

24 JAN. 2019

CE Nº 012674978564 BILHETE DE SEGURO DPVAT

TRANSPORTE DE PASSAGEIROS POR VIA TERRESTRE

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01	03327269361	CPF / CNPJ
00007890701	RENAVAM	PLACA
09	09	0515264
2013	ANO FAB	DATA EMISSÃO
2016	EXERCÍCIO	3/06/2012
9023C4110DRI23043		
PRÊMIO TARIFÁRIO		
129,04	FMS (R\$)	
14,34	DECATMAN (R\$)	
1,11	IOF (R\$)	
143,38	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
292,01	COTA POR VEÍCULO SEGURO (R\$)	
10/06/2012	DATA DE COTAÇÃO	
SEGUROADORA LIDER - DPVAT		
CNPJ 08.953.600/0001-04		

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

PAGAMENTO

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT VIA 01 00559848951
CÓD. RENAVAM
RNTIC 00000000000
EXERCÍCIO 2016

ROMULO ARTUR ALVES FILHO

NOME

FORTALEZA
/CE

CNPJ / CPF

05327269361

PLACA ANT / UF

/CE

9C3JC4110DR123043

CHASSI

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB

2013

ANO MOD

2013

CAP / POT / CIL

2P/OCV/124CC

CATEGORIA

PARTIC

PRETA

COR PREDOMINANTE

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ / COTAS

1ª *****

2ª *****

3ª *****

FAIXA I PVA

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL

FORTALEZA

Igor Ponte



DATA

13/06/2016

Dr. Fco. J. S. de Vasconcelos

ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

João Albert Schumann Jcs

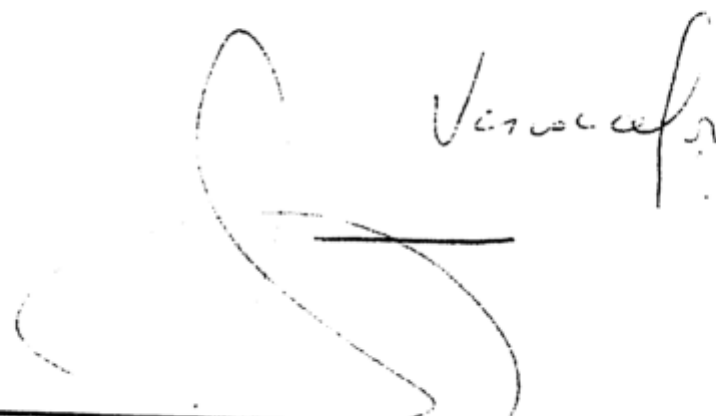
3^a feira -

8:00

II F - Centro

Tranmetologia

Fazer Bt

 Vasconcelos



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 Francisco Antonio Souza da Silva
Gua cadavérica de Nº 107-3808/18 no dia 04/10/2018
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) Liliane de Oliveira Furtado
sendo o corpo transportado para CLÍNICA DE TANATOLOGIA por transportador _____ e em seguida para inumação e velório pela funerária SBQ.



Fortaleza, 04 de Outubro de 2018.

24 JAN. 2019

Luciliana

SETOR DE ACOlhIMENTO FAMILIAR
NUTAF/COMEL/PEFOCE

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



INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA
"24 horas de proteção à vida"



NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO / MORTE ENCEFÁLICA

Solicito à 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: <u>Marcos Antônio Souza da Silva</u>		Data Nascimento: <u>04/24/1972</u>	Nº Prontuário: <u>5582796</u>
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: <u>Gerardo Rodrigues Sousa</u>		Nome da Mãe: <u>Marcia Rita de Cássia S. da Silva</u>	
Endereço: <u>R. Alzir Sampaio, 266</u>		Bairro: <u>Presidente Kennedy</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u> U.F. <u>CE</u>
Profissão:	Local e Hora da ocorrência que determinou o Internamento h min		
Local da Morte: <u>IJF - Centro</u>	Data da Morte: <u>02/10/2018</u>	Hora da Morte: <u>22: h 56 min</u>	
Informações Sobre o Óbito ou Motivo do Internamento: <u>TCE grave, vítima de acidente de moto. Fx. exposta de fêmur.</u>			
Ass. / Carimbo Enf. Plantão <u>Blonys</u>		Data: <u>03/10/2018</u>	Hora: <u>13:20h</u>
Ass. / Carimbo Encarregado IJF			

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

Scanned by CamScanner

24 JAN. 2019

REPÚBLICA DE GUATEMALA
 MINISTERIO DE INTERIORES
 DIRECCIÓN GENERAL DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: **JOSE GILBERTO BARRIOS**
 NOMBRE DE LA MADRE: **ELTA PERLO BARRIOS**
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **520350903**
 FECHA DE EMISIÓN: **16/05/1988**
 LUGAR DE EMISIÓN: **GUATEMALA**
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **IDENTIFICACIÓN NACIONAL**
 ESTADO: **GUATEMALA**
 MUNICIPIO: **GUATEMALA**
 CATEGORÍA: **IDENTIFICACIÓN NACIONAL**
 OBSERVACIONES:

VALIDA EN TODO
 EL TERRITORIO NACIONAL
520350903

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito

Lucimeiry de Oliveira Furtado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner

24 JAN. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 97002318981

DATA DE EMISSÃO 05/08/2015

NOME LUCIMEIRY DE OLIVEIRA FURTADO

RELACÃO LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO

HEIRIANY DE OLIVEIRA FURTADO

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 21/08/1978

DOC. ORIGEM CERT. CASAM... C/ AVERB. DIV - CARTÓRIO:4 ZONA TERMO:24110

FOLHA:230 LIVRO:B 41 FORTALEZA - CE

CPF 833.833.953-91

2 VIA

Ass. Secretário de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P.: 1

Scanned by CamScanner



CARTÓRIO MELO JUNIOR
1º OFÍCIO DE NOTAS PÚBLICAS
Rua Major Fausto, 660 Fortaleza
Fone: 3252-2112

A presente cópia fotostática confira com o original exibido nestas Notas Públicas. O referido é verdade. Dou fé.
Fortaleza.

15 OUT 2018

Em test.
RAFA
Escritor
VALIDO



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** - declaram 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, 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, subscrevo e assino em público e raso de que uso. **Válido Somente Com Selo de Autenticidade.**

Em testemunho _____ da verdade

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		Nº: 266	BAIRRO: PRESIDENTE KENNEDY			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 934781248	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 80355260			
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:	COSIDO DO CNAER:				
AÇOLHIMENTO 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 Publica	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:					

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 131
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA: 17/01/2019
MATERIAL: 13826
Assinatura: 

24 JAN. 2019



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que enviar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
4300794

VENCIMENTO
20/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
93,47

OUTROS PAGAMENTOS
Juros do mês
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
Consumo suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissões kg CO₂ Compensadas kg CO₂ Compensação Ecológica(%)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Nota a legenda no verso desta conta. CM: 18,19

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO

DATA DE EMISSÃO
23/01/2019

Nº da Nota Fiscal
557161696

Total a Pagar (R\$)
93,47

Nº de Controle
0004300794 00093 4304 2 05

83830000000-4 93470031000-4 00043007940-0 00934304259-6

24 JAN. 2019

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 557161696

CompANHIA Energética do Ceará
Rua Padre Vitorino, 150 | CEP 60135-000 | Fortaleza, CE
CNPJ 07.012.314/0001-10 | CCE nº 05.818.4

DADOS DO CLIENTE
End. da Unidade: SETOR RUA 114 CASA 00623 SEM BAIRRO CAUCAIA 61600000
Consumidora: 712.401.443-34
RG / CPF / CNPJ: 8114
Classe: B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFÁSICA
Fator de Potência: 0

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
7E7C4FCA.D1F3.60FA.5DF6.588A.F926.318D

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO
Data de Cálculo (R\$): 61,62
Alíquota: 27%
Valor do Imposto: 16,63

OUTROS PAGAMENTOS
Juros do mês
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916

Nº DO CLIENTE**403122-9**

Plano de faturamento mensal, válido a partir de 01/01/2017
 Valores em reais, com duas casas decimais.

Atividade Social de Energia Elétrica
 Habilitado pelo LEP nº 10.480
 de 26 de abril de 2007

Comissão Energética de Cessão
 Rua Pedro Vitorino, 110
 CEP-20125-000 | Fortaleza-CE
 CNPJ 07.001.101-70 | CEP 08.105.840-3

enei**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº****4859.00092**

Data 13/01/2017 18:15:00 - 2

Data de Emissão 20/01/2017

Nome VIRGÍNIA DA SILVA BRUNDA

End. Postal BR SAO SEBASTIAO 02153
PRESIDENTE TANCREDO - 10

EZA - 60355520

Medidor 3x 96A1

Potência 1138 L44W

Classe BI-RESIDENTE 14 BIPOLAR 5300

Fator de Potência 0,88

RG / CPF / CNPJ 24-19-11-87

CGF

Nome do Responsável

DADOS

Atividade	Data de Início	Período
Residência	01/01/2017	12/01/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja o Regimento Interno da ENEI
 Condição de Serviço 5,00
 Índice de Qualidade do Fornecedor 51,97
 Índice de Qualidade do Serviço 0,00

ÍNDICE

Índice	Valor	Valor
Índice de Qualidade do Fornecedor	51,97	51,97

Potência Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
4,5	13,5	13,5	0,00	0,00	0,00

24 JAN. 2019

9950913

A Tarifa Social de Energia Elétrica
estabelecida pela Lei nº 10.428
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que entrar em contato conosco.

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

556488738

Rota 03 22005 15 034600 - 7

Data de Emissão 04/01/2019

Nome ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

End. Postal RU POTIGUARA 01208

POTIRA - CAUCAIA - 61600000

Medidor 11953248

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 011747743-55

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jan/2019

Data da Apresentação 04/01/2019

Previsão Próxima Leitura 06/02/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Nov-2018

Mês DIC18 = 0,00 F

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 42,05

Alíquota 27,00%

Valor do Imposto 11,35

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

439A.4CEB.E167.082F.E175.4894.96EA.6B1E

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const. F	Consumo (kWh)	Cons. Incl. C	Cons. Fat. C	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 17879	17812	1,00	59	2,00	59	3,72584	42,05
04/01/19	10/12/18		25 DIAS		56		42,05

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	42,05
	9,35

VENCIMENTO

10/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

51,40

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	15,64
Transmissão	1,67
Distribuição	6,98
Encargos Setoriais	2,39
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ...	13,46
TOTAL	42,05

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (R\$CO ₂)
22,64	0,00	

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

A ENEC AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,10 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,514 e COFINS=4,17%
(Art. 7, Lei. 104-2005 - Modific. a Lei. 10.137/02 - 27.01.2005)Parcelado em 12 meses, com acréscimo no valor de energia a ser repassado para o
consumidor. Informações: www.aneel.gov.brNº do Cliente:
Data de Emissão: 9950913Referência:
Total a Pagar (R\$): Jan/2019

24 JAN, 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B, Série B 4, N° 556958347

Companhia Energética da Ceará

Rua Padre Valdepinh, 140 | 11.º | 21.250-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEP 60.005-880

A Nota Fiscal de Energia Elétrica

obedece à Lei nº 7.436 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 05 022005 12 093800

Medidor

Posto

Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

5018880

0000 0

Endereço Postal

Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

7420588

9

VENCIMENTO

15/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

106,73

End. da Unidade Consumidora RU CNS MELO 01130 AP 101 POTIRA II CAL/CIA 60000000

RG / CPF / CNPJ 630.383.663-15 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

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 Última
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

08/01/2019

07/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6E8C.76A4.89F8.7692.E5A2.A143.FB0B.A329

ICMS

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

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

9,35

QUOTA PROPORCIONAL PARCELAMENTO IMPORTE TO

42,28

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

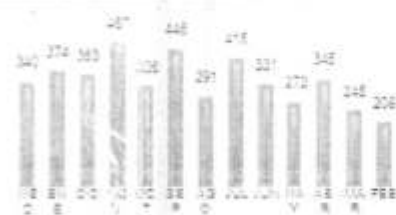
Veja a segunda no verso desta conta. CM: 22,02

Conjunto

Mes: NOV/ 2018

	Poder. Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ODI (h)	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00
FIC (h)	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
DATC (h)	0,00			0,07		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Mês Consumo

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Componente kg (CO₂) Consciência Ecológica (% CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica eficiente

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 de Controle:	

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B (Série B.4) N° 559596359

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdeirino, 182 | CEP: 60025-040 | Fortaleza (CE)

CNPJ: 07.043.251/0001-70 | CG: 06.105.810-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.438 de

28 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de
JAN/2019

Rota: 18 01150 23 033800

Medidor

Posto

Nome: ANGELA MARIA DA SILVA BRANDAO

8949504

1000 Y31P

Endereço Postal

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2011951

8

End. da Unidade

Consumidora

RU 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

VENCIMENTO

01/02/2019

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP

31117

30938

1

179

0

179

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Faturação
ApresentaçãoPrev. Próxima
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\$)

129,78

Alíquota

27%

Valor do Imposto

35,04

OUTROS PAGAMENTOS

TÍTULO DE CAPITALIZAÇÃO BOA AÇÃO BOA SORTE

2,99

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-CAP

10,10

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica CO₂

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

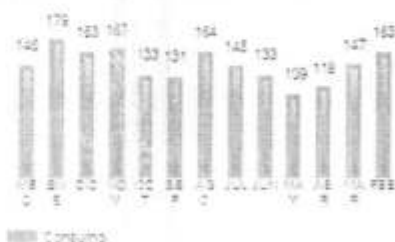
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 39,97

Conjunto

Mês: NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo

Autenticação eletrônica cliente

N° 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 02324379250-5



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/BIBLIOTECASWEB/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 Nazimento Viana inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.747.743 / 55 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Uma pessoa Duarte da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.674.413 / 38 do sinistro de DPVAT cobertura Morte da Vítima Marcos Antonio Souza da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 456.263.593 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Potiguara</u>		Número <u>1208</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Polina</u>	Cidade <u>Caruaru</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>61600-000</u>
Email <u>may.viana@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(85) 30461120</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 9718 8819</u>

Caruaru a 23 de 05 de 2019
Local e Data

Romero

Assinatura do Declarante

24 JAN. 2019

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

IP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 456.263.593-20 Nome completo da vítima: Marcelo Antonio Souza da Silva

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

Nome completo: Beliani de Oliveira Furtado CPF: 630.383.663-15

Profissão: vendedora Endereço: Rua CNS milo Estado: 1130 Complemento: Ap. 102

Bairro: Botura II Cidade: Bauracura Estado: el CEP: 61600-000

E-mail: marceloanara@hotmail.com Telefone: (85) 97188819

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00 ☐ R\$15.001,00 ATÉ R\$20.000,00 ☐ R\$20.001,00 ATÉ R\$25.000,00 ☐ R\$25.001,00 ATÉ R\$30.000,00 ☐ R\$30.001,00 ATÉ R\$35.000,00 ☐ R\$35.001,00 ATÉ R\$40.000,00 ☐ R\$40.001,00 ATÉ R\$45.000,00 ☐ R\$45.001,00 ATÉ R\$50.000,00 ☐ R\$50.001,00 ATÉ R\$55.000,00 ☐ R\$55.001,00 ATÉ R\$60.000,00 ☐ R\$60.001,00 ATÉ R\$65.000,00 ☐ R\$65.001,00 ATÉ R\$70.000,00 ☐ R\$70.001,00 ATÉ R\$75.000,00 ☐ R\$75.001,00 ATÉ R\$80.000,00 ☐ R\$80.001,00 ATÉ R\$85.000,00 ☐ R\$85.001,00 ATÉ R\$90.000,00 ☐ R\$90.001,00 ATÉ R\$95.000,00 ☐ R\$95.001,00 ATÉ R\$100.000,00 ☐ ACIMA DE R\$100.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Sem limite para saques e depósitos. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Faça os bancos):
Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/compensação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o direito, desde que eu consentir com a efetivação do crédito, mediante 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) e, para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícia, 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 11.347/2006, art. 2º, § 1º, entendendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Companheira Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Beliani de Oliveira Furtado

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 03 Filhos Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte (ou) a indenização que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 329 do Código Penal.

Local e Data: Bauracura - a 01/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura do quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Romana

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: JOSEFAN SANTO BARROS

CPF: 600.067.453-85

JOSEFAN

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SER A RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidedignidade ao inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

CPF do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 **Marcelo Antonio Souza da Silva**

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

Nome completo: **Phalema Brandão Souza**

CPF: **626.904.813-32**

Endereço: **Rua Fria Edilson Bad 02**

CEP: **624** **Ap. 01 BL A17**

Cidade: **Recife**

UF: **PE** **60336190**

E-mail: **mar.souza@hotmail.com**

RG: **85197188819**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (poupança para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (selecione o banco)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **3469** CONTA: **39580** **3**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, 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 impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinilar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não emite laudos para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência emite laudos 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 247/4, art. 3º, §1º, inciso II, entendendo que esta minha ação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de indenização, caso contrário não será concedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☒ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **03/10/2018**

Grau de parentesco com a vítima: **Filha** Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Vítima deixou filho(a): **Sim** Vítima deixou outros filhos: **Sim** Vítima deixou outros parentes: **Sim** Vítima deixou outros parentes: **Sim**

Vítima deixou outros parentes: **Sim** Vítima deixou outros parentes: **Sim** Vítima deixou outros parentes: **Sim** Vítima deixou outros parentes: **Sim**

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso direito à indenização do Seguro DPVAT por morte de único beneficiário que se apresentarem e provierem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa acarretará a perda do direito de ressarcimento recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Caruaru 01/02/19**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RORR

Phalema Brandão Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Marcelo

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA

1ª Nome: **Lucimery de Oliveira Furtado**

CPF: **833.833.953-91**

Lucimery de Oliveira Furtado

Assinatura

2ª Nome: **José Maria Pinto Barros**

CPF: **600.067.453-85**

José Maria

Assinatura

(*) 4 vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RUGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência de todos os termos do formulário e preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



FORME COMPLETATO DA SVP

DASTBAIS E PAIXÃO DE RÊGUA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITÓRIA/BENEFICÁRIOS) - CIRCULO DO SOFAR - Nº 09/2012

630.383.663-15

1130 40 J02

000'02952

$$618881 \pm 6(55)$$

COPIA

57.001.00 ATE RS10.000,00

CIMA DE R\$10.000,00

DE CONTA

2.

X 905.07

© 2006 The Authors

Source: <http://www.fishbase.org>

00000000

INVALIDEZ PERMANENTE

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

topped up trip (euros)

պարզե՛ր զճշմարտե՛ն և զսու՛ր
նշխարանո՛րքն անձն անձնու՛մ:

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

UN DE MORTE

03/30/2018

Olivia Reinhardt

SONIA SOASTED

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

953-91

18/ DE (Kunde)

Assimilation:

453185

10/17/2017

2019/03/27

6106 NV

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

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

Nº do sinistro ou ASI: 456.263-593-20 CPF da vítima: Marcos Antônio Souza da Silva Nome completo da vítima: Marcos Antônio Souza da Silva

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

Nome completo: Ana Jéssica Duarte da Silva CPF: 026.674.413-38

Profissão: Vendedora Endereço: Rua 114, 220 Número: 623 Complemento: Casa

Bairro: 2200 metrópoli Cidade: Caucaia Estado: CE CEP: 61600-000

E-mail: maf.namora@hotmail.com Telefone: (85) 97188819

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 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 - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0926 CONTA: 31837 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo justificado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, sem me submeter à avaliação médica das costas da Seguradora Líder sobre verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do meu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☒ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: 03/10/2018

Grau de Parentesco com a vítima: Filha Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Luciano Oliveira Furtado

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 03 Filhos Vítima deixou herdeiros (ou nascidos)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Caucaia - CE 23/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

[*] Assinatura de quem preenche a RGD: Ana Jéssica Duarte da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Promotor (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Luciano Oliveira Furtado

CPF: 835.833.953-91

Assinatura: Luciano Oliveira Furtado

2ª Nome: Jerson Pinto Bone

CPF: 600.067.453-85

Assinatura: _____

24 JAN. 2019

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGD, na presença do 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do inteiro teor do documento, antes de preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

[illegible][illegible]

24 JAN. 2019

CARTÓRIO DE NOTAS PÚBLICAS
6º OFÍCIO DE NOTAS PÚBLICAS
Rua Manoel Falcão, 500 - P. 112
Fone: 3252.2112

RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS
Assessoria Jurídica em Geral
Válida somente com selo de autenticidade

Em test. da verdade

15 OUT 2018

Fortaleza, 15 de outubro de 2018.

Assistente como formatações confere com o original e rubrica noticiosa. Notas Públicas.



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

Boleto de Oliveira, Gustavo

Polgar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

2 VIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 98010078623

DATA DE EMISSÃO 09/05/2014

NOME LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

TIPO DE IDENTIFICAÇÃO LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

DATA DE NASCIMENTO 13/11/1981

CPF 630.383.663-15

ASSINATURA DO TITULAR

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



JAIME ARARIPE
Serviço Registral

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00430 020 0345908 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 ANTÔNIO SOUZA DA SILVA LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO				
AVÓS				
GERALDO RODRIGUES DA SILVA CASSIA SOUZA DA SILVA LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO				
GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)				
NÃO 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-00430, Folha Nº 020, Termo Nº 345908.				

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou fé.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

Carmin Lucia de Souza Gomes

Carmin Lucia de Souza Gomes
Escrivente Autorizada

JAIME ARARIPE
Serviço Registral

Titular: Del. Jaime de Alencar Araripe Jr.
Av. Mister Hull - 6965 - Antônio Bezerra
CEP 60.356-001 - Fortaleza - Ceará
PABX: (85) 3235-3301
e-mail: cartorio@secrel.com.br



24 JAN. 2019

[illegible]

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

ÂNGELA MARIA BRANDÃO DE SOUZA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 23/11/1998

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERM: 218678 FOLHA: 07

V LIVRO: A-199 FORTALEZA - CE

CPF

1 VIA

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

P.: 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, INQUÉRITO E PERÍCIAS GLOVETRICAS

Polgar Direto

Phaloma Brandão Souza

Ministerio da Fazenda

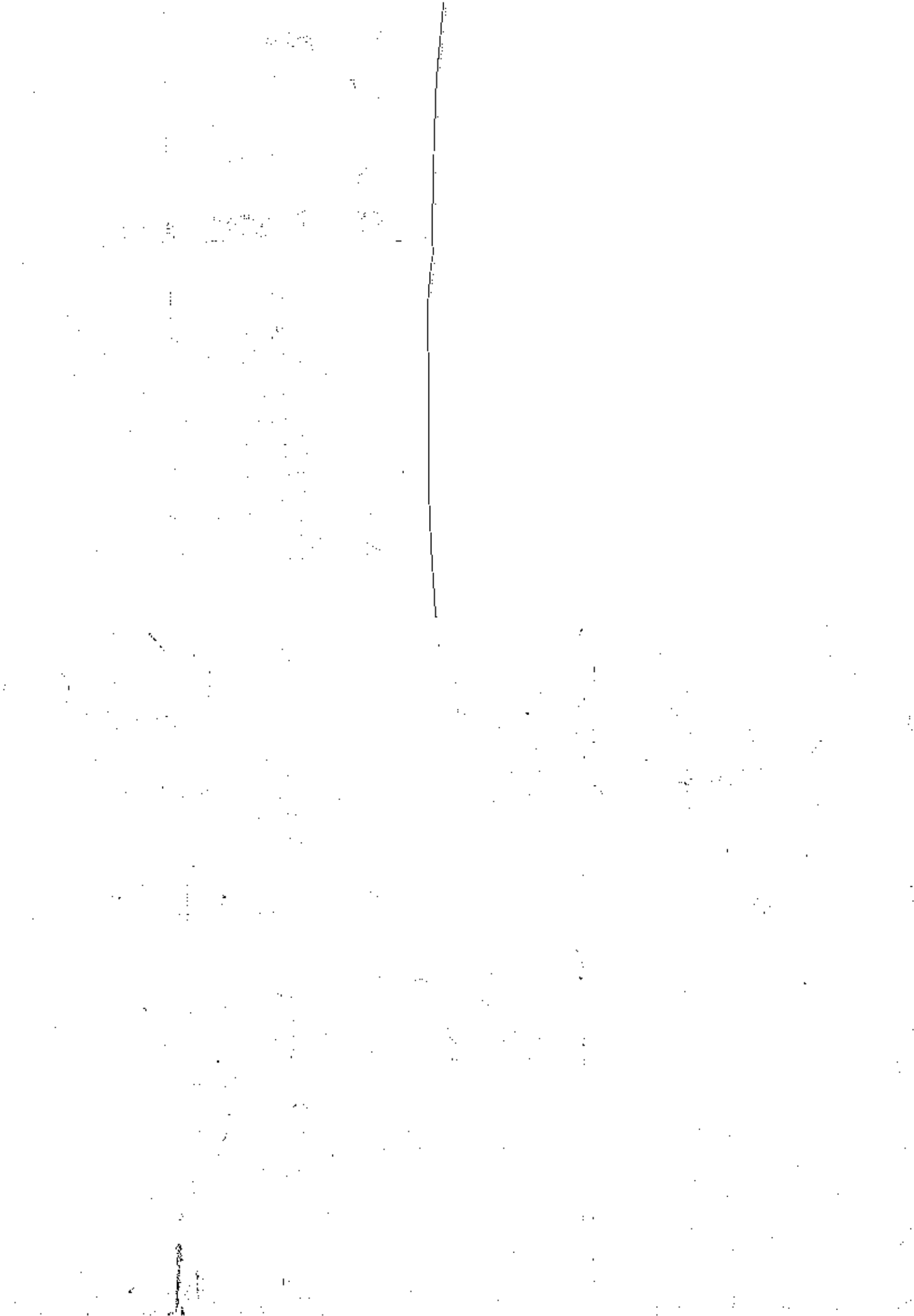
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 626.904.813-32

Nome PHALOMA BRANDAO SOUZA

Nascimento 23/11/1998



[illegible]

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: COMERCARIO 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	Descontos	Valor Liquido
901,00	0,00	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

CIPS.....: 00000000

SERIE.....: 00000000

DATA EMISSAO.....:

UF.....: CE

IDENTIDADE.....:

DATA EMISSAO..:

UF.....:

ORGAO EMISSOR.:

ENDEREÇO DO TITULAR

ENDEREÇO.....: R CONSULMEL 1130 AP 102

BAIRRO.....: PARQUE POTIRA

CEP.: 61650-370

MUNICIPIO.....: CAUCAIA

UF.: CE

DDD.....: 085

TELEFONE: 89618270 RAMAL.:

DATA

31/10/18

MATRICULA: 00000155818

ASS:

Fco. Sales de A. Pereira
Sec. do Seguro Social
Mat. 12345678

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

[] Sim, em ____/____/____

[] Nao

M. 93/2018

registro N. 765924 / 2018

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

Enviar para **DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**

EXAME CADAVERICO

Em 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

Para proceder a exame de corpo de delito (CADAVERICO) em um corpo recebido no Necrotério às 21:00 de 03/10/2018 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 resposta aos quesitos formulados:

Em 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:

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

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

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

EXAME EXTERNO: craniotomia parietal direita suturada recente. Fratura perna esquerda. Fratura fêmur direito. Lesões membros inferiores.

EXAME INTERNO:

Cérebro: fratura parietal esquerda extensa. Presença de acesso cirúrgico parietal recente. Hemorragia encefálica tumores em reabsorção.

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

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

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

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

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve morte?

Sim;

SEGUNDO - Qual a causa da morte?

Traumatismo crânio-encefálico por instrumento contundente;

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

Instrumento contundente;

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

24 JAN. 2019



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE

Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL

Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza

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



18:00
07-10-2018

Declaración do Proprietario do Veículo

Ex. Tempelo Antu Alas & Du

RG nº 2002009026412 data de expedição 12 09 2002

Órgão SP. U, portador do GPF nº 0532+2693.61 com

domicilio na cidade de Barcelos no Estado de

leona

Rua CNS mulo

1130

complemento Art 102 declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menção do (era) de minha propriedade na data da ação ocorrido com a

vitima Marcelo Antonio Souza da Silva cujo o condutor era

Marcos Antonio Souza da Silva

Veículo moto

Modelo honda / CG 125 PAN KS

Aug 2013

Placa OSI 6254

Chassi: 9C2JCH110DR123043

Data do Acidente: 29/09/2018

Local e Data: Fortaleza - ce 24/03/2019

• Pongul's Aiken Alps & Co

Assinatura do Declarante

MD

capitolo
Morera
de Deus

10º Tabelionato de Notas de Fortaleza

R. Gasimira Montenegro, 70 - Monte Castelo - Fátima / CE - CEP 80.325-720
Fone: (85) 3223-9565 | Site: www.carsohonorariadeus.net.br
Tabela: Maria de Fátima Bulhões Moreira de Deus

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:

ROMULO ARTUR ALVES FILHO *****

Dou tè.

Fortaleza, 24/01/2019

Válido somente com o selo de autenticidade.

Em testemunho da verdade,

Andreza Cavalcante de Farias - Esc. Autorizada

Confira os sites de sites com as melhores ofertas:

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

Nº CM 876315

KWGW

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.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	13/06/2016
VIA	CPF / CNPJ
01	05327269361
PLACA	PLACA ANT / UF
08L6254	/CE

RENAVAM	MAPA / MODELO
00337048701	YOKOHAMA
ANO FAB.	DATA INSC.
2013	09
NO CHASSI	
9C2JC4110DR123043	

PRÊMIO TARIFÁRIO		
RNS (R\$)	DETTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04	14,34	143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGADO (R\$)
4,15	1,11	292,01
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	10/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.343.608/0001-04

REPÚBLICA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012674978564
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.M.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	00559848951	0000000000	2016

NOME
ROMULO ARTUR ALVES FILHO

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ	PLACA
05327269361	08L6254/CE

PLACA ANT / UF	CHASSI
/CE	9C2JC4110DR123043

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/GB 125 FAN KS	2013	2013

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
22/0CV/124CC	PARTIC	PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
*****	*/**/*	1*****
FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*****
*****	*****	3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL	DATA
FORTALEZA	13/06/2016

Igor Ponte
DETRAN-CE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Ana Jessica Duarte da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Assistente Comercial
Identidade: 06615401622 CPF: 026.674.413-38
Endereço: Rua J34 Lusa 623 Sem Bairro Caucaia

OUTORGADO:

Nome: Romaria do Nascimento Liana
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Autônoma
Identidade: 08437373362 CPF: 011.747.743-55
Endereço: Rua Poliquiana, 1208 Polina Caucaia

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 SEGURADORA 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 mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Marcos Antonio Souza da Silva

Caucaia - ce 17/01/2019

Local e data

Ana Jessica Duarte da Silva
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório de Jurema



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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF de: Próprio

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: COMERCARIO 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	Descontos	Valor Liquido
901,00	0,00	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

CIPS.....: 00000000

SERIE.....: 00000000

DATA EMISSAO.....:

UF.....: CE

IDENTIDADE.....:

DATA EMISSAO..:

UF.....:

ORGAO EMISSOR.:

ENDEREÇO DO TITULAR

ENDEREÇO.....: R CONSULMEL 1130 AP 102

BAIRRO.....: PARQUE POTIRA

CEP.: 61650-370

MUNICIPIO.....: CAUCAIA

UF.: CE

DDD.....: 085

TELEFONE: 89618270 RAMAL.:

DATA

31/10/18

MATRICULA: 00000155818

ASS:

Fco. Sales de A. Pereira
Sec. do Seguro Social
Mat. 12345678

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

[] Sim, em ____/____/____

[] Nao



CARTÓRIO MELO JUNIOR
10º OFÍCIO DE NOTAS PÚBLICAS
Rua Major Fausto, 660 Fortaleza
Fone: 3252-2112

A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas Notas Públicas. O referido é verdadeiro. Dou fé.
Fortaleza.

15 OUT 2018

Em test
RAPA
Schmidt
VALUOS

DE OLIVEIRA DIA 03

AUTENTICAÇÃO

Nº HV 146340 PLWK

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** - declaram 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) *Fda*, 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, subscrevo e assino em público e raso de que uso. **Válido Somente Com Selo de Autenticidade.**

Em testemunho *Fda* da verdade

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF de: Próprio

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 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



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

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



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



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

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 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

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 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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASL

CPF da vítima: 456.263.503-20
Nome completo da vítima: Mônica Antonia Souza da Silva

Nome completo: Juliana de Oliveira Feitosa
Profissão: Vendedora
Endereço: Rua dos Nulos
Cidade: Caucaia
Estado: CE
CEP: 630.383.663-15
E-mail: may.senova@atf.com.br
Telefone: (85) 97188819

DECLARAR, para todos os fins de direito, que o endereço acima informado, conforme comprovante anexa (ANEXAR CÓPIA), é o endereço atualizado da vítima.

RENDAS MENSAL: ☒ R\$1.000,00
R\$1.000,00 ATÉ R\$5.000,00
R\$5.000,00 ATÉ R\$10.000,00
R\$10.000,00 ATÉ R\$15.000,00
R\$15.000,00 ATÉ R\$20.000,00
R\$20.000,00 ATÉ R\$25.000,00
ACIMA DE R\$25.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE A SUA OPÇÃO DE CONTA

CONTA CORRENTE (para depósito em banco): ☒ CONTA poupança (somente para depósito em banco poupança): ☐
Nome do banco: Brasci
AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
AGÊNCIA: 3053 CONTA: 40.506

Autorizo a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, em nome da vítima, o valor da indenização/rendimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recebendo e dando, desde já e sem reservas, a quitação e a liberação de qualquer 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, laudo de Instituto Médico Legal (IML), em os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região de residência ou da minha residência não possui peritos para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realista de, pelo menos, com prazo até 90 (noventa) dias do pedido.

Não me sinto capaz de apresentar, laudo de Instituto Médico Legal (IML), em os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região de residência ou da minha residência não possui peritos para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realista de, pelo menos, com prazo até 90 (noventa) dias do pedido.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☒ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
Data do óbito da vítima: 03/10/2018
Nome da vítima: Juliana de Oliveira Feitosa
CPF da vítima: 456.263.503-20
Nome do beneficiário: Juliana de Oliveira Feitosa
CPF do beneficiário: 456.263.503-20
Data do pedido: 23/01/2019
Local e Data: Caucaia - CE, 23/01/2019

Assinatura de quem assina a DPVAT: *Juliana de Oliveira Feitosa*
Assinatura de vítima/beneficiário (se for diferente): *Juliana de Oliveira Feitosa*
Assinatura de testemunha: *Juliana de Oliveira Feitosa*
CPF: 456.263.503-20
Data: 24 JAN. 2019

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DA VÍTIMA.

24 JAN. 2019

Scanned by CamScanner



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

Nº do sinistro ou ASI: 456.263.593-20 CTP da vítima: Marcos Antônio Souza da Silva Nome completo da vítima: Marcos Antônio Souza da Silva

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

Nome completo: Ana Jéssica Duarte da Silva CPF: 026.674.413-38

Profissão: Vendedora Endereço: Rua 114, 220 Número: 623 Complemento: Casa

Bairro: 2200 metrópole Cidade: Caucaia Estado: CE CEP: 61600-000

E-mail: mar.romero@hotmail.com Tel. (DDD) 97188819

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAL ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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 (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0926 CONTA: 31887 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza 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 exposto, solicito o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.054/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso ocorra do seu contrário.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 03/10/2018

Grau de Parentesco com a vítima: Filha Vítima deixou companheiro(a) ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Luciano Oliveira Furtado
Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 03 Vítima deixou herdeiros (val nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Caucaia - a 23/01/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A. RGGO

Ana Jéssica Duarte da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Romeu
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Luciano Oliveira Furtado
CPF: 835.833.953-91
2ª Nome: Luciano Oliveira Furtado
CPF: 600.667.453-85
Assinatura
Assinatura

24 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, com capacidade legal, para preencher e assinar o presente formulário, A SELI RGGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Scanned by CamScanner

CAIXA

POUPANÇA



6277 8015 9169 3019

6277

VALIDATE

08/21

ANA JESSICA DUARTE SILVA

0926 013 00031887-2

elo

24 JAN. 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NT do sinistro ou AVE: 456.263.593-20 CPF do vítima: Nome completo da vítima: Marcos Antonio Souza Silva

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

Nome completo: Phaloma Brandão Souza CPF: 626.904.813-32
Profissão: Autônoma Endereço: Tr. São Sebastião Número: 153 Complemento:
Cidade: Pires. Kennedy Estado: Ce CEP: 60.355.520
E-mail: (85) 3046-1120

Declaro, para todos os fins de direito, que a(s) informação(s) acima informada(s) são verdadeiras e corretas. (ANEXAR CÓPIA)

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☒ R\$0,00 ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 a R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 a R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 a R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 a R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para contas abertas. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: 3469 ☒ CONTA: 39580 3

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de acordo com o valor da indenização/combustível do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, resgatando-a, quando, depois, eu solicitar a entrega do valor total do valor devido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o processamento da análise e entrega do pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada. Constatando, depois, se eu não souber a qualificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.347/04, Art. 3º, §1º, inciso III, não que esta autorização não signifique prévia concordância com a futura suspensão do direito de indenização ou qualquer outra decisão judicial ou administrativa.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Celib) ☒ Divorciado ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 03/10/2018

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou com beneficiário: ☒ Sim ☐ Não

Filha

Vítima deixou com beneficiário: ☒ Sim ☐ Não

Nome do beneficiário: Luciene Oliveira Furtado

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos: 03

Vítima deixou beneficiário? ☐ Sim ☒ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquele beneficiário que se apresentar e provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 399 do Código Penal.

Local e Data: Caucaia - CE 23/01/2019

Nome:

CPF:

Phaloma Brandão Souza

Assinatura da vítima/beneficiário

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Joao Paulo Barros

CPF: 600.067.453-85

Assinatura

2ª Nome: Luciene Oliveira Furtado
CPF: 833.833.953-91
Assinatura: Luciene Oliveira Furtado

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não poderá usar este formulário para fins de pedido de indenização por morte ou invalidez permanente, sem a presença de 2 (duas) testemunhas, que deverão assinar e datar, com o documento, a declaração de ausência de conhecimento de qualquer outro beneficiário, sob pena de nulidade do pedido. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA de TODOS.

24 JAN. 2019



Impresso nº 2018128218

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: 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 POTIRA 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: **POTIRA** CEP: **61.600-000**
Município: **CAUCAIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8584-8744**

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. 200 reais - FURTADO

Histórico

Que é esposa da vítima fatal de acidente de trânsito que ocorreu no local acima indicado; Que está registrado 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

Impresso nº 2018128218

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 6610 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7.º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO NAIRTON ARAÚJO GONÇALVES - MAT.: 30114612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco de Oliveira Junior*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

24 JAN. 2019



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 201977207

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 689 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza 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: **POTIRA**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: NÃO 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 - MAT.: 300049-1-4****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****ALEXANDRE PAULO DE BRITO SAUNDERS - MAT.: 404547-1-3**



JAIME ARARIPE
Serviço Registral

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00430 020 0345908 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 ANTÔNIO SOUZA DA SILVA LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO				
AVÓS				
GERALDO RODRIGUES DA SILVA CASSIA SOUZA DA SILVA LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO				
GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)				
NÃO 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-00430, Folha Nº 020, Termo Nº 345908.				

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou fé.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

Carmin Lucia de Souza Gomes

Carmin Lucia de Souza Gomes
Escrivente Autorizada

JAIME ARARIPE
Serviço Registral

Titular: Del. Jaime de Alencar Araripe Jr.
Av. Mister Hull - 6965 - Antônio Bezerra
CEP 60.356-001 - Fortaleza - Ceará
PADX: (85) 3235-3301
e-mail: cartorio@secrel.com.br



24 JAN. 2019

Cartório de Registro
Civil de Mandubim
Rua Clemente Silva 251
Manganga - CEP: 60.711-665



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 56 2018 4 00012 110 0005155 78

SEXO	COR	ESTADO CIVIL / RESIDE
Masculino	Parda	Separado judicialmente.

NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	SIGLA
Fortaleza-CE	RG Nº 90001017735 SSP/CE, CPF Nº 456.263.593-20	Ign

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de GERALDO RODRIGUES DA SILVA e de MARIA RITA DE CÁSSIA SOUZA DA SILVA. Residência do falecido: Rua Consuel, nº 1130, Aptº102, Parque Polira 2, Caucaia-CE

DATA E HORA DO FALLECIMENTO

Três de outubro de dois mil e dezoito, às 13h20min.

DEA

03

MES

10

ANO

2018

LOCAL DO FALLECIMENTO

Hospital UJ Centro, Fortaleza-CE

CAUSA DA MORTE

Traumatismo crânio encefálico por instrumento contundente

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

CEMITERIO PARQUE DA SAUDE
CAUCAIA-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 Consuel nº1130 Aptº102
Parque Polira II

NOME E Nº DO DOCUMENTO (DOE) MÉDICO QUE ATTESTA O FALLECIMENTO

Osmar Leite de Figueiredo Filho, CRM 3934/CE

AVERBAÇÕES / ADOTAÇÕES À ACQUÍTER

Ato registrado no livro C-12, às folhas 110, sob 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, no termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	90001017735		SSP/CE	

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

Nome do Oficial
Serviço de Registro Civil de Mandubim

Oficial Registrador
Alexandra Jackson Moura Rolim Silva

Município/UF
Fortaleza/CE

Endereço
Rua Clemente Silva, 251A - Mandubim

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



Regina C. D. Almeida
Regina C. D. Almeida
Escritorante Autorizada

arpenceara AA 000468593 P

24 JAN. 2019