

Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau**Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCAU.20.00325640-5** em **15/09/2020 19:17:57**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Caucaia
 Processo : 0010752-30.2019.8.06.0064
 Protocolo : WCAU.20.00325640-5
 Tipo da petição : Contestação
 Assunto principal : Obrigaçao de Fazer / Não Fazer
 Data/Hora : 15/09/2020 19:17:57

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados Exibindo todos documentos >>[Exibir 3 primeiros](#)

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

Petição* : 2749348_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
 Documentação : 2749348_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-11.pdf
 Documentação : 2749348_CONTESTACAO_Anexo_02 - 12-22.pdf
 Documentação : 2749348_CONTESTACAO_Anexo_02 - 23-40.pdf
 Documentação : 2749348_CONTESTACAO_Anexo_02 - 41-47.pdf
 Documentação : 2749348_CONTESTACAO_Anexo_02 - 48-56.pdf
 Documentação : 2749348_CONTESTACAO_Anexo_02 - 57-69.pdf
 Documentação : 2749348_CONTESTACAO_Anexo_02 - 70-77.pdf
 Documentação : 2749348_CONTESTACAO_Anexo_02 - 78-97.pdf
 Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
 Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
 Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
 Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
 Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
 Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
 Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
 Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAUCAIA/CE

Processo n.º **00107523020198060064**

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

CONTESTAÇÃO

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

Alegam os Autores em peça vestibular que o ente querido MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA, foi vítima de acidente automobilístico ocorrido em 29/09/2018, vindo a falecer dia 03/10/2018.

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

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

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

O SINISTRO ADMINISTRATIVO 3190062998 FOI CANCELADO EM RAZÃO DE: "Prova de companheirismo (incorrecto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.); Declaração de únicos herdeiros (incorrecto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento

com os dados corretos.) **CUMPRE AINDA INFORMAR EXA., QUE CONSTA O PAGAMENTO DA INTEGRALIDADE REPARTIDA ENTRE 3 FILHOS DA VITIMA.**

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DA FALTA DE INTERESSE DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

Inicialmente, em que pese a autora figurar nesta demanda, alegando para tanto ter convivido maritalmente com **O FALECIDO, O QUE LHE TORNARIA BENEFICIÁRIA DO MESMO, NÃO HÁ PROVAS HÁBEIS A ACOLHER TAL ALEGAÇÃO.**

Cumpre destacar que a Lei 11.482/07, deu nova redação ao artigo 4º da Lei 6.194 e estabeleceu que a indenização, no caso de morte, será paga de acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil^[1].

NA HIPÓTESE VERTENTE, A PARTE AUTORA NÃO FEZ QUALQUER PROVA DE QUE EFETIVAMENTE EXISTIU RELAÇÃO DE CONVIVÊNCIA DURADOURA COM A VÍTIMA COM O OBJETIVO DE CONSTITUIÇÃO FAMILIAR, SENDO CERTO QUE OS DOCUMENTOS ACOSTADOS NA EXORDIAL SÃO IMPRESTÁVEIS PARA TANTO. SEM DÚVIDA NÃO HÁ NOS AUTOS PROVA SUFICIENTE QUE A MESMA ERA COMPANHEIRA DA VÍTIMA.

Ademais, são requisitos indispensáveis para a demonstração da entidade familiar formada por conviventes, aqueles que de forma conjunta devem ser preenchidos e não de forma separada, pois não basta ter filhos em comum, há necessidade de que essa relação seja duradoura, com respeito e consideração mútuos e assistência moral e material recíproca, ou seja, para alcançar *status* de companheira é necessário muito mais do que filho em comum.

CONCLUI-SE QUE NÃO HÁ PROVA INEQUÍVOCA NOS AUTOS PARA SE AFIRMAR COM EXATIDÃO QUE A AUTORA É COMPANHEIRA DA VÍTIMA E, PORTANTO, NÃO HÁ COMO SE EXIGIR QUE A SEGURADORA RÉ EFETUE O PAGAMENTO DO VALOR PLEITEADO, EIS QUE NEM MESMO FORAM JUNTADOS ALGUNS DOCUMENTOS QUE PODERIAM LEVAR A ESTA COMPROVAÇÃO, TAIS COMO: PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS; DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL; CARTEIRA DE TRABALHO COM PROVA DE DEPENDÊNCIA.

VERIFICA-SE AINDA EXA., NÃO HAVER A PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTE JUNTO À RECEITA FEDERAL, E MAIS, NÃO FOI JUNTADO AO PRESENTE AUTOS, A DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS.

ADEMAIS, NÃO HÁ QUALQUER OUTRO DOCUMENTO OFICIAL QUE ASSIM CORROBORE NO SENTIDO DE RECONHECER ADUZIDA UNIÃO ESTÁVEL, VERIFICA-SE AINDA EXA., NÃO HAVER A PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTE JUNTO À RECEITA FEDERAL, PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO DEVIDAMENTE FORMALIZADA PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL!

IDENTIFICAMOS QUE A PARTE AUTORA PLEITEIA A INTEGRALIDADE DA INDENIZAÇÃO, TODAVIA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EXISTENTE NOS AUTOS, LOCALIZAMOS A EXISTÊNCIA DE DEMAIS HERDEIROS NECESSÁRIOS. ASSIM, SUGERIMOS ANÁLISE QUANTO A LEGITIMIDADE DOS BENEFICIÁRIOS.

Cumpre ainda informar, que na impossibilidade da apresentação dos documentos mencionados anteriormente, deverá ser apresentado Alvará Judicial ou decisão judicial que reconheça união estável do interessado com a vítima.

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

^[1]*“Art. 4º: A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil. (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)”.*

Ainda neste sentido, necessária se faz a verificação quanto aos beneficiários ascendentes da vítima, ou seja, os pais do falecido, vez que, não há qualquer informação a respeito da existência dos mesmos, motivo pelo qual pugna para que seja intimados os pais da vítima ou que seja acostada certidão de óbito.

Assim, deve-se verificar quanto a real qualidade de beneficiários dos Autores, para que no futuro a Ré, ou qualquer outra Sociedade Seguradora participante do "pool" do Convênio DPVAT, não seja compelida a efetuar outro pagamento a possível beneficiário que possa surgir.

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

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

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

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

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

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS/DOCUMENTOS CONTEMPORÂNEOS COMPLEMENTARES/ NÃO CONSTA ACIDENTE DE TRÂNSITO NA CERTIDÃO DE ÓBITO

A Lei que regula a indenização pleiteada pela Autora é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a morte e o acidente noticiado.

EM QUE PESE A PARTE AUTORA TER JUNTADO AOS AUTOS A CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA, NÃO HÁ ELEMENTOS CAPAZES DE COMPROVAR QUE A VÍTIMA TERIA FALECIDO EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO.

EXA., APESAR DA PARTE AUTORA TER JUNTADO A CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA, NÃO FICOU COMPROVADO ATRAVÉS DOS DEMAIS DOCUMENTOS TRAZIDOS PELO AUTOR QUE A MORTE DA VÍTIMA DECORREU DO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

CUMPRE-SE RESSALTAR AINDA QUE A PARTE AUTORA NÃO JUNTOU NENHUM DOCUMENTO CONTEMPORÂNEO AO SINISTRO, DEIXANDO AINDA DE APRESENTAR A CERTIDÃO DO AUTO DE NECROPSIA / LAUDO CADAVÉRICO.

Perceba ainda, que não houve a juntada do boletim de ocorrência, e mais, não há nenhum documento médico que comprove o nexo de causalidade e o lapso temporal, entre a suposta data do acidente informada, e a morte da vítima.

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

No caso em apreço, não obstante dispensável a verificação do elemento culpa, mormente por se tratar de um seguro cuja responsabilidade é objetiva, é imprescindível a verificação de nexo de causalidade entre o acidente automobilístico e o dano fatal, sob pena de inviabilizar a indenização prevista na Lei 6194/74.

DESTARTE, COMO NÃO HÁ COMPROVAÇÃO CABAL DO NEXO CAUSALIDADE ENTRE A MORTE E O SUPÓSTO ACIDENTE NOTICIADO, DEVERÁ SER A IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO É A MEDIDA QUE SE IMPÕE.

DA PLENA VIGÊNCIA DA LEI 11.482/07

ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação6.

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ARARENDA/CE, 15 de Setembro de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR

14752 - OAB/CE

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na OAB/CE sob o nº 14752, com escritório na Av. DESEMBARGADOR FLORIANO BENEVIDES MAGALHÃES, 432 - ALTOS, BAIRRO EDSON QUEIROZ, CEP: 60.811-690, FORTALEZA-CE, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A** e **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **CAUCAIA**, nos autos do Processo nº 00107523020198060064.

Rio de Janeiro, 15 de setembro de 2020.



JOAO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

24 JAN. 2019

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 0123456789		DETRAN - CE	
VIA		CÓD. DE NAVAM		PPT	
01		00559848951		2016	
FONMULO ARTUR ALVES FILHO		NAME		/CE	
05327269361		CPF/CNPJ		/CE	
OSL6254/CE		PLACA		/CE	
9C3DC4110DR123043		PLACA ANT./UF		/CE	
PAS/MOTOCICLETA/NAO AFLIC.		ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
HONDA/CB 125 FAN KS		ANO FAB		ANO MOD	
MARCAC/ MODELO		COR PREDOMINANTE		CAP/POV/CIL	
2013		CATEGORIA		2P/CGV/124CC	
P		COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
1 PVA		VENG / COTAS		VENC / COTAS	
2 PVA		PARCELAMENTO / COTAS		FAXIA / PVA	
3 PVA		3 PVA		2 PVA	
PREMIO TARIFFA (R\$)		IOF (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO		DATA		15/06/2016	
OBSERVACOES		LOCAL		FORTALEZA	
2016-06-15		2016-06-15		15/06/2016	

Dr. Fco. J. S. de Vasconcelos

ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Jen Albert Schwarz Pess

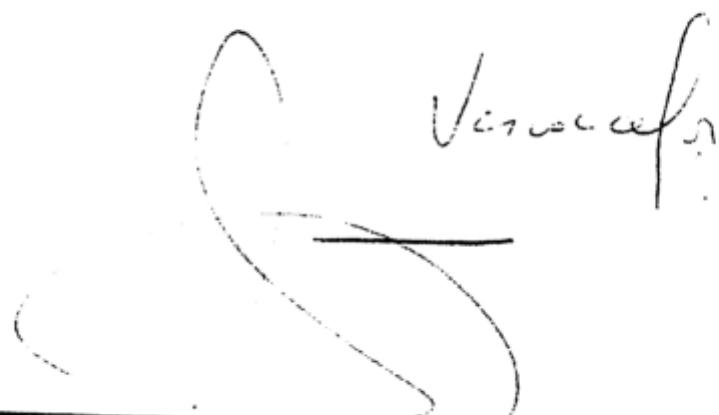
3^o feira -

8:00

IT F - Centro

Troncos de fio

Fazer Bt





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ



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

LIBERAÇÃO DE CORPO

REGISTRO Nº 4497

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

Fáncos Antônio Souza da Silva

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

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

Fortaleza, 04 de Outubro de 2018.

24 JAN. 2019

Thierry

SETOR DE ACOLHIMENTO FAMILIAR
NUTAF/COMEL/PEFOCE

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

NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO / MORTE ENCEFÁLICA

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

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

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

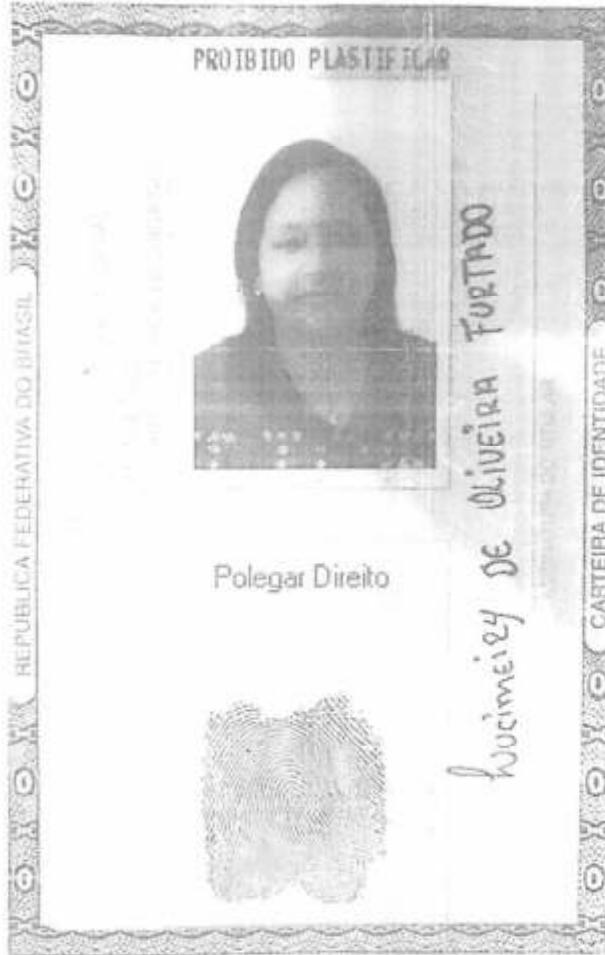
24 JAN. 2019



24 JAN. 2019

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Titular: Dra. Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

24 JAN. 2019

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

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

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

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

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

Em testemunho

Fernanda Almeida de Moura

Fernanda Almeida de Moura

Escrevente Autorizada



15 OUT 2018

Em testemunho da verdade

RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS
Escrevente Autorizada no dia de 15.10.2018 (15/10/2018)
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

24 JAN, 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romulo Artur Alves Filho

RG nº 2002009026414 data de expedição 12/09/2002

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

complemento ap 102

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

Veículo metálico

Modelo Honda CG 125 PAN KS

Ano 2013

Placa DSL 6254

Chassi 9C2JCH110DR123043

Data do Acidente 29/09/2018

Local e Data Fortaleza - CE 24/01/2019

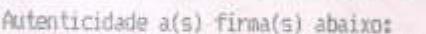
Romulo Artur Alves Filho

Assinatura do Declarante

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



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

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

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

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



CE Nº 012674978564 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA 01	CPF / CNPJ 05327269361	PLACA DSL 6254
REHABAM 00.337-0702	MAPC / MODELO Y1000	
ANO FAB. 2013	CAT. BIRE 09	Nº CHASSI 9C2JC4110DR123043
PRÉMIO TARIFÁRIO		
R\$ (R\$) 129,04	DEN/TRAN (R\$) 14,34	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 1,11	VALOR PAGO PELO PRÉMIO (R\$) 292,01
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 10/06/2016
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 03.945.608/0001-04		

REPÚBLICA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

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

DECLARAÇÃO DE EXCLUSÃO DO PLEITO

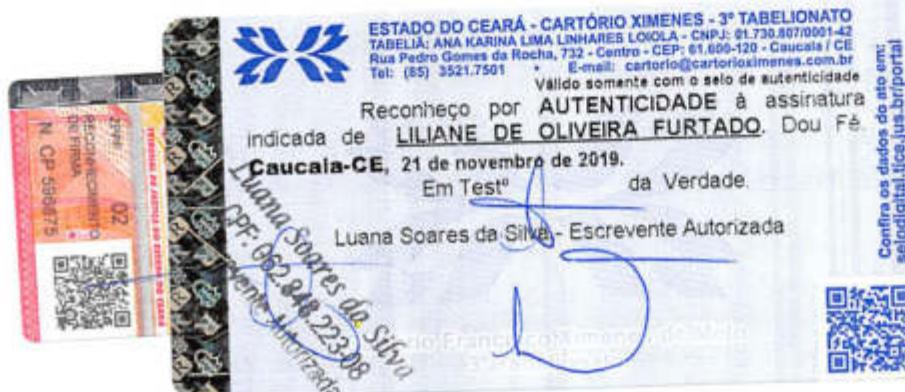
LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, inscrita no CPF sob o nº 630.383.663-15, portadora da cédula de identidade RG nº 98010078623 SSP/CE, residente e domiciliada na Rua Consunel Melo, nº 1130, Apto. 102, Potira, CEP: 61.650-370, Caucaia – CE, solicito a exclusão do pleito indenizatório do seguro DPVAT (sinistro nº 3190062998), por não ter como comprovar a União Estável com a vítima **MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**. Essa decisão é definitiva e irrevogável e por ser expressão da verdade apresento o pedido de exclusão.

Fortaleza, 20 de novembro de 2019



Liliane de Oliveira Furtado

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO



DECLARAÇÃO DE EXCLUSÃO DO PLEITO

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, inscrita no CPF sob o nº 630.383.663-15, portadora da cédula de identidade RG nº 98010078623 SSP/CE, residente e domiciliada na Rua Consunel Melo, nº 1130, Apto. 102, Potira, CEP: 61.650-370, Caucaia – CE, solicito a exclusão do pleito indenizatório do seguro DPVAT (sinistro nº 3190062998), por não ter como comprovar a União Estável com a vítima **MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**. Essa decisão é definitiva e irrevogável e por ser expressão da verdade apresento o pedido de exclusão.

Fortaleza, 20 de novembro de 2019



Liliane de Oliveira Furtado

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIÃ: ANA KARINA LIMA LINHARES LOUÇA - CNPJ: 01.730.807/0001-42
Rua Pedro Grimes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3221.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Valido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** à assinatura
indicada de LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO Dou Fé
Caucaia-CE, 21 de novembro de 2019.

Em Test^o da Verdade.

Luana Soares da Silva - Escrevente Autorizada

Luana Soares da Silva
CPF: 052.848.223-08
fone: 85 99999-1234

Confira os dados do ato em:
selodigital.juce.ce.br/portal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:
3200064830

3 - CPF da vítima:
456.263.593-20

4 - Nome completo da vítima:
MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

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

5 - Nome completo:
PHALOMA BRANDÃO SOUZA

6 - CPF:
626.904.813-32

7 - Profissão:
AUTONOMA

8 - Endereço:
RUA FREI ODILON

9 - Número:
624

10 - Complemento:
AP 01, BL A17, 1

11 - Bairro:
PRESIDENTE KENNEDY

12 - Cidade:
FORTALEZA

13 - Estado:
CE

14 - CEP:
60.336-190

15 - E-mail:
emmanuela.virginia@globo.com

16 - Tel.(DDD):
8530461120

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341) **0 P 201, C 00 : 033**

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

AGÊNCIA: **0031** CONTA: **76070** 7

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input checked="" type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: 03/10/2018			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: FILHA					
28 - Vítima teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 3	30 - Vítima deixou nascituro (varíasez)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 4	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não		Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não

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

34

Impressão digital da vítima no beneficiário não identificado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

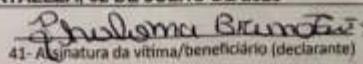
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **FORTALEZA, 02 DE JULHO DE 2020**


41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

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

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

Caucaia - CE 17/10/2019

Local e data

Ana Jéssica Durante da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



24 JAN. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Número do Sinistro: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

Declaração de únicos herdeiros

MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Declaração de únicos herdeiros

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Prova de companheirismo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Número do Sinistro: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

Prova de companheirismo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA : 011.747.743-55

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

PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Certidão de nascimento
Documentos de identificação

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA



Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Titular: Dra. Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

24 JAN. 2019

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

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

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

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

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

Em testemunho

Fernanda Almeida de Moura

Escrevente Autorizada



24 JAN, 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/06/2020
Nome: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO
CPF: 630.383.663-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Certidão de casamento

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/05/2020
Nome: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO
CPF: 630.383.663-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia
Outros

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Autorização de pagamento
Documentos de identificação

MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Certidão de nascimento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO
CPF: 630.383.663-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Declaração de únicos herdeiros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/03/2020
Nome: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO
CPF: 630.383.663-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/07/2020
Nome: PHALOMA BRANDAO SOUZA
CPF: 626.904.813-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

PHALOMA BRANDAO SOUZA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/06/2020

Nome: ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

CPF: 026.674.413-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

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

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064830

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:

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) do representante legal do requerente do Seguro DPVAT ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Certidão de casamento	Apresentar a cópia simples da certidão de casamento da vítima atualizada com informação de separação judicial ou divórcio.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064830

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:

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) do representante legal do requerente do Seguro DPVAT ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Certidão de casamento	Apresentar a cópia simples da certidão de casamento da vítima atualizada com informação de separação judicial ou divórcio.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARLIANE FURTADO DA SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência do representante legal do requerente do Seguro DPVAT, pois não foi entregue.
----------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARLIANE FURTADO DA SILVA

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

Certidão de casamento	Apresentar a cópia simples da certidão de casamento da vítima emitida após o óbito, pois não foi entregue.
------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

Valor: R\$ 4.500,00

Banco: 341

Agência: 000008789

Conta: 0000057626-4

Tipo: CONTA CORRENTE



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

Valor: R\$ 4.500,00

Banco: 104

Agência: 000000926

Conta: 0000031887-2

Tipo: CONTA POUPANÇA



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: PHALOMA BRANDAO SOUZA

Valor: R\$ 4.500,00

Banco: 104

Agência: 000000031

Conta: 000130076070-7

Tipo: CONTA POUPANÇA



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

24 JAN. 2019

Swallowed by CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NF do sinistro ou ASL:

2º da vítima:

Nome completo da vítima:

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

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

Nome completo:

Ana Jéssica Huarte da Silva

CPF:

026.674.413-38

Endereço:

Vendedora Rua 114, 220

Endereço:

Rua 114, 220

Bairro:

2200 metropolitana

Cidade:

Caucia

Estado:

CE

Número:

623

Complemento:

Casa

CEP:

61600-000

TEL (DDO):

(61) 97188819

E-mail:

mat.romero@hotmail.com

TEL (DDO):

(61) 97188819

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

Bradesco (231) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (façao de banco):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0926**

CONTA: **31837**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito de senha):

Autorizo a Seguradora Lider o crédito na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/semelhante do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre após a efetivação do crédito, quaisquer ônus ou encargos que o 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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo acima citado, solicito o preenchimento da declaração de não pedido de laudo médico de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, declarando, de forma, que me submetter a avaliação médica da justiça da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.254/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da comissão de direito de contestar, caso contrário do meu conhecimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

03/10/2018

Grau de parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se avizinha que o(a) companheiro(a), informar o nome completo:

Filha

Lúdiane Oliveira Furtado

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

03

Façam:

Vítima deixou herdeiros (mãe/nosso)?

Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte (até 2º beneficiário) que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura:

Local e Data: **Conceição - 23/10/2019**

Nome:

CPF:

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Roseli

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

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

TESTEMUNHA:

1º) Nome:

Guilherme da Oliveira Furtado

CPF:

835.833.953-91

Assinatura:

2º) Nome:

Guilherme de Oliveira Furtado

CPF:

600.067.453-85

Assinatura:

24 JAN. 2019

24 JAN. 2019

Scanned by CamScanner



Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do simbolo ou A.S.L.

CPF da vítima

Nome completo da vítima

456.263.593-20 *Flávia Antunes Souza Silva*

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

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

Endereço:
Tr. São Sebastião
Cidade:
Fortaleza

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

Declaro, para a Lider, que fui morador, residir no endereço acima informado, comprovante constante na foto (ANEXAR COPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECLAS INFORMADAS: ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 9.000,00 R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 SEM REPOSA: R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 4.000,00 R\$ 4.001,00 ATÉ R\$ 6.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (banka de banco)

Nome do BANCO: *Brasil*

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

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/retorno do Seguro DPVAT a que sou titular, referente ao valor de R\$ 100,00, desde que o beneficiário informado na declaração, exija 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 fui atendido(a) de acordo com a legislação médica (IML) para o fim de obtimento da 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 atendimento para fins do Seguro DPVAT; ou:
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza atendimento com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito a prorrogação da prazo de atendimento pedido na indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, conforme artigo 16, § 1º, inciso II, da Lei nº 10.572, de 2002, que esta autorização não significa previsão concordante com a futura assistência médica no território ou no exterior, nem na continuidade, conforme artigo 16, inciso III, da mesma lei.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Viva: **03** Falecidos

Morava com a vítima? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

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

Flávia Antunes Souza Silva
 Assinatura do beneficiário (se menor)
Flávia

Assinatura do representante legal (se menor)

Assinatura na Procuração (se menor)

(*) A vítima/beneficiário não poderá receber mais de uma indenização, seja devida a um ou mais acidentes, ou seja, independentemente de quantos acidentes tenha ocorrido, desde que o atendimento e o pagamento sejam realizados na mesma data.

TESTIMUNHAGEM
 1º e 2º beneficiários
 CPF: **600.061.153-85**
João Pedro Barros

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

24 JAN. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 *Flávia Antunes Souza da Silva*

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

Nome completo:

Phaloma Brandão Souza

CPF: **626.904.813-32**

Profissão:

Autônoma

Endereço:

Tr. São Sebastião

Número: **153**

Bairro:

Pies. Kennedy

Cidade:

Fortaleza

Estado: **CE**

E-mail:

CPF: **60.355.520**

(Tel. DDD): **(85) 3046-3420**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

- RECUZO 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\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: *Brasil*

AGÊNCIA:

3469

CONTA:

39580

(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, devo, 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 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 esinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse jeito, em me submeter à avaliação médica as cútulas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei F. 154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou remédio ao direito de contestá-la, caso eu concorde com seu encerramento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não *Bilíone Oliveira Furtado*

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: **03** Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

TESTEMUNHAS
1º) Nome: *Isacian Rito Barros*
CPF: **600.067.453-85**

2º) Nome: *Patrícia*
CPF: *Assinatura*

3º) Nome: *Assinatura*
CPF: *Assinatura*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

</div

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

2456.263.593-20 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 Huarte da Silva

CPF:

026.674.413-38

Profissão:

Vendedora Endereço:

Rua 114, 220

Bairro:

2200 metrópole Cidade:

Caicara

Estado:

CEP:

66600-000

E-mail:

marc.vanessa@hotmail.com

Numero:

623 Complemento:

casa

76 (3000) 18597188819

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 31887

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e por ante 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

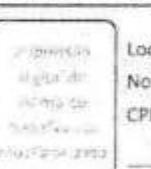
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: 03/11/2018

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Seu cônjuge (deixou companheiro(a)), informar o nome completo: Edilaine Oliveira Furtado

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: 03 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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



Local e Data: Caicara - a 23/01/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RG

Ana Jéssica Huarte da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura:

2º | Nome:

CPF: 600.067.453-85

Assinatura:

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3200064830** 3 - CPF da vítima: **456.263.593-20** 4 - Nome completo da vítima: **MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: PHALOMA BRANDÃO SOUZA	6 - CPF: 626.904.813-32		
7 - Profissão: AUTONOMA	8 - Endereço: RUA FREI ODILON	9 - Número: 624	10 - Complemento: AP 01, BL A17, I
11 - Bairro: PRESIDENTE KENNEDY	12 - Cidade: FORTALEZA	13 - Estado: CE	14 - CEP: 60.336-190
15 - E-mail: emmanuel.virginia@globo.com		16 - Tel.(DDD): 8530461120	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **0031**

CONTA: **76070**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: 03/10/2018
---	---

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **FILHA** 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 3 Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 4 Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input checked="" type="checkbox"/> Não
--	---	---	--

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário do alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

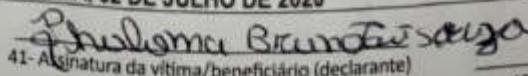
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **FORTALEZA, 02 DE JULHO DE 2020**


41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Impresso nº 2018128218

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 107 - 6610 / 2018

Dados da Ocorrência

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

Dados da(s) Vítima(s)

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

Noticiante(s)

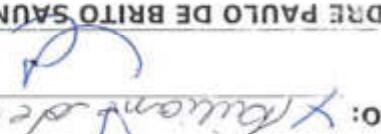
Nome: **LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**
Nascimento: **13/11/1981** CPF: **630.383.663-15**
RG: **98010078623** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO**
LUIZ AUGUSTO SILVA
Endereço: **RUA CNS MELO, 1130 AP 102**
Bairro: **POTIRAZU** CEP: **61.600-000**
Município: **CAUCAIA/CE**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

Materiais / Documentos Envolvidos

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

Histórico

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 201977207

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 107 - 689 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**

Data / Hora da Comunicação: **01/02/2019 10:43:47**

Data / Hora da Ocorrência: **01/02/2019 10:40:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA MARCILIO DIAS, 436**

Complemento:

Bairro: **PIRAMBU**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**

Nascimento: **13/11/1981** CPF: **630.383.663-15**

RG: **98010078623**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO**

LUIZ AUGUSTO SILVA

Endereço: **RUA CNS MELO, 1130 AP 102**

Bairro: **POTIRÁ**

CEP: **61.600-000**

Município: **CAUCAIA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 8584-8744**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSL6254** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2JC4110DR123043 Renavam: **559848951** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano

Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:

PRETA Proprietário: **ROMULO ARTUR ALVES FILHO** Situação: **NAO**

INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

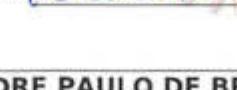
 **JOÃO PAULO BARBOSA DOS SANTOS - MAT.: 300049-1-4**

JOÃO PAULO BARBOSA DOS SANTOS

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



JAIME ARARIPE

Serviço Registral



Nascimento - Casamento - Óbito - Procuração - Reconhecimento de firma - Autenticação

Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior

Oficial Titular

Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe

Substituto

Certidão de Casamento

NOMES:

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA e ÂNGELA MARIA DA SILVA BRANDÃO

MATRÍCULA:

018762 01 55 1993 2 00059 277 0032118 06

Nomes completos de solteiro, datas e locais de nascimento, nacionalidade e filiações dos cônjuges:

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de FORTALEZA/CE, nascido no dia 4 de abril de 1972, filho de GERALDO RODRIGUES DA SILVA e MARIA RITA DE CASSIA SOUZA DA SILVA. —
ÂNGELA MARIA DA SILVA BRANDÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ITAPAGÉ/CE, nascida no dia 5 de julho de 1977, filha de VALMIR BASTOS BRANDÃO e VIRGINIA DA SILVA BRANDÃO.

Data de registro do casamento (por extenso):

vinte e quatro de dezembro de mil novecentos e noventa e três

Dia:	Mês:	Ano:
24	12	1993

Regime de bens do casamento:

COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

Nome que cada um dos cônjuges passou a utilizar (quando houver alteração):

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

ÂNGELA MARIA BRANDÃO SOUZA

Observações:

Termo nº: 32118, Livro nº: 59, Folha nº: 277v. À margem do termo consta a Averbação do Divórcio do Casal, decretado por sentença da Dra. Ângela Maria Sobreira D. Tavares, Juiz de Direito Respondendo pela 13ª Vara de Família da Comarca desta Capital, datada de 13/06/2007, e devidamente transitada em julgado. A mulher voltou a usar o nome de solteira, a saber: ÂNGELA MARIA DA SILVA BRANDÃO.

2ª Via Certidão casamento (4014) Emolumento R\$: 34,44 (Cartório 23,59, Fermoju 2,97, Selo 5,52, Imposto 1,18, FAADEP 1,18).

JAIME ARARIPE - SERVIÇO REGISTRAL

Registro Civil das Pessoas Naturais de Antônio Bezerra
Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Oficial Registrador
Av. Mister Hull, 4965, bairro Antônio Bezerra, Fortaleza/CE
CEP: 60.356-001 - Telefone: 85.3235.3301
cartorio@secrel.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Fortaleza-CE, 10 de Agosto de 2015

Raimunda Bezerra de Alcantara

RAIMUNDA BEZERRA DE ALCANTARA - Escrevente



SELO DE
AUTENTICIDADE
03
REGISTRO DE NOTAS PÚBLICAS
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
Av. Mister Hull, 4965 - Fortaleza/CE
Fone: 85 3235-3301

15 OUT 2018

Em testo
RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS
Escrevente Autorizado - Termo do Art. 205, § 3º, L. 8935/94
PROFERIMENTO COM SEU Selo de Autenticidade



Poder Judiciário
Estado do Ceará
Selo Digital de Fiscalização
SELO 4 - CERTIDAO/SEGUNDA
VIA/SEGUNDO TRANSLADO
AAC078997-A1B2
Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00439 029 0345608 20

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

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dado 16.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012

Carmem Lucia de Souza Gomes
Escrevente Autorizada



24 JAN. 2019

JAIME ARARIPE
Serviço Registratário

ASL-0028824/19

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ASL-0028824/19
joao.silva.pd.2154
07/02/2020 11:36:15

ASL-0028824/19
joao.silva.pd.2154
07/02/2020 11:36:15

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00439 020 0345008 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTESSO

CINCO (05) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)

DIA MÊS ANO

05 05 2012

HORA MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.

09:05 FORTALEZA-CE

MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.

ANTÔNIO BEZERRA FORTALEZA / CEARÁ

LOCAL NASCIMENTO

FORTALEZA-CE

SEXO

FEMININO

FILIAÇÃO

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

AVOS

GERALDO RODRIGUES DA SILVA

CASSIA SOUZA DA SILVA

LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO

MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO NÃO É GÊMEO

DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO

ONZE (11) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)

30-57995076-1

OBSERVAÇÕES / AVERBACÕES

Registro feito nesta data. Registro lavrado no Livro N° A-00439, Folia N° 020, Termo N° 345908

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Deu M.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

Carolina Lúcia da Souza Gomes

Cartório Lúcia da Souza Gomes

Escrevente Autorizada

24 JAN. 2019

JAIME ARARIPE

Secretaria de Estado da

Justiça e Segurança Pública

Av. Mestre Hull - 4965 - Anísio Portela

CEP 60.356-001 - Fortaleza - Ceará

PHONE: (85) 3235-3301

e-mail: cartorioan@secrel.com.br



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



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

NOME:

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF:
456.263.593-20

MATRÍCULA:

018515 01 55 2018 4 00012 110 0005155 78

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

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

ELATOR
Ign

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

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

DIA
03

MÊS
10

ANO
2018

LUGAL DE FALECIMENTO
Hospital UF Centro, Fortaleza-CE

CASO DA Morte
Traumatismo crânio encefálico por instrumento contundente

SEU TANTO / CREMAÇÃO
CEMITERIO PARQUE DA SAUDADE
CAUCIA-CE

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

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

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

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

RG 90001017735 SSP/CE

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

Nome do Ofício
Serviço de Registro Civil de Maceió

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

Oficial Registrador
Alessandra Jeckeline Moura Rollin Góis

Município/UF
Fortaleza/CE

Endereço
Rue Chaves da Silva, 251A - Maceió



Alessandra Jeckeline Moura Rollin Góis
Escrivão de Autorizada

25 JAN. 2019

Scanned by CamScanner

ASL-0028824/19
joao.silva.pd.2154
07/02/2020 11:35:35
CERTIDÃO DE ÓBITO
Município de Fortaleza
Cidade de Fortaleza, nº 1130
Mandubim
Data de falecimento: 03/10/2018



REPU^{BL}ICA FEDERAT^{IVA} DO BRAS^{IL}
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

456.263.593-20

MATRÍCULA:

018515 01 56 2018 4 00012 113 0005155 78

SEXO	RACA	ESTADO CIVIL
Masculino	Parda	Separado judicialmente
NACIONALIDADE		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
Fortaleza-CE		RG N° 90001017735 SSP/CE, CPF N° 456.263.593-20

Editor
Ign

QUALIFICAÇÃO E RESUMO

Filho de GERALDO RODRIGUES DA SILVA e de MARIA RITA DE CASSIA SOUTO DA SILVA. Residência do falecido: Rua Consunel, nº 1130, Aptº 102, Parque Potira 2, Caucaia-CE

DATA E HORA DO FALECIMENTO

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

03 10 2018

LOCAL DE FALECIMENTO

Hospital IJF Centro, Fortaleza-CE

CASO DA MÓTIE

Traumatismo crânio encefálico por instrumento contundente

SEPO/CREMATORIO/CREMAÇÃO
CEMETÉRIO PARQUE DA SAUDADE
CAUCAIA-CE

DECLARANTE
LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, RG N° 98010078823,
CPF/MF N° 630.363.653-15, profissão Promotora de Vendas,
estado civil solteira, residente Rua Consunel nº 1130 Aptº 102
Parque Potira II

NOME E N° DE DOCUMENTO (EXCEÇÃO MÉDICO) DA PESSOA ASSINANTE

Osmar Leite da Figueiredo Filho, CRM 3934/CE

AVERTIMENTOS/ADVERTÊNCIAS À AUTORIDADE

Ato registrado no livro C-12, às folhas 113, sob o nº 515. 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 avos na margem do fermo.

ANOTAÇÃO DE CADASTRO

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

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

Nome do Ofício
Serviço de Registro Civil de Honório

Oficial Registrador
Arianele Jackeline Moura Sales Gouveia

Município/UF
Fortaleza/CE

Endereço
Rua Clemente Soárez, 151A - Mandubim

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

Assinatura:

Nome: Arianele Jackeline Moura Sales Gouveia

CPF: 310.111.650-03

RG: 90001017735

Órgão: SSP/CE

Assinatura:

Nome: Arianele Jackeline Moura Sales Gouveia

CPF: 310.111.650-03

RG: 90001017735

Órgão: SSP/CE



24 JAN. 2019

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

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

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

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

ACIDENTE DE TRABALHO

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

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

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

OBSERVAÇÕES: TCE

SINAIS VITAIS

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

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

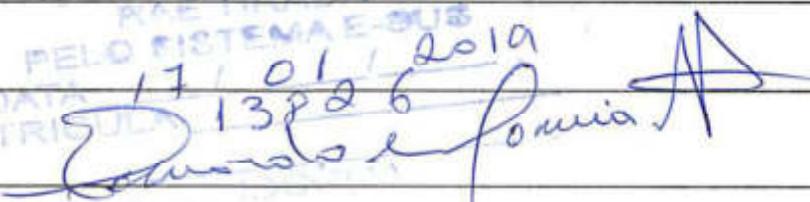
Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

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

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

24 JAN. 2019

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 17/01/2019 9:44:47

Por: EDUARDO MOREIRA

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	RACA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA RITA DE CASSIA SOUZA DA SILVA			NOME DO PAI: GERALDO RODRIGUES SOUSA DA SILVA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDERECO DO PACIENTE: PADRE ALZIR SAMPAIO		Nº: 266	BAIRRO: PRESIDENTE KENNEDY		
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 934781248	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60355260		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USA 122 CONÓ BELIZARIO		PARENTESCO: LUCIENDA(PRIMA)		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um objeto fixo ou parado.							
QUEIXAS: PAC COM HEMATOMA PERIORBITAL. ENTUBADO EM VM. TRAUMA NA PELVE SANGRAMENTO NOS MMII. APOS COLISAO EM MURETA							
OBSERVAÇÕES: TCE							
SINAIS VITais							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor:	Sam. dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:	17/01/2019 13:26 2010 Eduardo e Fomia						
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Nº DO CLIENTE

7420588-9

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

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

codice

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

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

Online Prod

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

445567854

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

Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

End. Postal RU CNS HELO 01130 AP 302

POTIRAS II - CAUCAIA - 66000-000

Medidor 5018880

Poste 0000 0006

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 1,00

RG / CPF / CNPJ 630383663-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC-DEQUILÍBRIO DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso da nota.

Conjunto 1504

Mês	1.1.2016	1.2.2016
DIC	0,29	0,51
FIC	0,44	1,03
DMIC	0,45	0,77

RESERVA DA FISCAL

Mês	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00	0,00	0,00

RESERVA DA FISCAL

Mês	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Init. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cont. Pat. Tarifa (R\$ / kWh) Valor (R\$)

732	636	1.00	24	0,00	24	0,70202	65,77
00.10	00.00.10		31.1.16				15,52
						VALOR (R\$)	

Scanned by CamScanner

24 JAN. 2019

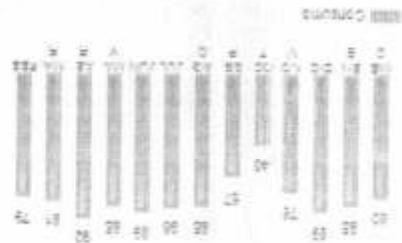
24 JAN. 2019



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

4300794-5 N. DE NOTA FISCAL 557151696 Total a Pagar (R\$): 53.47
 23/01/2019 Preferencial JAN/2019 N. DE Controle 0004300794 00093 4304 205
 Database de Emissões

กิจกรรม จัดทำแบบทดสอบ



HISTÓRICO DE CONSUMO (ultimo 12 meses)

INFOMAGOS IMPORTANCIAS E AVISOS DE VENCIMIENTO

CONSUMO CONSCIENTE · EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

UNIFICADO DE HONORIFICAMENTO

COMPUSTACAO DO VATOR DE CONSUMO

CARTÃO DE TÓDDOS - 0800-283-8916

DIFERENTES PROGRAMAS

7/24/2012 11:13:56 AM 588A/H926318D

www.elsevier.com/locate/espmed

www.ojs.ub.edu.ar

OpenStax College, CC BY-SA 3.0, <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>

0 2024-01-20 10:16:1

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

55716196

JAN/2019

Está é a segunda via

100



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato com a

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

Companhia Energética do Ceará

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

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF: 68100 8483

de Tarifa Serviço de Energia Elétrica

tarifa eletrobrás Lm nr. 36-426 de

26 de outubro de 2012

DADOS DO CLIENTE

Rota 05 022005 12 093800

Medidor

Posto

Nome: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

5018650

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade
Consumidora

RJ CNS MELO 01130 AP 102 POTIRAS II CAUCAMIA 60000000

RG / CPF / CNPJ 630.383.663-15

CGF

Classe B1 - B1-RESIDENCIAL RÚSTICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

TOTAL A PAGAR (R\$)

106,73

FP 3344 3268 1 76 0 76

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA
CONSUMO

76 0,72504 55,10

DATAS DE LEITURA

Data de Emissões
Aproximadas

Prev. Próxima
Leitura

08/01/2019

07/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6E8C76A4,89F8,7682,E5A2,A143,FB08,A329

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
55,10	2,1%	14,87

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

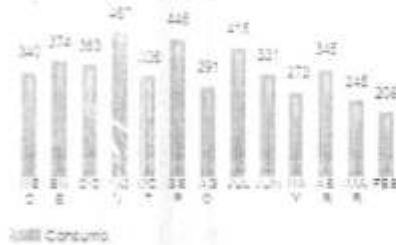
Veja a legenda no verso desta conta: CM: 22,02

Conjunto

Mes NOV/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mediante cliente

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

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

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

Companhia Energética do Ceará
Maior Valores: 150 | CEP: 60205-040 | Fone/Fax: 10-436-0000
CNPJ: 070422510001-70 | CGF: 00.105.8163

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

DADOS DO CLIENTE

Rota: 18 01150 23 033800

Medidor:

Posto:

Nome: ANGELA MARIA DA SILVA BRANDAO

8949504

1000 Y31P

Endereço Postal:

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

RG / CPF / CNPJ: 739.968.743-91

CGF:

Classe: B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência:

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

TOTAL A PAGAR (R\$)

142,87

FP 31117 30938 1 179 0 179

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão:
Agrupamento:

Próx. Proxim.
Leitura:

25/01/2019

23/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

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

2,99
10,10

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

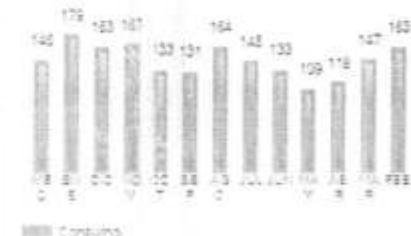
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 39,97

Consumo:

Mês: NOV/ 2018

	Padrão Individual	Apuração Individual				
	Mensal	Trimestre	Anual	Mensal	Trimestre	Anual
DNC (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)



autenticação técnica cliente:

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

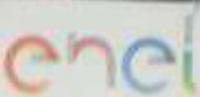
83800000001-7 42870031000-8 00020119510-0 02324379280-5



Nr. do Cliente:

7420588

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.439
de 26 de abril de 2007.



Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60105-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.647.261/0001-70 | CÓD. 106.488.0

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE UNICA | N° 062528605

Rota CAS05U12 - 93800
Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO
Endereço RUA CNS MELO, 01130 - AP 102, POTIRAI II, 61600-004,
CAUCATÁ
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Referência 05/2020

Emissão 11/05/2020
Medidor 5571541-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

5000233560312416123000047

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA

Anterior 09/04/2020 Atual 11/05/2020 Próxima prevista 09/06/2020

DADOS DA MEDIDAÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	4.094	4.093	1,00	105	105	105	0,77067	80,92

DADOS DO FATUAMENTO

JUROS, MORATORIOS CONSUMO	TARIFA	VALOR (R\$)
		0,66
		80,92

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	80,92	27,00	21,81
PIS	80,92	0,77	0,6
COFINS	80,92	3,53	2,8

VENCIMENTO

18/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

81,5

CPF/CNPJ

630.383.663-15

0,86%

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões
Fonte: Instituto de Energia Elétrica
Consumo médio: 105 kWh
Consumo médio: 105 kg (CO₂)

Consciência Ecológica (%CO₂) 0

MARA ADRIANA PINTO
ET PARA SAO JOSE, 39, CENTRO
TIANGUA - CEP: 62320-000

Codificacao: 010.001.0096.0490.0000.00.00

Padrao do imovel: MEDIO

ECONOMIAS 001 000 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Publica: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ³	Média Semestral (m ³)
ÁGUA	A10F182554	21	23	2	2

DATAS
Leitura atual: 09/06/2020 Emissao: 09/06/2020 Lacre agua: 3277639
Leitura anterior: 09/05/2020 Proximo Teitura: 09/07/2020

04/2020					
QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
No de amostras	052	052	010	052	052
Exigidas	052	052	010	052	026
Analisadas	026	026	026	026	026
Em conformidade	026	026	026	026	026

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
MULTA DE 2%	2,47	Jul/19 1
JUROS DE 0,033% AO DIA	1,51	jul/19 1
		ago/19 0
		set/19 1
		out/19 1
		nov/19 0
		dez/19 0
		jan/20 1
		fev/20 0
		mar/20 5
		abr/20 5
		mai/20 1

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,42	VALOR DO SERVIÇO	45,00
COFINS	2,11	VALOR DO SUBSÍDIO	0,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	44,28

MÊS ANO
06/2020

VENCIMENTO
02/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
44,28

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.
RELATORIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

Emissao: 06/06/2020
Iac: 3529605301473 Leit.: 0408 Data: 09/06/2020 H:07:54:25 R:049 L:ia:001



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **557161696**
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
 CNPJ 07047251/0001-20 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438 de
 26 de abril de 2002.

Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE **4300794** **DV** **5**

VENCIMENTO **20/01/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$) **93,47**

DESCRICAÇÃO DA CONTA

DADOS DO CLIENTE

Rota 06 022000 02 0132600 Medidor 00000
 Nome VANDERLUCE ARAUJO DUARTE 25062483
 Endereço Postal

End. da Unidade SETOR RUA 114 CASA 00623 SEM BAIRRO CAUCAIA 61600000
 Consumidora

RG / CPF / CNPJ 712.401.443-34 CGF Fator de Potência 0
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP	8199	8114	1	85	0	85
----	------	------	---	----	---	----

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
-------------------------------	-----------------------

09/01/2019 09/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7E7C.4FCA.D1F3.60FA.5DF6.58BA.F926.31BD

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
-----------------------	----------	------------------

61,62 27% 16,63

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,60
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	9,35
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916	21,90

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compreenda suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica%CO₂

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

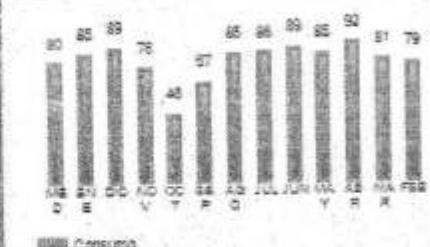
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 18,19

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 (d)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **4300794-5** N° da Nota Fiscal: **557161696** Total a Pagar (R\$): **93,47**
 Data de Emissão: **23/01/2019** Referência: **JAN/2019** N° de Controle: **0004300794 00093 4304 2 05**

83830000000-4 93470031000-4 00643007940-0 00934304259-6



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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

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

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Potiguara</u>	Número	<u>1208</u>	Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Ponta</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>56600-000</u>
Email	<u>may.viana@hotmail.com</u>	Telefone comum (DDD)	<u>(183) 3046-3120</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(183) 9714 8819</u>

Romero do Nascimento Viana de 05 de 2019
Local e Data



Assinatura do Declinante

24 JAN. 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NFI de sinistro ou AGL:

 CEP da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 Mariana Antonia Souza da Silva

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

Nome completo: Silvana de Oliveira Furtado

CPF: 630.383.663-15

Profissão: Vendedora

Endereço:

Rua CNS milo

Bairro: Potira II

Cidade:

Barraia

Estado:

SP

Número: 1130 Complemento: Ap. 102

E-mail:

mari.ronara@hotmail.com

CEP: 0600-000

Tel. (000) 185) 97188819

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEMA RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (1 a 1000 bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

[Informar digito de verificação]

[Informar digito de verificação]

AGÊNCIA:

CONTA:

[Informar digito de verificação]

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider para a avaliação da existência e quanto à existência das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.214/91, art. 3º, §1º, com base na qual a autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou análoga ao direito de contestação, caso descreva-se seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Companheira Separado (não casado) Viúvo

Data do óbito da vítima:

03/10/2018

Grau de parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

Seu nome completo: Silvana de Oliveira Furtado

Vítima teve filhos?

Vítima deixou filhos/vivos?

 Sim Não

Nome dos filhos/vivos:

 Sim Não

Vítima deixou pais/vivos?

 Sim Não

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

Local e Data: Barraia - 01/02/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROSA

Assinatura

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do procurador (se houver)

TESTIMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome: JOSEVAN PINTO BARROS

CPF: 600.067.453-85

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não apresentando deverá escolher outra pessoa (testemunha), maior de idade, para preencher o e-mail o presente formulário, à SEI (RDS), na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a data da elaboração do laudo (não é necessário, antes do preenchimento e assinatura).

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NF do sinistro ou ASU

CPF da vítima

Nome completo da vítima

456.263.593-20 Maria Antônio Souza da Silva

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

Nome completo

Phaloma Brandão Souza

CPF

626.904.813-32

Profissão

Autônoma

Endereço

Rua Fri Odilon 100 02

Número

624 Ap. 01 BL AJ7

País

Brasil

Cidade

Porto Alegre

CEP

6033 6190

Email

may.romera@hotmail.com

Estado

RS

DDD

(51) 97388819

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR LIGAÇÕES DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Nome do banco)

- Bradesco (337) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

3469

CONTA:

39580

3

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impecável da alegada comissão de Instruções Móveis (IM) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinar/ler uma das opções]:

- Não há IM, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IM que atende a região do acidente ou da minha residência não é motivo suficiente para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IM que atende a região do acidente ou da minha residência não é motivo suficiente para fins do Seguro DPVAT.

Pelo motivo acima citado, solicito o prosseguimento da análise do(s)(s) pedido(s) de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custos da Seguradora Lider para comprovar a existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 21, § 4º, art. 31, § 1º, da Lei 9.514/97, o que não deve ser interpretado como previsão de concordância com a futura avaliação médica da referida autoridade em direito de curto prazo, essa de forma não consensual.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grado de parentesco com a vítima:

Filha

Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não

Se for sim, informar quantos:

03

Nome: Filha

Vítima deixou parentes vivos? Sim Não

Vítima deixou parentes vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso preciso, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e proviorem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou desacordo quanto à veracidade da declaração gerará a negação da cobertura, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

Nome: **Phaloma Brandão Souza**

CPF: **456.263.593-20**

(*) Assinatura de quem inscreve o RG/ID

Phaloma Brandão Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (se devidamente autorizada)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA: **Alumerly de Oliveira Furtado**
1º) Número: **883.833.953-91**

CPF: **600.069.453-85**
Assinatura: **Alumerly de Oliveira Furtado**

2º) Número: **Josuane Pronto Barros**
CPF: **600.069.453-85**

Assinatura: **Josuane Pronto Barros**

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NF do registro ou ASL:

CFP da vítima:

Nome completo da vítima

456.263.593-20 Marcos Antônio Souza da Silva

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

Nome completo:

Ana Jéssica Huarte da Silva

CPF: 026.674.413-38

Endereço:

Endereço:

Nome completo da vítima

Vendedora Rua 114, 220

Número: 623 Complemento: Casa

Bairro:

Cidade:

Estado:

2200 metropolitana

CEP: 61600-000

E-mail:

mat.romero@hotmail.com

DDD: 61 (5500) 18397188819

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0926

CONTA: 31837

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

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

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

Pelo motivo acima citado, solicito e prorroguem-me a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, contornando, desse jeito, a necessidade da Seguradora Lider para verificação da existência e evolução das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.524/76, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou tomada em direito. Eu contesto-lhe, caso contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

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

Assinatura

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

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assinou a RGCC

Ana Jéssica Huarte da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rosana

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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

Assinatura

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

Assinatura

24 JAN. 2019

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Xançor Antônio Soárez da Silveira, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 29/09/2018, faleceu em 03/10/2018 no estado civil de viúva solteiro (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. <u>Mariânia Furtado da Silveira</u>	<u>filha (menor)</u>		<u>086.659.343-83</u>
2. <u>Poloma Brannby Silveira</u>	<u>filha</u>	<u>30029163687</u>	<u>606.904.813-32</u>
3. <u>Ana Jessica Furtado da Silveira</u>	<u>filha</u>	<u>3005010138038</u>	<u>035.674.413-38</u>
4.			
5.			

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

Declaro(mos), ainda que a vítima () não deixou companheira(o) ou (x) deixou companheira(o) de nome Biliane de Oliveira Furtado (única estavam) - Apresentar declaração de exclusão de pleno

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

29/10/2020

LOCAL E DATA

Biliane de Oliveira Furtado

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
<u>Biliane de Oliveira Furtado</u>	<u>92010028423</u>	<u>650.383.663-15</u>	<u>Biliane de Oliveira Furtado</u>
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
<u>Comendador Diniz dos Reis</u>	<u>98001017043</u>	<u>663.164.839-1</u>	<u>Comendador Diniz dos Reis</u>
2. <u>Maria Luoma da Costa Bonito</u>	<u>20151418652-3</u>	<u>629.125.235-33</u>	<u>Maria Luoma da Costa Bonito</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 *Flávia Antunes Souza da Silva*

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

Nome completo:

Phaloma Brandão Souza

CPF: 626.904.813-32

Profissão:

Autônoma

Endereço:

Tr. São Sebastião

Número: 153

Bairro:

Pies. Kennedy

Cidade:

Fortaleza

Estado: Ce

E-mail:

CPF: 60.355.520

TEL (DD):

(85) 3046-3420

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

- RECUZO 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\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: *Brasil*

AGÊNCIA:

3469

CONTA:

39580

(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, devo, 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 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 esinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse jeito, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei F. 154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou remédio ao direito de contestá-la, caso eu concorde com seu encerramento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não *Flávia Oliveira Furtado*

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: *03* Falecidos: *0* Vítima deixou nascituro (vai nascer)? 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou desacerto não verdadeiro poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS
1º) Nome: *Isacian Rito Barros*
CPF: *600.067.453-85*
Assinatura: *Isacian Rito Barros*

2º) Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dizer o que é de fato seu conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTES DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

2456.263.593-20 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 Huarte da Silva

CPF:

026.674.413-38

Profissão:

Vendedora Endereço:

Rua 114, 220

Bairro:

2200 metrópole Cidade:

Caicara

Estado:

CEP:

66600-000

E-mail:

marc.vanessa@hotmail.com

Numero:

623

Complemento:

casa

76 (3000)

18597188819

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e por ante 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

03/11/2018

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Seu cônjuge (deixou companheiro(a)), informar o nome completo:
Filha

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: 03 Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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



Local e Data: Caicara - a 23/01/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RG

Ana Jéssica Huarte da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura:

2º | Nome: Jéssica Pinto Bona
CPF: 600.067.453-85

Assinatura:

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preenchimento e assinatura.

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

24 JAN. 2019



24 JAN. 2019





REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00439 029 0345608 20

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

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dado 16.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012

Carmem Lucia de Souza Gomes
Escrevente Autorizada



24 JAN. 2019

24 JAN. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

Submited by C. amaral - 07

Submited by C. amaral - 07

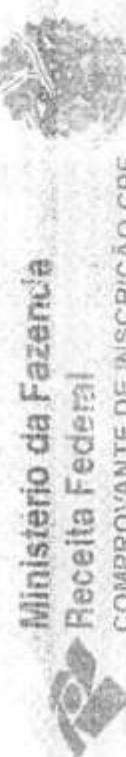


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

Submited by C. amaral - 07

Submited by C. amaral - 07



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
626.904.813-32

Nome
PHALOMA BRANDÃO SOUZA

Nascimento
23/11/1998

24 JAN. 2019

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

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

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

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

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

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

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

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

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

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

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

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

PROTOCOLO DE BENEFICIOS

BENEFICIO: 187.267.141-9

F A I X A: 0158

DADOS DO BENEFICIO

OL. CONCESSOR....: 05.0.01.120

ESPECIE...: 21

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

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

DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO.: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

NIT.....: 0026775406523

CTPS.....: 00000000

SERIE.....: 0000000

DATA EMISSAO....:

UF.....: CE

IDENTIDADE.....:

DATA EMISSAO..:

UF.....:

ORGAO EMISSOR..:

ENDERECO DO TITULAR

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

BAIRRO.....: PARQUE POTIRAZ

CEP.: 61650-370

MUNICIPIO.....: CAUCAIA

UF.: CE

DDD.....: 085

TELEFONE: 89618270 RAMAL.:

DATA 31/10/18

MATRICULA: 00000155818

ASS: 65

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

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

[] Sim, em ____/____/_____

[] Nao



JAIME ARARIPE
Serviço Registratário

ASL-0028824/19

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ASL-0028824/19
joao.silva.pd.2154
07/02/2020 11:36:15

ASL-0028824/19
joao.silva.pd.2154
07/02/2020 11:36:15

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00439 020 0345008 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTESSO

CINCO (05) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)

DIA MÊS ANO

05 05 2012

HORA MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.

09:05 FORTALEZA-CE

MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.

ANTÔNIO BEZERRA FORTALEZA / CEARÁ

LOCAL NASCIMENTO

FORTALEZA-CE

SEXO

FEMININO

FILIAÇÃO

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

AVOS

GERALDO RODRIGUES DA SILVA

CASSIA SOUZA DA SILVA

LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO

MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO NÃO É GÊMEO

DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO

ONZE (11) DE MAIO (05) DE DOIS MIL E DOZE (2012)

30-57995076-1

OBSERVAÇÕES / AVERBACÕES

Registro feito nesta data. Registro lavrado no Livro N° A-00439, Folia N° 020, Termo N° 345908

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Deu M.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

Carolina Lúcia da Souza Gomes
Carolina Lúcia da Souza Gomes
Escrevente Autorizada

JAIME ARARIPE

Setor de Registro Civil

Titular: Delegado Jaime Araripe Jr.

Av. Mestre Hull - 4965 - Anísio Portela

CEP 60.356-001 - Fortaleza - Ceará

Phone: (85) 3235-3301

e-mail: cartorioararipe@secretaria.ce.gov.br



24 JAN. 2019





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO



DOC. IDENTIDADE / CARTEIRA DE

98010078623

SSP

CR

CR

630.303.663-15 10/11/1981

PRIMÁRIO

LOIZ AUGUSTO SILVA
FURTADO
METRIZANE DE OLIVEIRA
FURTADO

PERMISSÃO

PERMISSÃO

PER

PER

VALIDADE

10/09/2016

PERMISSÃO

11/09/2016

DESCRIÇÃO

SEM OBSERVAÇÃO

Ass. em 06/09/2016

LEIA

SPONTÂNEA. CR

14/09/2016

(-44-810)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDADE 10/09/2016
TERRITÓRIO NACIONAL

1158287489

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	
ANGÉLA MARIA BRANDÃO DE SOUZA	
NATURALIDADE	
FORTALEZA - CE	
DATA DE NASCIMENTO	
23/11/1998	
DOC. ORIGEM	
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:ANT BEZERRA TERMO:218678 FOLHA:07	
LIVRO:A-199 FORTALEZA - CE	
CPF	
1. VIA	Assinatura do Registrador
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.110 DE 29/06/83	
P.: 1	

卷之三

Sternberg et al.

卷之三

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
626.904.813-32

Nome
PHALOMA BRANDAO SOUZA

Nascimento
23/11/1998

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO
CIVIL, FAMILIAR E DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

EC

ANNA JESSICA DUARTE DA SILVA

DOCUMENTO DE EMISSÃO N.
2015010126028 SSP CE

CP: 026.674.413-38 DATA: 10/06/1991

PAPEL: MARCOS ANTONIO SOUZA
DA SILVA
VANDERLUCE ARAUJO
DUARTE

PERMANECE: ACC - CATHIA
Nº REGISTRO: 05519-0-510
VALIDADE: 25/11/2016
PRIMEIRA C. 06/05/2016

EM OBSERVAÇÃO:

ANNA JESSICA DUARTE DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

ENDA: FORTALEZA, CE
DATA EMISSÃO: 03/08/2017
61510500116
CE160697107

PROJETO PLASTIFICAR

1494276731

CEARÁ

1
M. 93/2018

egistro N. 765924 / 2018

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

viar para DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
EXAME CADAVÉRICO

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

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO CRM N. 6934

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

ARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

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

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

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

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

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

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

AME INTERNO:

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

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

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

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

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

SPOSTA AOS QUESITOS

IMEIRO - Houve morte?

;

GUNDO - Qual a causa da morte?

umatismo crânio-encefálico por instrumento contundente;

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

strumento contundente;

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

24 JAN. 2019



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

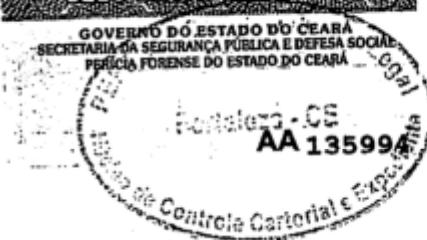
Não.

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

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO
CRM N. 6934

SELO DE AUTENTICIDADE

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



egistro N. 765924 / 2018

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

M. 93/2018

viar para DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
EXAME CADAVÉRICO

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

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO CRM N. 6934

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

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

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

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

21:00 horas do dia 03/10/2018 deu entrada no IML de Fortaleza um corpo do sexo masculino que teria sido 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.

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

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

AME INTERNO:

anio: fratura parietal esquerda extensa. Presença de acesso cirúrgico parietal recente. Hemorragia encefálica sanguinosa em reabsorção.

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

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

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

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

SPOSTA AOS QUESITOS

1. MEIRO - Houve morte?

2;

3. GUNDO - Qual a causa da morte?

4. Traumatismo crânio-encefálico por instrumento contundente;

5. CCEIRO - Qual o Instrumento ou meio que produziu a morte?

6. Trumento contundente;

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

24 JAN. 2019



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

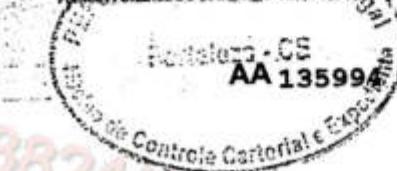
Não.

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

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO
CRM N. 6934

SELO DE AUTENTICIDADE

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



ASL-0028824/19
joao.silva.pd.2154
07/02/2020 11:35:52

ASL-0028824/19
joao.silva.pd.2154
07/02/2020 11:35:52

ASL-0028824/19
joao.silva.pd.2154
07/02/2020 11:35:52

ASL-0028824/19
joao.silva.pd.2154
07/02/2020 11:35:52