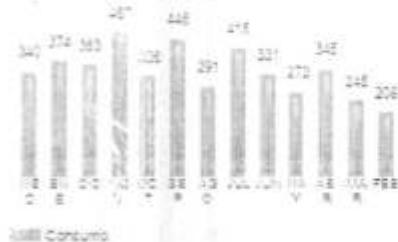
Veja a legenda no verso desta conta: CM: 22,02

Conjunto

Mes NOV/ 2018

	Parâmetro Individual		Aporação Individual	
	Mês/Ano	Trim. Anual	Mês/Ano	Trim. Anual
DIR (h)	0,00	0,00	0,07	0,00
FIC (h)	0,00	0,00	1,00	0,00
DMC (h)	0,00		0,07	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mediante cliente

Nº do Cliente: 7420588-9 Nº da Nota Fiscal: 556958347 Total a Pagar (R\$): 106,73
Data de Emissão: 31/01/2019 Referência: JAN/2019 Nº do Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nota Fiscal | Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 559596359

Companhia Energética do Ceará
Maior Fornecedor 150 | CEP: 60215-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 070422510001-70 | CGF: 00.105.816-3

A Tarifa Bombeiro Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.436 de
20 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota: 18 01150 23 033800

Medidor:

Posto:

Nome: ANGELA MARIA DA SILVA BRANDAO

8949504

1000 Y3IP

Endereço Postal:

End. da Unidade
Consumidora: RUE FRI ODILON 00624 AP 01 BL A17 QD 02 PRES. KENNEDY
FORTALEZA 60336190

RG / CPF / CNPJ: 739.968.743-91

CGF:

Classe: B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência:

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

TOTAL A PAGAR (R\$)

142,87

FP 31117 30938 1 179 0 179

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão:
Agrupamento:

Próx. Proxim.
Leitura:

25/01/2019

23/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

46D0.3E28,D65D.AC13,3311.C03D,43EE,E389

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
129,78	27%	35,04

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

TÍTULO DE CAPITALIZAÇÃO BOA AÇÃO BOA SORTE
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-CAP

2,99
10,10

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica!, CO₂

ÍNDIC DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

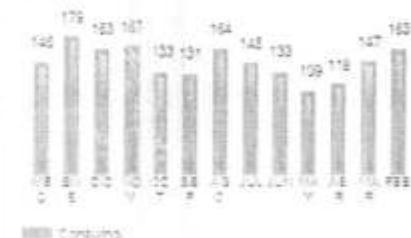
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 39,97

Consumo:

Mês: NOV/ 2018

	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mensal	Anual	Mensal	Anual
DNC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00		0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação técnica cliente:

Nº do Cliente: 2011951-8 N° da Nota Fiscal: 559596359 Total a Pagar (R\$): 142,87
Data de Emissão: 31/01/2019 Referência: JAN/2019 N° de Controle: 0002011951 00232 4379 2 81

83800000001-7 42870031000-8 00020119510-0 02324379280-5



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 seguros, 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Romero do Nascimento Viana, inscrito (a) no CPF sob o N° 033.747.743 / 55, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wina Jusino Duanti da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 026.674.43 / 38, do sinistro de DPVAT cobertura Morte da Vítima Marcos Antônio Souza da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 456.263.593 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, fronte 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 Potiguara</u>	Número	<u>1208</u>	Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Ponta</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>56600-000</u>
Email	<u>may.viana@hotmail.com</u>	Telefone comum (DDD)	<u>(183) 3046-3120</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(183) 9714 8819</u>

Romero do Nascimento Viana de 05 de 2019
Local e Data



Assinatura do Declarante

24 JAN. 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NFI de sinistro ou AGL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 Mariana Antônio Souza da Silva

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

Nome completo: Silvana de Oliveira Furtado

CPF: 630.383.663-15

Profissão: Vendedora

Endereço:

Rua CNS milo

Estado:

Cidade:

Bauru

CEP:

1130

Complemento:

Ap. 102

E-mail:

CPF:

may.ronara@hotmail.com

RG: 6600-000

Tel (DDD): 185) 97188819

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

REUSSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEMA RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINE A UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (1 a 1000 bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

[Informar digito se existir]

[Informar digito se existir]

[Informar digito se existir]

[Informar digito se existir]

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização e reembolso do Seguro DPVAT e que eu fui direito, reconhecendo e dando, desde já e deante de Deus, a efetivação do crédito, qualificação total do valor recebido.

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 de Medicina Legal (IML) para fins de recuperação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que fassim surgiu uma das opções:

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência e/ou realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realizou 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 da Seguradora Lider para a avaliação da existência e quanto à lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.214/91, art. 3º, §1º, com base na qual a autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou análica do direito de contestação, caso descreva-se seu direito.

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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Companheira Separado / Viúvo Viúvo. Data do óbito da vítima: 03/10/2018

Grau de parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

Seu nome: Silvana de Oliveira Furtado

Informar o nome completo.

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: 03

Falecidos:

Vítima deixou na morte (se falecer):

Sim

Não

Vítima deixou pais/vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider seguirá, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte sóbrios beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que sua querência ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 399 do Código Penal.



Local e Data: Bauru - 01/02/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROSA

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTIMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome: JOSEVAN PINTO BARROS

CPF: 600.067.453-85

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não apresentando deverá escolher outra pessoa (adulto) maior e capaz, para preencher o e-mail o presente formulário, à SEI/RS/SC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a data da elaboração do instrumento (lo comprovado, antes do preenchimento e assinatura).

NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NF do sinistro ou ASU

CPF da vítima

Nome completo da vítima

456.263.593-20 Maria Antônio Souza da Silva

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

Nome completo

Phaloma Brandão Souza

CPF

626.904.813-32

Profissão

Autônoma

Endereço

Rua Fri Odilon 100 02

Número:

624 Ap. 01 BL AJ7

Bairro

Res. Kennedy

Cidade

Porto Alegre

CEP

6033 6190

Email:

may.romera@hotmail.com

Estado

RS

DDD

(51) 97388819

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL

- REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 R\$10.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR LIGAÇÕES DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Nome do banco abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Nome do banco)

Bradesco (337) Itaú (341)

Nome do BANCO: Brasil

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

AGÊNCIA:

Informar o dígito de agência

CONTA: Informar a dígito de conta

AGÊNCIA: 3469

CONTA: 39580

3

Informar o dígito de agência

Informar o dígito de conta

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização ou reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e por ante a efusão da credencial, que é o total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impecável da alegada infiltração do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinar/ler uma das opções]:

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

Pelo motivo acima citado, solicito o prosseguimento da análise do(s)(s) prédio(s) de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custos da Seguradora Lider para aferir a existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 21, § 4º, a, art. 38, § 1º, inciso II, ambos da legislação. Esta assinatura não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da referida autoridade ou direito de concorrer-lhe, caso de falar de direito, esse direito não é meu.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: 03/10/2018

Grado de parentesco com a vítima:

Filha

Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

Nome da vítima: Líliane Oliveira Furtado

Vítima teve filhos?

Sim Não

Se sim, informar quantos:

Vítima: 03

Falecidos

Vítima deixou pais/avós:

Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

Assinatura

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso prever a indenização do Seguro DPVAT por morte ao(s) beneficiário(s) que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, da que qualquer omisão ou negligéncia verificada levará a garantir a integridade do ressarcimento ao beneficiário, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Farroupilha 01/10/19

Nome:

CPF:

Assinatura de quem inscreve o RGID

Assinatura da vítima/beneficiário

TESTEMUNHA: Lúmery de Oliveira Furtado

1º | Nome: Lúmery de Oliveira Furtado

CPF: 883.833.953-91

Assinatura

2º | Nome: Josuane Pronto Barros

CPF: 600.069.453-85

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher uma pessoa responsável, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGID, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a capacidade de entender, assinatura e preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA 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

NF do registro ou ASL:

CFP da vítima:

Nome completo da vítima

456.263.593-20 Marcos Antônio Souza da Silva

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

Nome completo:

Ana Jéssica Huarte da Silva

CPF: 026.674.413-38

Endereço:

Endereço:

Nome completo da vítima

Vendedora Rua 114, 220

Número: 623 Complemento: Casa

Bairro:

Cidade:

Estado:

2200 metropolitana

CEP: 61600-000

E-mail:

mat.romero@hotmail.com

DDD: 61 (500) 18397188819

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR: ATÉ R\$1.000,00 R\$2.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$4.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (091) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0926

CONTA: 31837

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que entro 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito e prorroguem-me a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, contornando, desse jeito, a necessidade da Seguradora Lider para verificação da existência e evolução das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou tomada em direito. Eu contesto-lhe, caso contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: 03/10/2018

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: *Bruno Oliveira Furtado*

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos vivos: 03 Façam

Vítima deixou netos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Assinatura

Local e Data: *Concânia - a 23/01/2019*

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assinou a RGCC

Ana Jéssica Huarte da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rosana

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | No nome: *Bruno Oliveira Furtado*
CPF: 835.833.953-91

Assinatura

2º | No nome: *gesilson Pinto Bona*
CPF: 600.067.453-85

Assinatura

24 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, menor e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELI RGCC, na presença de duas testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do inventário do documento, antes de preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

24 JAN. 2019



24 JAN. 2019





REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00439 029 0345608 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DIA	MÊS	ANO
CINCO (05) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)		05	05	2012
HORA	MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.			
09:05	FORTALEZA-CE			
MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.	LOCAL NASCIMENTO	SEXO		
ANTÔNIO BEZERRA, FORTALEZA / CEARÁ	FORTALEZA-CE	FEMININO		
FILIAÇÃO				
MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO				
AVÓS				
GERALDO RODRIGUES DA SILVA CASSIA SOUZA DA SILVA LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO				
GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)			
NAO	NÃO É GÊMEO			
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
ONZE (11) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)		30-57995076-1		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES				
Registro feito nesta data. Registro lavrado no Livro Nº A-00439, Flcha Nº 029, Termo Nº 345908				

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dado 16.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012

Carmem Lucia de Souza Gomes
Escrevente Autorizada



24 JAN. 2019

24 JAN. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2008916868 - 7	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/09/2014
NOME		PHALOMA BRANDÃO SOUZA	
FILIAÇÃO		MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA ANGELA MARIA BRANDÃO DE SOUZA	
NATURALIDADE	FORTALEZA - CE		
DOC. ORIGEM	CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO ANT. BEZERRA TERMO: 218678 FOLHA: 07 N. LIVRO: A-199 FORTALEZA - CE		
CPF	01.000.000.000-00		
VIA	P.: 1 Assinatura do Registrador LEI N° 7.116 DE 20/06/1980		

Submited by C. amaral - 07

Submited by C. amaral - 07



24 JAN. 2019

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 1872671419 LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO Situacao: Ativo
CPF: 086.659.343-83 NIT: 2.282.221.125-5 Ident.:

OL Mantenedor: 05.0.01.120 APS : APS FORTALEZA - CENTRO PRISMA
OL Mant. Ant.: Banco : 341 ITAU
OL Concessor : 05.0.01.120 Agencia: 645883 FORTALEZA RIO BRANCO, 904

Nasc.: 05/05/2012 Sexo: FEMININO Trat.: 01 Procur.: NAO RL: SIM
Esp.: 21 PENSAO POR MORTE PREVIDENCIARIA Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00
Ramo Atividade: COMERCIARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filiacao: CONTRIBUINTE INDIVID Qtd. Dep. Informada: 01
Meio Pagto: CMG - CARTAO MAGNETICO Dep. para Desdobr.: 01/01
Situacao: ATIVO Dep. valido Pensao: 01

APR. : 964,71 Compet : 10/2018 DAT : 00/00/0000 DIB: 03/10/2018
MR.BASE: 964,71 MR.PAG.: 964,71 DER : 31/10/2018 DDB: 31/10/2018
Acompanhante: NAO Tipo IR: PADRAO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 00/00/0000

Percentuais da pensao: MR Previd. c/ 100%: Nao

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 08/11/2018 17:35:32
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 187.267.141-9 LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO Esp: 021 Meio Pag: CMG
Compet 10/2018 Per: 03/10/2018 a 31/10/2018 Dt. Calc. Credito : 03/11/2018
OLM.....: 05.0.01.120 Dt. Inic. Validade: 20/11/2018
Conta Corrente: -- Dt. Final Validade: 31/01/2019
Origem.....: CONCESSAO Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 000781 Seq: 0005151
Banco: ITAU OP: 645883 - FORTALEZA RIO BRANCO

Rubrica	Descricao	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	900,39 +
137	ADIANTAMENTO P/ARREDONDAMENTO DO CREDITO	0,61 +
316	SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	0,61

Valor Bruto 901,00 Descontos 0,00 Valor Liquido 901,00
Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

PROTOCOLO DE BENEFICIOS

BENEFICIO: 187.267.141-9

F A I X A: 0158

DADOS DO BENEFICIO

OL. CONCESSOR....: 05.0.01.120

ESPECIE...: 21

DER.....: 31/10/2018

DPH.....: 31/10/2018

DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO.: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

NIT.....: 0026775406523

CTPS.....: 00000000

SERIE.....: 0000000

DATA EMISSAO....:

UF.....: CE

IDENTIDADE.....:

DATA EMISSAO..:

UF.....:

ORGAO EMISSOR..:

ENDERECO DO TITULAR

ENDERECO.....: R CONSULMEI 1130 AP 102

BAIRRO.....: PARQUE POTIRAZ

CEP.: 61650-370

MUNICIPIO.....: CAUCAIA

UF.: CE

DDD.....: 085

TELEFONE: 89618270 RAMAL.:

DATA 31/10/18

MATRICULA: 00000155818

ASS: 65

FCD. Sales de A. Pocaterra
Dir. de Seguro Social
Maturidade

O requerente deverá comparecer a Agência para complementar o requerimento do benefício?

[] Sim, em ____/____/_____

[] Não

1
M. 93/2018

egistro N. 765924 / 2018

Digitacao: 03/10/2018 (JOSEBSON.DIAS)
Livro: 1148 Página:66

viar para DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
EXAME CADAVÉRICO

4 de outubro de 2018, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO CRM N. 6934

proceder a exame de corpo de delito (CADAVÉRICO) em um corpo recebido no Necrotério às 21:00 de 10/2018 e identificado como sendo de

ARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

informe informações contidas na Guia Policial de nº 3808 / 2018, emitida pelo (a) 07º DISTRITO POLICIAL, escrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em ponder aos quesitos formulados:

consequência, às 07:30h de 04/10/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações e julgou necessárias, findo os quais declara:

21:00 horas do dia 03/10/2018 deu entrada no IML de Fortaleza um corpo do sexo masculino que teria sido ma de acidente de trânsito segundo a guia nº 107 - 3808/2018 que o acompanha e o identifica.

ENTIFICAÇÃO: trata-se de corpo do sexo masculino, cabelos castanhos, olhos castanhos, dentes regulares, barba e bigode cultivados.

NATOGNOSE: apresenta rigidez cadavérica, resfriamento corporal, opacificação de córneas e ausência de manifestações de sinais vitais.

AME EXTERNO: craniotomia parietal direita suturada recente. Fratura perna esquerda. Fratura fêmur direito. Coriações membros inferiores.

AME INTERNO:

anio; fratura parietal esquerda extensa. Presença de acesso cirúrgico parietal recente. Hemorragia encefálica lúmousa em reabsorção.

rax: à abertura da cavidade, não foram observadas alterações de interesse médico legal.

dome: à abertura da cavidade, não foram observadas alterações de interesse médico legal.

o foi feita coleta de sangue para alcoolemia em virtude do lapso temporal entre o ocorrido e o óbito.

face do exposto, conclui-se que infere-se tratar de morte real por traumatismo crânio-encefálico por instrumento contundente.

SPOSTA AOS QUESITOS

IMEIRO - Houve morte?

;

GUNDO - Qual a causa da morte?

umatismo crânio-encefálico por instrumento contundente;

RCEIRO - Qual o Instrumento ou meio que produziu a morte?

strumento contundente;

ARTO - Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou vel?

24 JAN. 2019



Continuação do laudo N. 765924 / 2018 Livro 1148 Página 66 Data/03/10/2018

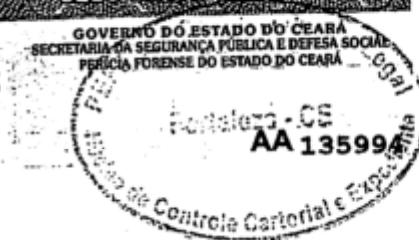
Não.

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

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO
CRM N. 6934

SELO DE AUTENTICIDADE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romulo Artur Alves Filho

RG nº 2002009026414 data de expedição 12/09/2002

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 053272693-61, com domicílio na cidade de Cravinhos, no Estado de Ceará, onde resido na Rua Avenida/Estrada nº 1130

complemento ap 102

declarei aos efeitos de Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Marcos Antônio Souza da Silva, cujo dia condutor era Marcos Antônio Souza da Silva.

Veículo metálico

Modelo Honda CG 125 PAN KS

Ano 2013

Placa DSL 6254

Chassi 9C2JCH110DR123043

Data do Acidente 29/09/2018

Local e Data Fortaleza - CE 24/01/2019

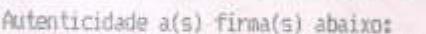
Romulo Artur Alves Filho

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Casimiro Monteiro, 70 - Monte Castelo - Fortaleza / CE - CEP 60.325-720
Fone: (85) 3223-8565 | Site: www.cartorioomoreiradeus.net.br
Tabeliã: Maria de Fátima Bittencourt Moreira de Deus

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:
ROMULO ARTUR ALVES FILHO 
Dou fé.
Fortaleza, 24/01/2019
Valido somente com o selo de autenticidade.

Em testemunho da verdade,
Andreza Cavalcante de Faria - Esc. Autorizada

Confira no site da Fazenda Pública do Estado do Ceará: www.fazenda.ce.gov.br



CE Nº 012674978564 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradetransito.com.br
SAC DPVAT 1800 022 1204

VIA 01	CPF / CNPJ 05327269361	PLACA DSL 6254
REHABAM 00.337-1702	MAPC / MODELO Y1000	
ANO FAB. 2013	CAT. BIRE 09	Nº CHASSI 9C2JC4110DR123043
PRÉMIO TARIFÁRIO		
R\$ (R\$) 129,04	DENTRAN (R\$) 14,34	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 1,11	VALOR PAGO PELO PRÉMIO (R\$) 292,01
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 10/06/2016
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 03.948.608/0001-04		

REPÚBLICA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

PPT	VIA 01	CÓD. REHABAM 00559848951	R.M.T.R.C. 0000000000	EXERCÍCIO 2016
NOME ROMULO ARTUR ALVES FILHO				
FORTALEZA / CE				
CPF / CNPJ 05327269361				
PLACA DSL 6254 / CE				
PLACA ANT. / UF / CE				
CHASSI 9C2JC4110DR123043				
ESPECIE TIPO PÁS / MOTOCICLO / NÃO APLIC.				
COMBUSTÍVEL GASOLINA				
MARA / MODELO HONDA / GS 125 FAN KS				
ANO FAB. 2013				
ANO MOD. 2013				
CAP / POT / CIL 22 / 0CV / 124CC				
CATEGORIA PARTIC				
COR PREDOMINANTE PRETA				
COTA ÚNICA				
VENC. COTA ÚNICA				
VENC / COTAS				
IPVA				
FADA IPVA				
PARCELAMENTO / COTAS				
3º				
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)				
IOF (R\$)				
PRÉMIO TOTAL (R\$)				
DATA DE PAGAMENTO 13/06/2016				
OBSERVAÇÕES				
FORTALEZA				
Igor Pontes Detran-CE				
DATA 13/06/2016				

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Ana Jéssica Durante da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Assistente Comercial
Identidade: 066.154.016-22 CPF: 026.674.413-38
Endereço: Rua J14 casa 623 Sum Bairro Caucana

OUTORGADO:

Nome: Romaria do Nascimento Guana
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Monome
Identidade: 06937373362 CPF: 011.747.743-55
Endereço: Rua Poliguana, J203 Petrópolis Caucana

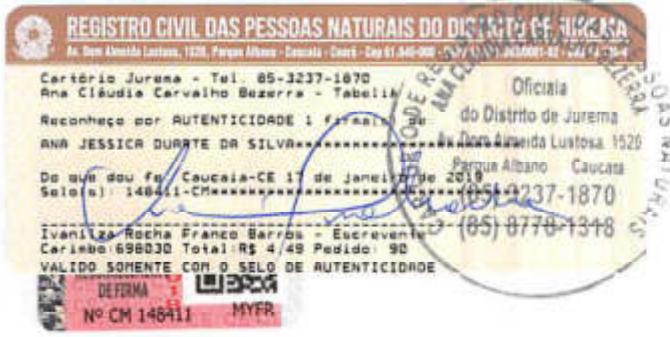
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURODORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de Indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar documentos administrativos e judiciais, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado, afim de requerer a Indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Flávia Antônio Souza da Silva.

Caucaia - CE 17/10/1/2019

Local e data

Ana Jéssica Durante da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



24 JAN. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Número do Sinistro: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

Prova de companheirismo

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: 04/02/2019
Nome: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA
CPF: 011.747.743-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 1872671419 LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO Situacao: Ativo
CPF: 086.659.343-83 NIT: 2.282.221.125-5 Ident.:

OL Mantenedor: 05.0.01.120 APS : APS FORTALEZA - CENTRO PRISMA
OL Mant. Ant.: Banco : 341 ITAU
OL Concessor : 05.0.01.120 Agencia: 645883 FORTALEZA RIO BRANCO, 904

Nasc.: 05/05/2012 Sexo: FEMININO Trat.: 01 Procur.: NAO RL: SIM
Esp.: 21 PENSAO POR MORTE PREVIDENCIARIA Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00
Ramo Atividade: COMERCIARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filiacao: CONTRIBUINTE INDIVID Qtd. Dep. Informada: 01
Meio Pagto: CMG - CARTAO MAGNETICO Dep. para Desdobr.: 01/01
Situacao: ATIVO Dep. valido Pensao: 01

APR. : 964,71 Compet : 10/2018 DAT : 00/00/0000 DIB: 03/10/2018
MR.BASE: 964,71 MR.PAG.: 964,71 DER : 31/10/2018 DDB: 31/10/2018
Acompanhante: NAO Tipo IR: PADRAO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 00/00/0000

Percentuais da pensao: MR Previd. c/ 100%: Nao

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 08/11/2018 17:35:32
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 187.267.141-9 LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO Esp: 021 Meio Pag: CMG
Compet 10/2018 Per: 03/10/2018 a 31/10/2018 Dt. Calc. Credito : 03/11/2018
OLM.....: 05.0.01.120 Dt. Inic. Validade: 20/11/2018
Conta Corrente: -- Dt. Final Validade: 31/01/2019
Origem.....: CONCESSAO Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 000781 Seq: 0005151
Banco: ITAU OP: 645883 - FORTALEZA RIO BRANCO

Rubrica	Descricao	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	900,39 +
137	ADIANTAMENTO P/ARREDONDAMENTO DO CREDITO	0,61 +
316	SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	0,61

Valor Bruto 901,00 Descontos 0,00 Valor Liquido 901,00
Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

PROTOCOLO DE BENEFICIOS

BENEFICIO: 187.267.141-9

F A I X A: 0158

DADOS DO BENEFICIO

OL. CONCESSOR....: 05.0.01.120

ESPECIE...: 21

DER.....: 31/10/2018

DPH.....: 31/10/2018

DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO.: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

NIT.....: 0026775406523

CTPS.....: 00000000

SERIE.....: 0000000

DATA EMISSAO....:

UF.....: CE

IDENTIDADE.....:

DATA EMISSAO..:

UF.....:

ORGAO EMISSOR..:

ENDERECO DO TITULAR

ENDERECO.....: R CONSULMEI 1130 AP 102

BAIRRO.....: PARQUE POTIRAZ

CEP.: 61650-370

MUNICIPIO.....: CAUCAIA

UF.: CE

DDD.....: 085

TELEFONE: 89618270 RAMAL.:

DATA 31/10/18

MATRICULA: 00000155818

ASS: 65

FCD. Sales de A. Pocaterra
Dir. de Seguro Social
Maturidade

O requerente devera comparecer a Agencia para complementar o requerimento do beneficio?

[] Sim, em ____/____/_____

[] Nao



CARTÓRIO MELO JUNIOR
CARTÓRIO DE NOTAS PÚBLICAS
Av. Ofício de Notas, 660
Bairro: Farolzinho
Fone: 3222-2112

A presente cópia fotostática confere com o original exhibido nestas, Notas Públicas. O referido é verdade. Dou fé.
Fortaleza,

15 OUT 2018

Em test.

RAFA

Assinatura

Assinatura



Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Titular: Dra. Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

24 JAN. 2019

Escritura declaratória que fazem MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA e, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, na forma abaixo:

Saibam quantos este público instrumento virem que, aos 27 (vinte e sete) dias do mês de agosto do ano de 2014 (dois mil e quatorze) nesta Cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, neste Tabelionato, sito na Rua Cassimiro Montenegro, nº 50, Monte Castelo, compareceram, MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA, brasileiro, divorciado, comerciante, identidade nº 90001017735-SSP-CE, CPF nº 456.263.593-20, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, brasileira, solteira, do lar, identidade nº 98010078623-SSPDS-CE, CPF nº 630.383.663-15, ambos residentes e domiciliados na Rua Padre Alzir Sampaio, nº 204, Presidente Kennedy, Fortaleza, Ceará; E pelos Outorgantes declarantes e reciprocamente outorgados, me foi dito, falando cada um por sua vez, nos termos do Título III, do livro IV do Código Civil de 2002 e do Art. 226, parágrafo 3º da Constituição Federal de 1988, sem prejuízo de possível aplicação subsidiária da Lei 9.278/96, que convivem sob o mesmo teto desde 05/05/2000, que dessa união tiveram 01 filha: *Marliane Furtado da Silva, nascida em 05/05/2012*, e resolveram manter união estável *more uxório*, mediante as seguintes cláusulas: I - declararam os outorgantes sua convivência duradoura, pública e contínua, com o objetivo de constituírem família, por este motivo enquadram-se plenamente na definição dada pelo art. 1.723 do CCB/02, reconhecendo-se esta união como entidade familiar e a condição de companheiros aos declarantes; II - Outrossim, asseveram não estarem incursos nos impedimentos do Art. 1.521 do CCB/02, pelo que a presente união se faz livre de quaisquer vícios que porventura a maculariam; III - Por conseguinte, devem reciprocamente, lealdade, respeito e assistência, moral e material, bem como guarda, sustento e educação dos filhos que possam nascer da presente união; IV - A colaboração nos encargos familiares, exercido em cumprimento ao dever de assistência retro de mencionado, gera a dependência econômica do companheiro que porventura não puder contribuir; não restando dúvidas em qualquer caso quanto a sua inclusão em planos de saúde, previdência social, ou quaisquer outros em que possa ser incluído na qualidade de companheiro; V - Quanto às relações patrimoniais, nada de especial dispõem os companheiros, razão pela qual prevalecerá, no que couber, **comunhão parcial de bens**. Em suma, os bens, adquiridos a título oneroso, na constância da união estável pertencem a ambos; VI - Destarte, não somente os bens possuídos por cada companheiro antes da união, mas também os havidos posteriormente a sua instituição a título gratuito (doação),

herança), bem como os sub-rogados em seu lugar restarão incomunicáveis (CC. Art. 1.659, I e II);

VII - Já no tocante às obrigações, haverá incomunicabilidade apenas quanto as anteriores a união, as provenientes de atos ilícitos e instrumentos da profissão, os proventos do trabalho pessoal de cada companheiro, assim como as pensões, montepios, meios-saldos e rendas semelhantes, também seguirão a incomunicabilidade (CC. Art.1.659; V, VI e VII) - Por fim, a administração do patrimônio comum compete a ambos os companheiros (Art. 1663); - As testemunhas instrumentárias foram dispensadas de conformidade com o Art. 215, Parágrafo 5º do código Civil Brasileiro (Lei 10.406/2002). Para a lavratura desta escritura foram cumpridas as exigências legais e fiscais inerentes à legitimidade do ato, conforme art. 215, § 1º, inciso V, do Código Civil Brasileiro e artigo 1º da Lei 11.441/07. E como assim disseram e outorgaram, me pediram e eu lhes lavrei esta escritura, que lida às partes e por acharem-na em tudo conforme, a aceitaram e assinam.

(ass) Fernanda Almeida de Moura, Fernanda Almeida de Moura, Escrevente Autorizada. Assinaturas **MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO; Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus**. Fortaleza 27 de agosto de 2014. Trasladada hoje. Eu, Fernanda Almeida de Moura Escrevente Autorizada, subscrovo e assino em público e raso de que uso. Válido Somente Com Selo de Autenticidade.

Em testemunho

Fernanda Almeida de Moura

Escrevente Autorizada



24 JAN, 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Número do Sinistro: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

Declaração de únicos herdeiros

MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Declaração de únicos herdeiros

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Prova de companheirismo

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: 08/03/2019
Nome: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA
CPF: 011.747.743-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia
Outros

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA : 011.747.743-55

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Certidão de nascimento
Documentos de identificação

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
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 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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/01/2019
Nome: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA
CPF: 011.747.743-55

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

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

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de únicos herdeiros

Prova de companheirismo

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA

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

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de únicos herdeiros

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

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

Prova de companheirismo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

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

Declaração de únicos herdeiros

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

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

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

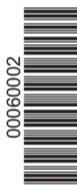
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



24 JAN. 2019

Swallowed by CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NF do sinistro ou ASL:

2º da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 / **Barros Antônio Souza da Silva**

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

Nome completo:

Ana Jéssica Huarte da Silva

CPF:

026.674.413-38

Endereço:

Vendedora Rua 114, 220

Endereço:

Rua 114, 220

Bairro:

2200 metropolitana

Cidade:

Caucia

Estado:

CE

Número:

623

Complemento:

Casa

CEP:

61600-000

TAU (RDO):

183) 97188819

E-mail:

mat.romero@hotmail.com

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (informe para os detalhes abaixo. Assinale uma opção):

<input type="checkbox"/> Bradesco (231)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (façao de banco):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0926**

CONTA: **31837**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

Pelo motivo acima citado, solicito o preenchimento da declaração de não-pedágio do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, declarando, de forma, que me submetter a avaliação médica da justiça da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 9.514/97, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da comissão de direito de contencioso, caso contrário do meu conhecimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: **03/10/2018**

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s) Sim Não. Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: **Ediane Oliveira Furtado**

Vítima teve filhos? Sim Não. Se tinha filhos, informar quantos: **03** Façam: **filhos**

Vítima deixou herdeiros (mãe, pai, etc.)? Sim Não. Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte (até 2º beneficiário) que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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.



Local e Data: **Concânia - 23/01/2019**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A. RG/CC

Ana Jéssica Huarte da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Roseli

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA

1º) Nome:

Ediane Oliveira Furtado

CPF: **835.833.953-91**

2º) Nome:

Leônidas de Oliveira Furtado

CPF: **600.067.453-85**

Assinatura

Leônidas de Oliveira Furtado

Assinatura

24 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, em horário capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELI RG/CC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, concomitante à assinatura do formulário, A SELI RG/CC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, concomitante à assinatura do formulário, antes de preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

24 JAN. 2019

Scanned by CamScanner



Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NF do sinistro ou A.S.

CPF da vítima

Nome completo da vítima

456.263.593-20 *Flávia Antunes Souza Silva*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/SENFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:
Phaloma Brandaõ Souza
Profissão:
Autônoma
Salário:
Pies. Kennedy
E-mail:

Endereço:
Tr. São Sebastião
Cidade:
Fortaleza

CEP:
626.904.813-32
Número:
153
Complemento:
Estado:
CE
60.355.520
CEP/DDD:
(85) 3046-1120

Declaro, para efeitos da Fim de dinheiro, residir no endereço acima informado, com a competência e título (ANEXAR COPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECLAS INFORMADAS: ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 SEM REVENHO R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (informar banco abaixo. Anexar uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (banka de banco)

Nome do BANCO: *Brasil*

AGÊNCIA: CONTA:
(Inserir o número de agência) Informar o número de agência

AGÊNCIA: **3469** CONTA: **39580** **3**
(Inserir o número de conta) Informar o número de conta

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/retorninho do Seguro DPVAT a que sou titular, referente ao valor de R\$ 100,00, desde que o beneficiário informado na presente, exija o total do valor recebido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não apresento laudo de autenticidade da minha habilitação 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 atende a regras do acidente ou da minha residência;
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícia sobre fins do Seguro DPVAT;
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito a prorrogação da prazo de cumprimento da perícia no IML, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, conforme artigo 14, § 1º, inciso II, da Lei 10.572/2002, que estabelece que esta autorização não significa previsão concordante com a futura autorização de habilitação ou reinício da mesma, conforme artigo 14, § 2º, da mesma lei.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) De fato Separado (ou divorciado) Viúvo Data da óbito da vítima: **03/10/2018**

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixoucompanheir(a): Sim Não (informar nome completo, informar o nome completo)
Filha *Flávia Oliveira Furtado*

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima: **03** Falecidos Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do seguro DPVAT ao morce que souber beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando deante, aí, no que qualquer omisão ou desacordo não impeditam que esta garar a integridade de restarem o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Local e Data: *Flávia - 23/01/2019*
 Nome: _____
 CPF: _____

Flávia Antunes Souza Silva
 Assinatura do beneficiário (se aplicável)

Assinatura do representante legal (se aplicável)

Assinatura na Procuração (se aplicável)

(*) A vítima/beneficiário não poderá receber mais de uma indenização, seja devida a um ou mais acidentes, e não poderá receber mais de 2 (duas) indenizações, uma vez que, cumulando-se as indenizações de ambos os acidentes, haja o excedimento e aí não é mais necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência do beneficiário.

TESTIMUNHAGEM
 1º: Nônia Barros
 CPF: 600.061.453-85
Nônia Barros

Assinatura
 2º: *Flávia Oliveira Furtado*
 CPF: 833.833.953-98
Flávia Oliveira Furtado
 Assinatura

24 JAN. 2019



Impresso nº 2018128218

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 107 - 6610 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: 03/10/2018 17:49:48
Data / Hora da Ocorrência: 29/09/2018 17:40:00
Endereço da Ocorrência: **RUA ACAPULCO**
Complemento:
Bairro: **PARQUE POTIRAZU** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCOS ANTÔNIO SOUZA DA SILVA**
Nascimento: **04/04/1972** CPF: **456.263.593-20**
RG: **90001017735** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **CÁSSIA SOUZA DA SILVA**
GERALDO RODRIGUES DA SILVA
Endereço: **RUA CONSUNEL 1130 AP 102**
Bairro: **PARQUE POTIRAZU 2**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

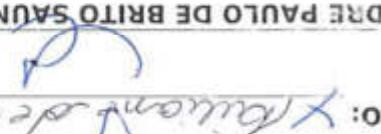
Nome: **LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**
Nascimento: **13/11/1981** CPF: **630.383.663-15**
RG: **98010078623** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO**
LUIZ AUGUSTO SILVA
Endereço: **RUA CNS MELO, 1130 AP 102**
Bairro: **POTIRAZU** CEP: **61.600-000**
Município: **CAUCAIA/CE** Telefone: **(85) 8584-8744**
País: **BRASIL**

Materiais / Documentos Envolvidos

- 1) RG Órgão Emissor: SSP-CE - ROUBADO
- 2) CNH EMISSOR: DETRAN-CE CAT. HAB: AD - FURTADO
- 3) CPF Órgão Emissor: RECEITA FEDERAL - FURTADO
- 4) CHEQUE - FURTADO
- 5) MOEDA NACIONAL Qtde: 000 Reais - FURTADO

Histórico

Que é esposa da vítima falecida no acidente de trânsito que ocorreu no local acima indicado; Que está requerido esse BO para retirar o corpo o IJF-CENTRO; Que só ficou sabendo que alguém avançou a preferencial e bateu na moto do seu esposo e o mesmo veio a óbito na data de hoje 03/10/2018 por volta das 13h:20; Que está ciente que para requerer o seguro DPVAT deve procurar a delegacia responsável; Que nesse acidente furtaram os documentos acima indicados. E NADA MAIS DISSE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL POLÍCIA CIVIL DELEGACIA DO 7.º DISTRITO POLICIAL BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 6610 / 2018 Impresso nº 2018128218	
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7.º DISTRITO POLICIAL RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:  FRANCISCO NAITON ARRUDA GONCALVES - MAT.: 30114612 RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:  ALEXANDRE PAULO DE BRITO SAUNDERS - MAT.: 404547-1-3 VISTO DO DELEGADO(A): 	
DELEGACIA DO 7.º DISTRITO POLICIAL Impresso em: 03/10/2018 18:09:05 Consolidado em: 03/10/2018 18:09:05 Pág. 2 de 2	



Impresso nº 201977207

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 107 - 689 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **01/02/2019 10:43:47**
Data / Hora da Ocorrência: **01/02/2019 10:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA MARCILIO DIAS, 436**
Complemento:
Bairro: **PIRAMBU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**
Nascimento: **13/11/1981** CPF: **630.383.663-15**
RG: **98010078623** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO**
LUIZ AUGUSTO SILVA
Endereço: **RUA CNS MELO, 1130 AP 102**
Bairro: **POTIRAS** CEP: **61.600-000**
Município: **CAUCAIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8584-8744**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSL6254** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110DR123043** Renavam: **559848951** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ROMULO ARTUR ALVES FILHO** Situação: **NAO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a noticiante que seu esposo, Marcos Antônio Souza da Silva, foi vítima de acidente de trânsito, no dia 29/09/2018, e por conta da gravidade do acidente, ele faleceu; Que, registrou o Boletim de Ocorrência 107-6610/2018, relatando o ocorrido; Que, na ocasião do registro do Boletim de Ocorrência não mencionou os dados da motocicleta, pois não sabia os dados do veículo; Que, hoje, compareceu a esta delegacia para informar os dados da motocicleta descrita acima, veículo conduzido pelo seu esposo no momento do acidente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

 JOÃO PAULO BARBOSA DOS SANTOS

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

JOÃO PAULO BARBOSA DOS SANTOS - MAT.: 300049-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

 Liliane de Oliveira Furtado

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALEXANDRE PAULO DE BRITO SAUNDERS - MAT.: 404547-1-3



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00439 029 0345608 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DIA	MÊS	ANO
CINCO (05) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)		05	05	2012
HORA	MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.			
09:05	FORTALEZA-CE			
MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.	LOCAL NASCIMENTO	SEXO		
ANTÔNIO BEZERRA, FORTALEZA / CEARÁ	FORTALEZA-CE	FEMININO		
FILIAÇÃO				
MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO				
AVÓS				
GERALDO RODRIGUES DA SILVA CASSIA SOUZA DA SILVA LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO				
GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)			
NAO	NÃO É GÊMEO			
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
ONZE (11) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)		30-57995076-1		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES				
Registro feito nesta data. Registro lavrado no Livro Nº A-00439, Flcha Nº 029, Termo Nº 345908				

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dado 16.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012

Carmem Lucia de Souza Gomes
Escrevente Autorizada



24 JAN. 2019

Cartório da Registro
Civil de Maceió
Rua Clemente Silveira 251
Mampam - CEP 57011-005



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

NOME:

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF:
456.263.593-20

MATRÍCULA:

018515 01 55 2018 4 00012 110 0005155 78

SEXO	RACIA	ESTADO CIVIL
Masculino	Parda	Separado judicialmente
NATURALIDADE		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Fortaleza-CE RG Nº 90001017735 SSP/CE, CPF Nº
456.263.593-20

ELATOR
Ign

RELACIONAMENTO
Filho de GERALDO RODRIGUES DA SILVA e de MARIA RITA DE CASSIA SOUZA DA SILVA. Residência do
falecido, Rua Consuelo, nº 1130, Aptº102, Parque Polira 2, Caucia-CE

DATA E HORA DE FALECIMENTO
Três de outubro de dois mil e dezoito, às 13h20min.

DIA
03

MÊS
10

ANO
2018

LUGAL DE FALECIMENTO
Hospital UF Centro, Fortaleza-CE

CASO DA Morte
Traumatismo crânio encefálico por instrumento contundente

SEU TANTO / CREMAÇÃO
CEMITERIO PARQUE DA SAUDADE
CAUCIA-CE

DECLARANTE
LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, RG Nº 98010078823,
CPF/MF Nº 630.363.663-15, profissão Promotora de Vendas,
estado civil solteira, residente Rua Consuelo nº 1130 Aptº102
Parque Polira II

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATTESTARAM O ÓBITO
Osmar Leite de Figueiredo Filho, CRM 3934/CE

AVERTIMENTOS / AFRONTAÇÕES A ACEITAR
Ato registrado no livro C-12, às folhas 112, sub o nº 5155. Data do registro: 16 de outubro de 2018. Data do óbito:
3 de outubro de 2018. Profissão do falecido: Marchante. Data de nascimento do falecido: 4 de abril de 1972.
Separado judicialmente. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO
TIPO DOCUMENTO NÚMERO DATA EXPEDIÇÃO ÓRGÃO EXPEDIDOR DATA DE VALIDADE

RG 90001017735 SSP/CE

* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo
órgão solicitante.

Nome do Ofício
Serviço de Registro Civil de Maceió

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Fortaleza, 16 de outubro de 2018.

Oficial Registrador
Alessandra Jeckeline Moura Rollin Góis

Município/UF
Fortaleza/CE

Endereço
Rue Chaves da Silva, 251A - Maceió



Alessandra Jeckeline Moura Rollin Góis
Escrivão de Autorizada

25 JAN. 2019

Scanned by CamScanner