



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
FRENTE POR FRENTE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR

POLEGAR DIREITO



*Ana Julia ripardo duarte*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2019094812-9 DATA DE EMISSÃO 04/04/2019

NOME ANA JULIA RIPARDO DUARTE

PLACAO FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

MARIA ADELINE RIPARDO DA SOUZA

NATURALIDADE SOBRAL - CE

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: SEDE TERMO: 0609672 FOLHA: 00000289

LIVRO: A00009 GRAFÍAS - CE

CPF 634.112.493-74

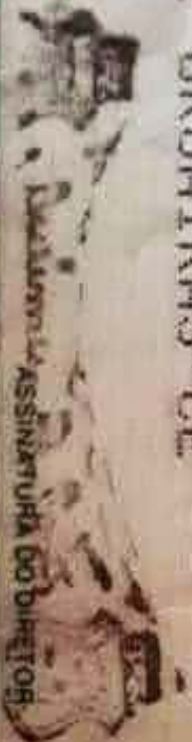
DATA DE NASCIMENTO 23/07/2011

1 VTA

ASSINATURA DO TITULAR

LE Nº 7.118 DE 29/09/03

P.: 293

|                                                                                                             |                                |                      |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                                                        |                                |                      |           |
| REGISTRO<br>GERAL                                                                                           | 2006031039537                  | DATA DE<br>EXPIRAÇÃO | 10/5/2006 |
| NOME                                                                                                        | MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA |                      |           |
| FILIAÇÃO                                                                                                    |                                |                      |           |
| ANTONIO FERNANDES DE SOUZA E MA<br>RIA DO NAZARE RIFARDO DE SOUZA                                           |                                |                      |           |
| NATURALIDADE                                                                                                |                                |                      |           |
| GRD ATRAS-CE                                                                                                |                                |                      |           |
| DOC ORIGEM                                                                                                  | CERT. NASC.                    | 7078 L A-7 F         | 27/4/1992 |
| 191                                                                                                         | GRD ATRAS-CE                   |                      |           |
| CPS                                                                                                         |                                |                      |           |
| <br>ASSINATURA DO DIRETOR |                                |                      |           |
| LEI Nº 7.116 DE 24/08/63                                                                                    |                                |                      |           |



**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



**Número**

**073.249.623-35**

**Nome**

**MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA**

**Nascimento**

**27/04/1992**



Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**634.112.493-74**

Nome  
**ANA JULIA RIPARDO DUARTE**

Nascimento  
**23/07/2011**

CÓDIGO DE CONTROLE  
40C9.7AC7.4FDA.BC1A



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 10:27:16 do dia 27/05/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Engel

EVANILDO ARAGÃO MELO  
ADVOGADO



PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUSA, brasileira, solteira, do lar, RG de nº 2006031039537, inscrita no CPF de nº 073.249.623-35, residente e domiciliada na área rural denominada de Fazenda Muriçoca s/n, na cidade de Groaíras/CE, representante legal de sua prole ANA JULIA RIPARDO DUARTE, brasileira, menor impúbere, inscrito no CPF sob o nº 634.112.493-74.

**OUTORGADO:** EVANILDO ARAGÃO MELO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE 34.538A e OAB/RJ 189.964, com endereço profissional na Rua Major Araújo nº 815, Centro, Groaíras-CE, CEP.: 62190-000.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o OUTORGANTE nomeia e constitui o OUTORGADO como sendo seu bastante procurador com todos os poderes que confere a cláusula *ad judicium* e *ad negotium* em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo propor contra que de direito as ações competentes e defender o outorgante nas contrárias, seguindo uma e outra até o final da decisão. Usando de todos os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, renunciar poderes, renunciar valores excedentes; variar de ação, discordar, firmar acordo e compromissos, receber, poderes especiais para receber precatório e requisição de pequenos valores (RPV), autorizando ainda, a dedução dos honorários advocatícios pactuados em 30% (trinta por cento), ou no mínimo sobre o valor do pedido, da condenação ou vantagem ou 60 UAd's (tabela da OAB/CE), cujo, o percentual será destacado por ocasião da expedição e recebimento do RPV o precatório em favor do Advogado, requer falência, dar quitação, requerer benefícios administrativos e fiscal junto ao INSS, requerer inscrições no cadastro de pessoas físicas junto à Receita Federal, para representa-lhe em ações criminais, trabalhistas, cíveis e administrativas ou em qualquer área do Direito, sendo os honorários cobrados de acordo com a tabela da OAB/CE, podendo agir em conjunto ou separado de outro advogado, inclusive substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom firme valioso.

**DECLARAÇÃO:** Declaro, também, para os devidos fins, *ser pobre, na forma e sob pena da Lei nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983*, não dispondo de condições financeiras, para arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Groaíras-Ceará, 21 de SETEMBRO de 20 20

+ Maria Adelini Ripardo de Souza  
ORTOGANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

# CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

ANA JÚLIA RIPARDO DUARTE

MATRICULA

0166670155 2011 1 00009 289 0009872 95

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Vinte e três de julho do ano de dois mil e onze

DIA

23

MÊS

07

ANO

2011

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

01:25 Sobral, Estado do Ceará;

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Groaíras, Estado do Ceará;

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

Francisco Narciso Paiva Duarte e Maria Adelini Ripardo de Souza.

AVOS

Paternos – Francisco Pinto Duarte e Maria Lucimar de Paiva Duarte; Maternos – Antonio Fernandes de Souza e Maria do Nazaré Ripardo de Souza.

GÊMEOS

NOME E MATRICULA DOS GÊMEOS

Não

\*\*\*\*\*

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Vinte e cinco de outubro de dois mil e onze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30579639020 \*\*\*\*\*

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

Eu, (a) Francisco Verlene Moreira Azevedo, Oficial do Registro Civil, que o escrevi. (a.a.) Francisco Narciso Paiva Duarte. Maria Adelini Ripardo de Souza. Testemunhas: Emanuele Rodrigues Alves. Carlos Maxmilian de Mesquita. Por força do Provimento nº 63, Artigo 6º, do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, datado de 14/11/2017, fica averbado no NASCIMENTO de ANA JÚLIA RIPARDO DUARTE o seu CPF/MF, a saber: Nº 634.112.493-74. Certidão expedida gratuitamente em substituição a certidão expedida em data de 27/10/2011, em face do nome ADELINE, com a grafia ADELINI, seio Registral nº FEOR 08 AB 958836. ISENTOS DE EMOLUMENTOS. \*\*\*\*\*

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS E DE REGISTROS – CONR

OFICIAL REGISTRADOR: FRANCISCO VERLENE MOREIRA AZEVEDO

MUNICÍPIO/UF: GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ

ENDEREÇO: RUA PRINCESA ISABEL, Nº 670 – CENTRO

O conteúdo da é verdadeiro. Dou fé.

Data e local: 16/01/2020, Groaíras – CE.

PODER JUDICIÁRIO  
Estado do Ceará

Setor Tipo 9

AAA892347-F9W9

SELO DIGITAL DE  
AUTENTICIDADE



Consulte a validade do Selo Digital em  
selodigital.tipo.jus.br/portal

OFICIAL

Fco Verlene Moreira Azevedo  
TABELÃO, OFICIAL DO REGISTRO CIVIL  
CONR - Groaíras - CE

23.706.617/0001-22  
CARTÓRIO DE OFÍCIO DE  
NOTAS E DE REGISTROS  
RUA PRINCESA ISABEL, 670  
CENTRO - CEP: 62.190-000  
GROAÍRAS - CE

arpençeara AA 000950397 P



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL  
Impresso nº 2019395097



fls. 30

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 868 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **12/06/2019 16:02:31**  
Data / Hora da Ocorrência: **12/05/2019 04:35:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CE 179**  
Complemento:  
Bairro: Município: **SOBRAL/CE**  
Ponto de Referência: **KM 122**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**  
Nascimento: **18/05/1970** CPF: **021.617.567-45** UF:  
RG: **093073971** Orgão Emissor:  
Filiação: **MARIA LUCIMAR DE PAIVA DUARTE**  
**FRANCISCO PINTO DUARTE**  
Endereço: **RUA MANOEL ALVES**  
Bairro: **COHAB**  
Município: **GROAIRAS/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Noticiante(s)**

Nome: **EVANILDO ARAGÃO MELO**  
Nascimento: **02/04/1974** CPF: **730.506.283-91** UF:  
RG: **189964** Orgão Emissor: **SSP CE**  
Filiação: **MARIA AILZA ARAGÃO**  
**EDMILSON XIMENES MELO**  
Endereço: **RUA RUA MOJOR ARAUJO, 815 CASA**  
Bairro: **CENTRO** CEP: **62.190-000**  
Município: **SOBRAL/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8835-0929**

**Histórico**

relata o noticiante que é advogado OAB 34538-A, e neste ato atua como representante da senhora MARIA ADELINE RIPARDO DE SOUSA, que é representante legal de ANA JULIA RIPARDO DUARTE, que por sua vez é filha da vítima, FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE; Que FRANCISCO NARCISIO faleceu em decorrência de um acidente de transito ocorrido na CE 179, km 122; Que a ocorrência foi registrada por meio do Boletim de Ocorrência nº 553-3860/2019, na data de 12/05/2019; Que na certidão de óbito consta, no campo causa da morte a seguinte informação: "traumatismo cranioencefálico"; Que registra a ocorrência para fins de solicitar o seguro DPVAT. E nada mais disse.//

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**ALYSSON DYEGO PORTELA DANTAS - MAT.: 30118839**

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

Consolidado em: 12/06/2019 16:22:10

Pág. 1 de 2

Impresso em: 12/06/2019 16:22:10

8 *[Assinatura]* OAB 34538



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL  
Impresso nº 2019395097



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 868 / 2019**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** 8 Evanildo Aragão Melo

**VISTO DO DELEGADO(A) :** OZANIEL VASCONCELOS LEITE - MAT.: 30120108

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

Consolidado em: 12/06/2019 16:22:10

Pág. 2 de 2

Impresso em: 12/06/2019 16:22:10

Válida(a) somente com  
selo de autenticidade.

SELO DE  
AUTENTICIDADE

08

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO  
ESTADO DO CEARÁ

REGISTRAL CIVIL  
Nascimento e Óbito

Nº AD 405055



WFDI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME

( FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE - CPF/MF Nº 021.617.567-45 )

MATRÍCULA:

0166670155 2019 4 00003 093 0001687 90

|           |        |           |                                          |
|-----------|--------|-----------|------------------------------------------|
| SEXO      | COR    | PROFISSÃO | ESTADO CIVIL E IDADE                     |
| MASCULINO | BRANCA | GARÇOM    | SOLTEIRO, COM QUARENTA E NOVE (49) ANOS; |

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

DEZOITO DE MARÇO DE MIL NOVECENTOS E SETENTA

DIA

18

MÊS

03

ANO

1970

DOMICÍLIO / RESIDÊNCIA

TRAV. MANOEL ALVES DE OLIVEIRA, Nº 36, COHAB, NESTA CIDADE DE GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ;

NATURALIDADE

SANTA QUITÉRIA, ESTADO DE CEARÁ

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG/IFP/RJ Nº 09307397-1

ELEITOR

0903 3967 0736

FILIAÇÃO, PROFISSÃO E RESIDÊNCIA

FRANCISCO PINTO DUARTE E MARIA LUCIMAR DE PAIVA DUARTE, BRASILEIROS, CASADOS, APOSENTADOS, ELE RESIDENTE E DOMICILIADO NA CIDADE DE SANTA QUITÉRIA, ESTADO DO CEARÁ; ELA RESIDENTE E DOMICILIADA NA CIDADE DE GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ. \*\*\*\*\*

DATA E HORA DE FALECIMENTO

DOZE DE MAIO DE DOIS MIL E DEZENOVE; ÀS 04:35;

DIA

12

MÊS

05

ANO

2019

LOCAL DE FALECIMENTO:

VIA PÚBLICA/ CE 179;

CAUSA DA MORTE:

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO;

SEPULTAMENTO

CEMITÉRIO MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO,  
NESTA CIDADE DE GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ;

CARTÓRIO DE CASAMENTO

\*\*\*\*\*

NOME DO CONJUGE

\*\*\*\*\*

DECLARANTE

JERRY ADRIANO PAIVA DUARTE

FILHOS NOME E IDADE

( 1) ANA JULIA, NASCIDA AOS 23/07/2011; 2) MARCUS VINICIUS, NASCIDO AOS 22/05/1992 ) \*\*\*\*\*

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES:

Eu, (a) Francisco Verlene Moreira Azevedo, Oficial do Registro Civil, subscrevo e assino. (a.a) Jerry Adriano Paiva Duarte. Testemunhas: Jonathan de Sousa Duarte. Fábio Paiva Duarte. DO nº 29227099-2. O (a) falecido (a) não deixou testamento nem bens a partilhar. "ISENTO DE EMOLUMENTOS". \*\*\*\*\*

CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS E DE REGISTROS

FRANCISCO VERLENE MOREIRA AZEVEDO

GROAÍRAS, ESTADO DO CEARÁ

RUA PRINCESA ISABEL, Nº 670 - CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Data e Local: GROAÍRAS (CE), em 15/05/2019.

23.706.617/0001-22  
CARTÓRIO DE OFÍCIO DE  
NOTAS E DE REGISTROS

RUA PRINCESA ISABEL, 670  
CENTRO - CEP: 62.190-000  
GROAÍRAS - CE.

Oficial

Fco Verlene Moreira Azevedo  
TABELADO OFICIAL DO REGISTRO CIVIL  
CONR - Groaíras - CE



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social  
Perícia Forense do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Medicina Legal  
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral

# LAUDO PERICIAL

2019.0022764

Natureza do exame: Cadavérico  
Referência: B.O: - 553-3860/2019

Documento solicitante: Guia - 1455/2019  
Órgão solicitante: Delegacia Regional de Sobral

---



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
Perícia Forense do Estado do Ceará

## LAUDO PERICIAL

Cadavérico

**Perícia Forense do Estado do Ceará**  
**Coordenadoria de Medicina Legal**  
**Núcleo de Perícias Médicas e**  
**Odontológicas de Sobral**

Número: 2019.0022764

Páginas: 2/3

No dia 12 de Maio de 2019, no Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Sobral-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Dr(a) Gustavo Adolfo Pereira Da Silva Júnior para proceder exame de Cadavérico, a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia Regional de Sobral de acordo com o(a) Guia de número 1455/2019, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

### DADOS:

ENVOLVIDO(S):

FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

### QUESITOS:

- 1) Houve morte?
- 2) Qual a causa da morte?
- 3) Qual o instrumento ou meio que produziu a morte?
- 4) Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel?

### PARECER:

**HISTÓRICO:** Deu entrada no necrotério da Perícia Forense do Estado do Ceará, núcleo de Sobral, o corpo de FRANCISCO NARCISIO PAIVA DUARTE, que teria sido vítima de acidente de trânsito, na cidade de Sobral segundo a guia policial de Nº: 553-1455/2019, que o acompanha e o identifica. **IDENTIFICAÇÃO:** Trata-se de um corpo do sexo masculino, cor branca, cabelos grisalhos com calvície frontal, olhos castanhos, dentes regulares, barba e bigode ausentes, trajando camisa de gola na cor azul, com marca do restaurante "Picanha e Cia", calça preta e cueca cinza. **TANATOLOGNOSE:** Apresenta rigidez cadavérica generalizada, hipóstase de decúbito dorsal, córneas parcialmente opacificadas, hipotermia, insensibilidade corporais, ausência de quaisquer sinais ou manifestações vitais. **EXAME EXTERNO:** Encontrei escoriações em placa e em arrasto em face, tórax, membros superiores e membros inferiores. **EXAME INTERNO:** Crânio – Rebatido o couro cabeludo por incisão bi mastoidea e retirada a calota craniana, encontrei Presença de fratura cominutiva dos ossos frontais do crânio com exposição da massa encefálica.

**Cavidade cérvico-tóraco-abdominal - À abertura da cavidade cérvico-tóraco-abdominal e rebatido o plastrão condroesternal, encontrei integridade das estruturas sem lesões de interesse médico-legal externa e internamente.**

**COLETA:** Foram coletados cerca de 5,0ml de sangue de grandes vasos calibrosos cervicais, sob guarda do auxiliar de perícia, para exame de alcoolemia. Segundo Comunicado Interno nº 2015 06 006 001, o Núcleo de Análises Laboratoriais de Sobral, não possui condições técnicas para realizar perícia de exames toxicológicos em sangue, vísceras e demais fluidos biológicos, bem como exame de DNA. Dessa forma todas as amostras serão custodiadas para o cartório do laboratório da PEFOCE em Fortaleza.

**CONCLUSÃO:** Diante do exposto, considerando os achados macroscópicos de necropsia, conclui-se tratar-se de morte real por traumatismo cranioencefálico, devido a acidente de trânsito.



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Perícia Forense do Estado do Ceará*

**Perícia Forense do Estado do Ceará**  
**Coordenadoria de Medicina Legal**  
**Núcleo de Perícias Médicas e**  
**Odontológicas de Sobral**

**LAUDO PERICIAL**

**Número: 2019.0022764**

**Cadavérico**

**Páginas: 3/3**

**RESPOSTAS AOS QUESITOS:**

*Resposta ao 1º) Sim*

*Resposta ao 2º) Traumatismo cranioencefálico*

*Resposta ao 3º) Contundente*

*Resposta ao 4º) Não*

28 de Julho de 2019

**Dr(a) Gustavo Adolfo Pereira Da Silva Júnior**  
**Médico Perito Legista Matrícula:**

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

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

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

5 - Nome completo: ANA JULIA RIPARDO DUARTE 6 - CPF: 634.112.483-74  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: FACENDA MURICACA 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ARIA RURAL 12 - Cidade: GROAÍRAS 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62190-000  
15 - E-mail: evanildoanagao@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (88) 988350929

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: filha 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 2 Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 2 Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA

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

073.249.623-35

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

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

38 - 1ª | Nome: m. Edmonda L. da Silva  
CPF: 037638733-50

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Antonia Celina Melo  
CPF: 537.838463-00

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## REQUERIMENTO

Nome\* ANA JULIA RIPARDO DUARTE  
 CPF\* 634.112.443-74 Estado Civil SOLTEIRA  
 Município de Nascimento GRAXIAS UF Nasc CE  
 Telefones (88) 988350929  
 Email evanildoaragaoadv@gmail.com  
 Endereço FAZENDA MURICACA S/N  
 Município GRAXIAS UF CE CEP 62191-000

Solicito o protocolo do seguinte serviço:\*

PENSAO POR MORTE URBANA

- ☒ Não autorizo o depósito em conta corrente / poupança no presente momento.  
☐ Autorizo o depósito do benefício na conta abaixo, da qual sou titular, bem como o banco a reverter ao INSS as importâncias que venham a ser indevidamente creditadas e aquelas creditadas sem movimentação a débito por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias.  
 Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_ Tipo de conta: \_\_\_\_\_  
☒ Opto em receber as comunicações do andamento do processo, bem como autorizo o envio de intimações pela forma eletrônica no email informado neste requerimento nos termos do §3º do Art. 42 do Anexo da Resolução nº 166/PRES/INSS, de 11 de novembro de 2011.

Declaro estar ciente de que devo acompanhar o andamento de meu pedido através do site do INSS e Central 135, bem como atender às comunicações recebidas através do telefone, endereço e e-mail informados ao INSS e que as informações ora prestadas são verídicas, estando sujeito às penalidades previstas nos art. 171 e 299 do Código Penal.

Observações/Justificativa

Local e data\* SOBRAL-CE 03/08/2019Assinatura\* Evânildo Aragão Melo

## Termo de Responsabilidade (Procurador):

Eu, EVÂNILDO ARAGÃO MELO, inscrito no CPF sob o nº 730.506.283-91, pelo presente Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao INSS qualquer evento que possa anular a presente procuração, no prazo de trinta dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente o óbito do segurado/pensionista, mediante apresentação da respectiva certidão. Estou ciente que descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos artigos 171 e 299, ambos do Código Penal.

Assinatura: Evânildo Aragão Melo



# 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 ASI:

533-3860/2019

3 - CPF da vítima:

021.617.567-45

4 - Nome completo da vítima:

FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

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

5 - Nome completo:

ANA JULIA RIPARDO DUARTE

6 - CPF:

634.112.493-74

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

FAZENDA MURIÇOCA

9 - Número:

s/n

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ÁREA RURAL

12 - Cidade:

GROAÍRAS

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62190000

15 - E-mail:

evanildoaragaoadv@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(88)988350929

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

MARIA ADELINE RIPARDO DE SOUSA

18 - CPF do Representante Legal:

073.249.623-35

19 - Profissão do Representante Legal:

DO LAR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caba Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0554

01

CONTA: 00272717

4

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

FILHA

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

NAO

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 2 Falecidos: 0

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 2 Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: EDIMILSON XIMENES MELO

CPF: 511.871.403-68

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: MARIA AILZA ARAGAO

CPF: 110.264.133-20

Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3190379487 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

**COBERTURA** Morte

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA  
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

### Posição em 21-09-2020 15:29:24

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

| Descrição | Tipo   | Status       | Nome |
|-----------|--------|--------------|------|
| ➔ Outros  | Vitima | Não Conforme |      |

**SINISTRO 3190379487 - Resultado de consulta por beneficiário**

VÍTIMA FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE  
 COBERTURA Morte  
 PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE  
 INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME  
 BENEFICIÁRIO ANA JULIA RIPARDO DUARTE  
 CPF/CNPJ: 63411249374

Posição em 17-02-2020 12:24:22

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Autorização de  
pagamento

Representante

Não  
Conforme

MARIA ADELINI  
RIPARDO DE SOUZA

tel.  
0800 0221204  
40201596

Protocolo  
20200042298

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EVANILDO ARAGAO MELO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 23/09/2020 às 13:31, sob o número 00503117520208060058. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050311-75.2020.8.06.0058 e código 74F8D55.



Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

## 3190379487 - Resultado de consulta por beneficiário

FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE

COBERTURA Morte

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ANA JULIA RIPARDO DUARTE

CPF/CNPJ: 63411249374

**Posição em 13-11-2019 13:06:33**

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

| Descrição                  | Tipo          | Status       | Nome                           |
|----------------------------|---------------|--------------|--------------------------------|
| → Autorização de pagamento | Representante | Não Conforme | MARIA ADELINI RIPARDO DE SOUZA |
| → Procuração               | Beneficiário  | Não Conforme | EVANILDO ARAGAO MELO           |

— DY 30032214 5 BR —  
 ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
 Ag: 12301671 - AC GROAIRAS  
 GROAIRAS - CE  
 CNPJ.: 34028316236654 Ins Est.: 068420960

## COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU  
 CNPJ/CPF.: 09248608000104  
 Doc. Post.: 341210081  
 Contrato.: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
 Cartao.: 62267655

Movimento.: 06/09/2019 Hora.: 09:51:42  
 Caixa.: 93280911 Matrícula.: 81813864  
 Lancamento.: 010 Atendimento.: 00007  
 Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1701003839

| DESCRIÇÃO                                   | QTD.  | PREÇO(R\$) |
|---------------------------------------------|-------|------------|
| SEGURO DPVAT ATE 30                         | 1     | 24,78+     |
| Valor do Porte(R\$)...                      | 24,78 |            |
| Peso real (G).....                          | 107   |            |
| Peso Tarifado:.....                         | 0,107 |            |
| CNPJ/CPF Remet.: 63411249374                |       |            |
| Nome Remetente.: ANA JULIA RIPARDO DUARTE   |       |            |
| Endereco Remet.: DISTRITO MURICQCA, SN - ZD |       |            |
| Cont Endereco.: NA RURAL                    |       |            |
| Cep Remetente.: 62190-000                   |       |            |
| Cidade Remet.: GROAIRAS                     |       |            |
| UF Remet.: CE                               |       |            |
| POSTAL RESPOSTA DPV                         | 1     | 30,43+     |
| Valor do Porte(R\$)...                      | 30,43 |            |
| Cep Destino.: 20011-904 (RJ)                |       |            |
| Peso real (G).....                          | 107   |            |
| Peso Tarifado:.....                         | 0,107 |            |
| OBJETO.: DY300322145BR                      |       |            |

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 55,21

Valor Declarado não solicitado(R\$)  
 No caso de objeto com valor,  
 utilize o serviço adicional de valor declarado.

## A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima  
 prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante  
 apresentação de fatura. Os valores constantes  
 deste comprovante poderão sofrer variações de  
 acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:  
 Ass. Responsável:.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!  
 Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios  
 Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete  
 deste comprovante, para eventual contato com  
 os Correios.

VIA-CLIENTE SARA 7.9.00

ECT - EMISSÃO DE RECEBOS E DEBITOS  
AG 12301671 - AL. DEBITOS  
GRUPOS  
CNPJ 30273162/0001 - END. EST. (06942059)  
CONFIRMAÇÃO DO CLIENTE

CLIENTE  
SEBRAE/PAVÃO (LTD. - LUCAS SEIX)  
CNPJ/CPF 06.944.000/0001  
Doc Post 34847325  
Contrato 9612280616 (Cao. 7mm) 11/12/2019  
Cartão 62267659

MOVIMENTO 31.10.2019 Hora 09:41:24  
Caixa 4097003 Multicassa 81013654  
Lançamento 12/12/2019  
Motivação 12/12/2019

DESCRICAÇÃO QTD VALOR (R\$)  
SEGURO DIVAL 10 24,784  
Valor do Seguro 24,78  
Peso real 58  
Peso Tarif 0,068  
CNPJ/CPF Remet 63411293574  
Nome Remetente ANA JULIA RIVARDO DUARTE  
Endereço Remet DISTRITO MUNICIPAL SN - ZONA A RURAL  
Cep Remetente 62150-000  
Cidade Remet UPMIRAS  
UF Remet UF

POSTAL RESPOSTA CIV  
Valor do Port (R\$) 30,43  
Cep Destino 20011-904 (RJ)  
Peso real (G) 68  
Peso Tarifado 0,068  
OBJETO DY300323106BR

TOTAL DO ATENDIMENTO (R\$) 59,21

Valor Declarado não solicitado (R\$)  
No caso de objeto com valor  
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR  
Reconheço a prestação dos serviços acima  
prestados, o(s) qual(is) pagarei mediante  
apresentação de fatura, e valores constantes de  
deste comprovante poderão ser cobrados de  
acordo com as cláusulas contratuais

Nome  
Ass. Responsável

SERV. POSTAIS DISTRITO DE UPMIRAS 1538/78

Garne tempo!  
Baixe o App de Pré-Atendimento a Correios  
Tenha sempre em mãos o número do Ju Ticket  
deste comprovante, para eventual contato com  
VIA Correios

SARA 7 9 02

DY300323106BR

— DY 30032214 5 BR —  
 ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
 Ag: 12301671 - AC GROAIRAS  
 GROAIRAS - CE  
 CNPJ.: 34028316236654 Ins Est.: 068420960

## COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU  
 CNPJ/CPF.: 09248608000104  
 Doc. Post.: 341210081  
 Contrato.: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
 Cartao.: 62267655

Movimento.: 06/09/2019 Hora.: 09:51:42  
 Caixa.: 93280911 Matrícula.: 81813864  
 Lancamento.: 010 Atendimento.: 00007  
 Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1701003839

| DESCRIÇÃO                                   | QTD.          | PREÇO(R\$) |
|---------------------------------------------|---------------|------------|
| SEGURO DPVAT ATE 30                         | 1             | 24,78+     |
| Valor do Porte(R\$)...                      | 24,78         |            |
| Peso real (G).....                          | 107           |            |
| Peso Tarifado:.....                         | 0,107         |            |
| CNPJ/CPF Remet.: 63411249374                |               |            |
| Nome Remetente.: ANA JULIA RIPARDO DUARTE   |               |            |
| Endereco Remet.: DISTRITO MURICQCA, SN - ZD |               |            |
| Cont Endereco.: NA RURAL                    |               |            |
| Cep Remetente.: 62190-000                   |               |            |
| Cidade Remet.: GROAIRAS                     |               |            |
| UF Remet.: CE                               |               |            |
| POSTAL RESPOSTA DPV                         | 1             | 30,43+     |
| Valor do Porte(R\$)...                      | 30,43         |            |
| Cep Destino.: 20011-904 (RJ)                |               |            |
| Peso real (G).....                          | 107           |            |
| Peso Tarifado:.....                         | 0,107         |            |
| OBJETO:.....                                | DY300322145BR |            |

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 55,21

Valor Declarado não solicitado(R\$)  
 No caso de objeto com valor,  
 utilize o serviço adicional de valor declarado.

## A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima  
 prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante  
 apresentação de fatura. Os valores constantes  
 deste comprovante poderão sofrer variações de  
 acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:  
 Ass. Responsável:.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!  
 Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios  
 Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete  
 deste comprovante, para eventual contato com  
 os Correios.

VIA-CLIENTE SARA 7.9.00



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **021.617.567-45**

Nome: **FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE**

Data de Nascimento: **18/03/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:43:45** do dia **05/09/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **C52F.0550.09D3.458F**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |       |    |                |              |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|----|----------------|--------------|-----------|
| <h2 style="text-align: center;">TRABALHADOR</h2>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <h2 style="text-align: center;">MINISTÉRIO DO TRABALHO<br/>E EMPREGO</h2> <p style="text-align: center;">SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO</p>                                                                                                                                                                                                  |           |       |    |                |              |           |
| <p>Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p>                                                                                                                                                                                                   | <h3 style="text-align: center;">CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</h3>                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |       |    |                |              |           |
| <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.</p> | <p style="text-align: center;">PIS PASEP</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>123.96194.47-1</b> </div> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NUMERO</td> <td>SERIE</td> <td>UF</td> </tr> <tr> <td><b>4622564</b></td> <td><b>002-0</b></td> <td><b>CE</b></td> </tr> </table> | NUMERO    | SERIE | UF | <b>4622564</b> | <b>002-0</b> | <b>CE</b> |
| NUMERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SERIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | UF        |       |    |                |              |           |
| <b>4622564</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>002-0</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>CE</b> |       |    |                |              |           |
| <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p>                                                                                                                                                                                       | <p style="text-align: center;"><i>Evânildo Araújo Melo</i></p> <p style="text-align: center;">ASSINATURA EMPREGADOR</p>                                                                                                                                                                                                                                   |           |       |    |                |              |           |
| <p>Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.</p>                           | <p style="text-align: center;">FOTOGRAFIA DO TRABALHADOR</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>                                                |           |       |    |                |              |           |
| <p style="text-align: center;">CONFECCIONADA COM RECURSOS DO<br/>FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR</p>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |       |    |                |              |           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> <b>QUALIFICAÇÃO CIVIL</b> </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>BRASILEIRO</b> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>NOME:</b> FRANCISCO NARCISO PAIVA DUARTE</p> <p><b>LOC. DE NASC.:</b> SANTA QUITERIA - CE</p> <p><b>FILIAÇÃO:</b> FRANCISCO PINTO DUARTE</p> <p><b>DOC. APRESENTADO:</b> MARIA LUCIMAR DE PAIVA DUARTE</p> <p><b>CDI:</b> 446197-G MEX CE</p> <p><b>ESTADO CIVIL:</b> SOLTEIRO</p> <p><b>LEI Nº 049, DE 18 DE MARÇO DE 1965:</b></p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>CPF:</b> 021.617.967-45</p> <p><b>LOCAL DA EMISSÃO:</b> SRTE - CEARÁ</p> <p><b>EMISSÃO:</b> 12/05/2008</p> </div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">5898</p> | <div style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> <b>ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE</b> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <p><b>RELACÃO:</b></p> <p><b>DATA DE NASC. DE:</b> / / <b>PARA:</b> / /</p> <p><b>DOCUMENTO:</b></p> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <p><small>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</small></p> <p><b>NOME:</b></p> <p><b>DOCUMENTO:</b></p> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <p><small>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</small></p> <p><b>NOME:</b></p> <p><b>DOCUMENTO:</b></p> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <p><small>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</small></p> <p><b>NOME:</b></p> <p><b>DOCUMENTO:</b></p> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <p><small>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</small></p> <p><b>NOME:</b></p> <p><b>DOCUMENTO:</b></p> </div> <div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;"> <p><b>LEGENDA</b></p> <p>1 - CASAMENTO 2 - CIVIL 3 - RECONHECIMENTO DE FILIAÇÃO 4 - CANCELAMENTO DE FILIAÇÃO</p> <p>5 - RECONHECIMENTO DE FILIAÇÃO 6 - RECONHECIMENTO DE FILIAÇÃO 7 - RECONHECIMENTO DE FILIAÇÃO</p> </div> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

09.307.397-1

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



## REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Ceará  
COMARCA DE Santa Quitéria  
MUNICÍPIO DE 11  
DISTRITO DE 11



Quiterio Louido do Rego  
Oficial do Registro Civil

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às fls. 1535 do Livro A-2, sob N.º de Ordem 1557 foi lavrado o assento do nascimento de Francisco  
Marcos Saiva Duarte  
do sexo Masculino, nascido no dia dezoito de  
março de mil novecentos e setenta  
às 7 horas e minutos, em Santa Quitéria  
filho o de Francisco Sinto Duarte  
e de Dona Maria Lucimar de Saiva Duarte  
São avós paternos Antonio Gilberto Duarte e  
Maria Sinto Duarte  
e maternos Olimpio Jorge de Paiva e Julia  
Procie de Saiva  
O assento foi lavrado em 10 de agosto de 1976 tendo sido declarante  
Maria Lucimar de Saiva Duarte  
e serviram de testemunhas Levy Filho de Souza e  
Francisco de Jesus Maciel  
Observações:

O referido é verdade e dou f.

Sa. Quitéria, 27 de dezembro de 1979  
Quiterio Louido do Rego  
Oficial

FEIRA LIVRO - 300 fls. 100x1 - 08/79