



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 007781/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/03/2019 11:30 Data/Hora Fim: 25/03/2019 11:47
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 25/03/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 21/12/2018 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Rio Anauá

Bairro: Professora Araceli

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CAROLINE SILVA SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Luzilândia

Sexo: Feminino

Nasc: 22/03/1989

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria dos Socorro da Silva Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 302687-6

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Rio Anauá

Bairro: Professora Araceli Souto Maior

Nº: 95

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado compareceu nesta delegacia para informar que **NÃO** é habilitado, e que no dia, hora e local acima informado, pilotava uma motocicleta, sendo uma Honda CG 150 Fan ESDI, ano/modelo 2012/2012, placa NUH-4759, CHASSI 9C2KC1680CR469657, RENAVAM 486863476, a qual se encontra em nome de Francisco Vieira da Silva (falecido), porém, pertence a Antonio de Paula Silva Lira (reside em frente a casa da comunicante), o qual emprestou a motocicleta à comunicante. Que ao sair de casa, a comunicante se distraiu, vindo a colidir com uma trave de madeira que encontrava-se na rua, pois na mesma haviam crianças jogando futebol. Que com a colisão, a comunicante veio ao solo. Que devido as lesões sofridas, foi levado à Policlínica Cosme e Silva, de onde foi encaminhada de ambulância ao HGR. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de Seguro DPVAT.



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
Data de Impressão: 25/03/2019 11:47
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

04 JUN. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAIS

DETRAN - RR

Nº 9051772160

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

DENATRAN

VIA

01

COD. RENAVAM

486863476

25301494541

NOME/ENDEREÇO

FRANCISCO VIEIRA DA SILVA
R MOACIR SILVA MOTA
ASA BRANCA Nº 01792
BDA VISTA-RR 69312302

CPR/CNPJ

030.942.432-15

PLACA

MUH4759

NOME ANTERIOR

RORATIMA MOTORES LTDA

PLACA ANT./UF

CHASSI

9C2KC1680CR468657

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLET/NAO APPLIC.

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.

2012

ANO MOD.

2012

CAP/POT/CIL

002P/0149CC/

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

AL.FID.BANCO HONDA S/A

CONTRAN

VALID

BDA VISTA-

Delegado Everton Barreto Guimarães
Diretor - Presidente

DETRAN/RR

DATA

24/09/2012

O SEGURO TEM POR FINALIDADE DAR COBERTURA A DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

O SEGURO DE DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194 DE 19.12.1977.

NA EVENTUALIDADE DE SINISTRO, DIRIGIR-SE A UMA SEGURADORA CONSORCIADA A QUAL ENCAMINHARÁ OS DOCUMENTOS, A SEGURO LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

LIMITES MÁXIMOS DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA:

MORTE	INVALIDEZ PERMANENTE	DANO
ATE R\$ 13.500,00	ATE R\$ 13.500,00	ATE R\$ 2.700,00

DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

- MORTES: REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.
- INVALIDEZ PERMANENTE: LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO ACIDENTE, QUALIFICANDO O ACIDENTE COMO ACIDENTE DE ACIDENTES DO TRABALHO E DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE.
- DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES - DANO: PROVA DAS DESPESAS MÉDICAS EFETUADAS: ENVOLVENDO O VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DA QUAL DEVERÁ CONSTAR, OBRIGATORIAMENTE, O NOME DO HOSPITAL, AMBULATÓRIO, OU MEDICO ASSISTENTE QUE TIVER PRESTADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO À VITIMA, O VALOR SERÁ VARIÁVEL CONFORME A SOMA DAS DESPESAS COBERTAS E COMPROVADAS, ATÉ OS LIMITES DEFINIDOS NAS TABELAS DO ANEXO 20 DO ANEXO À RESOLUÇÃO CNP Nº 154, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2005.
- PRazo PARA LIQUIDACÃO DE SINISTRO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- CENTRAL DE ATENDIMENTO DOS CONSÓRCIOS - DPVAT: TEL. 0800-0221204.
- SITE PARA ESCLARECIMENTOS SOBRE SEGURO DPVAT: <http://www.dpvatseguro.com.br>
- VIGÊNCIA DO BILHETE: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

OBSERVAÇÕES:

- PARA CÁLCULO DO TOTAL A PAGAR EM REAIS:
 - APLICAR O PERCENTUAL DO IOF SOBRE O PRÊMIO TARIFÁRIO ACRESCIDO DO CUSTO DO BILHETE.
 - O PRÊMIO TOTAL A PAGAR É IGUAL A SOMA DO PRÊMIO TARIFÁRIO + CUSTO DO BILHETE.
- O SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - DPVAT, É PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.
- PAGUE O SEU SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, O VENCIMENTO DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.
- É IMPORTANTE RESSALTAR QUE, SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO, O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO (ART. XI RESOLUÇÃO CONTRAN 721/88).
- 45% (QUARENTA E CINCO POR CENTO) DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PAGO, É REPASSADO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR NAS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 27 DA LEI 8.212, ALTERADO PELA PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI 9.503).
- 5% (CINCO POR CENTO) DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO É REPASSADO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 9.503 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04
Rua Senador Dantas, 74 - 5º andar
Centro - Rio de Janeiro
www.seguradoralider.com.br

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

MULTAS DE TRÂNSITO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

ENCARGOS DO DETRAN

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades previstas em suas legislações até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade DE ACORDO.

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

ASSINATURA DO COMPRADOR

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

NOME DO COMPRADOR:

VALOR R\$

RG:

CPF/CNPJ:

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, 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 Slair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Caroline Silveira Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 942.259.742 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Caroline Silveira Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 942.252.742 / 00 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número		Complemento	
Rua: Antônio P. Galvão		1832			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Boa Vista	Boa Vista	RR	65305-209		
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)	
IWOIRRR@HOTMAIL.COM				(95)98403-5000	

04 JUN: 2019

Boa Vista - RR, 04 de junho de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:
NOTURNO 19- 2

1801049800 21/12/2018 19:08:08

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: **CAROLINE SILVA SANTOS**
Tipo Doc: **Documentos**
Data Nascimento: **22/03/1989**
Idade: **29 A 8 M 30 D**
CNS: **709800046959697**
CPF: **94225974200**
Prontuário: **94225974200**

IDENTIDADE: **3026076**
Órgão Emissor: **RR**
Data Emissão: **09/12/2009**
Sexo: **F**
Estado Civil: **SOLTEIRO**
Raça/Cor: **APARDA**
Naturalidade: **LUZILANDIA - PI**
Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS**
Endereço: **RUA - RIO ANAUA - 95 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR**
Contato: **(95) 99147-0995**
Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
Nº da Carteira: **NC**
Validade: **Validade**
Autorização: **Autorização**
Sis Prenatal: **Sis Prenatal**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO**
Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA**
Profissional do Atend.: **Profissional do Atend.**
Procedência: **Procedência**
Temp.: **Temp.**
Peso: **Peso**
Pressão: **Pressão**

Sector: **GRANDE TRAUMA**
Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA**
Procedimento Sol.: **Procedimento Sol.**
Registrado por: **REILA RODRIGUES**

Cueixa Principal: **() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue**

Anamnese de Enfermagem

Anamnese: **(HORA DA CONSULTA - : h)**
GSC: **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456**
TOTAL: **TOTAL**

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

2. Ceftriaxona 2g (GU) 20/50
Dr. Fernando Rodrigues
21/12/2018

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Condição

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revolta
☐ Transferência para: **Transferência para**
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: **Data e Hora da Saída/Alta**

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anomalia Patológica **/ /**

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **reila.rodrigues**
Data: **21/12/2018 19:08:35**

1801049800

04 JUN. 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 ASL:

CPF da vítima:

942.259.742-00

Nome completo da vítima:

Caroline Silva Santos

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

Nome completo:

Caroline Silva Santos

Profissão:

Autônoma

Endereço:

Rua Rio Anauá

CPF:

942.259.742-00

Bairro:

Prof. Anacelis S. Maion

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

Número:

95

Complemento:

Casa

E-mail:

FLOIRRR@HOTMAIL.COM

CEP:

69.315-004

Tel.(DDD):

(95)98125-9538

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$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 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: 1352

☐

CONTA: 48071-

☐

7

(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.

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

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

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

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 declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Boa Vista - RR, 03/06/19

Nome:

Caroline Silva Santos

CPF:

942.259.742-00

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | 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 e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL
Wagner Mendes Coelho
TABELIÃO
Jose Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO

ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIÃO DO 2º OFÍCIO

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
FRANCISCO VIEIRA DA SILVA

096511 01 55 2015 4 00018 043 0010286 01

SEXO
Masculino

COR
Parda

ESTADO CIVIL E IDADE
Casado, 65 anos

NATURALIDADE
Boa Vista, Estado de
Roraima

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
CPF 030.942.432-15
RG 11516 SSP/RR

ELEITOR
Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
Filho de **** e de ETELVINA VIEIRA DA SILVA. O falecido
residia Rua: Moacir da Silva Mota 792 Bairro: Asa Branca,
Boa Vista, RR

DATA E HORA DE FALLECIMENTO
Dez de julho de dois mil e quinze, 20h25min

DIAS 10
MÊS 07
ANO 2015

LOCAL DE FALLECIMENTO
Hospital Geral de Roraima

CAUSA DA MORTE
Taquicardia Ventricular não Revertida, Choque Septico,
Pneumonia Broncoaspirativa, Insuficiência Cardíaca,
Insuficiência Renal Crônica

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO
Cemitério " Nossa
Senhora da Conceição "

DECLARANTE
Luzia de Sousa Silva, 92000
SSP/RR, do lar, casada,
residente Rua: Moacir da Silva
Mota 792 Bairro: Asa Branca

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(AM) O ÓBITO
Fernanda Pimentel Fernandez, CRM 1435/RR

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no livro C-18, às folhas 43 verso, sob o
nº 10286. Data do registro: 11 de julho de 2015. 1ª Via.
O falecido era casado, não deixou testamento conhecido,
deixou bens, era eleitor, deixou filhos, o falecido era
natural de Boa Vista-RR. D.O.19286898-5.

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.
Boa Vista-RR, 11 de julho de 2015

NOME DO OFÍCIO
Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR
Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF
Boa Vista-RR

ENDEREÇO
Av. Ataide teixeira, 1.042
Liberdade

REGISTRO CIVIL
Wagner Mendes Coelho
Carlo Mendes Coelho
Jose Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO



96,3 %

14/02/2019

104,0 %

1533 -

SILVA SANTOS

ORONEL MOTA

Cloudbaldo



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, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190363245

Vítima: CAROLINE SILVA SANTOS

Data do Acidente: 21/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CAROLINE SILVA SANTOS

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

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Pag. 0104301044 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14418965

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		
GRUPO SANGÜÍNEO	DIABETE	HEMOFILIA
FATOR RH	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS		
☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n.º 879, de 12 de julho de 1993)		
☐ SIM ☐ NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES		
NUMERO	SERIE	DATA DE EMISSÃO
26474150010	110301	05/02/2013
05/02/2013	05/02/2013	05/02/2013
DATA DE ANOTAÇÃO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE EMISSÃO
NUMERO	SERIE	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANOTAÇÃO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE EMISSÃO
NUMERO	SERIE	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANOTAÇÃO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE EMISSÃO

07 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: SAN COMERCIO E SERVIÇOS - LTDA - EPP - ME CNPJ: 10.282.449/0001-43 ENDEREÇO: AV. MARIO HOMEM DE MELO Nº: 495 BAIRRO: CENTRO CEP: 69.301.200 CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR ESP. ESTABELECIMENTO: COMERCIAL CARGO: SERVENTE CBO: 514325 Data de Admissão: 14 de março de 2016. Remuneração Especificada: R\$ 920,00 (novecentos e vinte reais) ASS. DO EMPREGADOR: <i>M. do Socorro Távora Lopes</i> TESTEMUNHAS SAN COMERCIO E SERVIÇOS - LTDA 1ª 2ª DATA DE SAÍDA: 14/03/2016 ASS. DO EMPREGADOR: <i>M. do Socorro Távora Lopes</i> TESTEMUNHAS 1ª 2ª COM. DISPENSA CD Nº FGTS Nº DA CONTA:	

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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.

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.

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.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.99301.97-9

2481359

0040

RR

Caroline Silveira Santiago



PROFESSOR LUIZ FERRAZ

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Cardine Silva Santos
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: autônoma
RG nº: 302687 SSP-RR
CPF nº: 942.259.742-00
ENDEREÇO: Rua: Rio Amaná, 95, Anacelis

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de seu sustento e/ou de sua família, nos termos do Art. 99, §3º, da Lei 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

BOA VISTA - RR, _____ de junho de 20 19.

x Cardine Silva Santos
OUTORGANTE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Caroline Silva Santos
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: autônoma
RG nº: 302687 SSP-RR CPF nº: 942.259.742-00
E-MAIL: CarolineSilva021@gmail.com TELEFONE: (95)99147-0995
ENDEREÇO: Rua Rio Anauá, 95, Anauá

OUTORGADOS: IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1639, IGOR BORGES BRÍGLIA, devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 548-E, ambos com endereço profissional nesta Capital.

PODERES: Para o foro em geral, e as cláusulas "ad judícia", exceto para receber citação, para propor, no interesse do OUTORGANTE, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final do julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, pleitear alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações, ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses do OUTORGANTE, em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativa ou judicial, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses do OUTORGANTE em quaisquer esferas e se for o caso, poderes para substabelecer o objeto da presente Procuração com o sem reserva de poderes, e também propor ação na via administrativa junto ao INSS, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

BOA VISTA - RR, _____ de junho de 2019.

Caroline Silva Santos
OUTORGANTE

TRABALHADOR

Esta é a Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo antigo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.635 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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.

O conjunto de anotações contidas neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

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.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
PAT - FUNDO DE APOIO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

REGISTRO: 161.99301.97-9

2481359 0040 RR

Caroline silva santos

 

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

CAROLINE SILVA SANTOS

FILIAÇÃO..... MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS
NASCIMENTO.....: 22/03/1989 SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: LUZILÂNDIA - PI
DOCUMENTO.....: R.G. 302687-6 SSP RR 09/12/2009
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 942.259.742-00 CNH.....:
TIT. ELEITOR: SEÇÃO:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 05/02/2013

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

TIPO DE.....
DATA DE NASCIMENTO DE.....
DOCUMENTO.....
NOME.....
DOCUMENTO.....
NOME.....
DOCUMENTO.....
NOME.....
DOCUMENTO.....
LEGENDA
A DAVANTURA DE.....
E SEUS DEPENDENTES.....

a de Pagamento para o mes/ano: 08/2018 referente a UC: 1274511

<http://www.roraimaenergia.com.br/segundavia/tautara.php>



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1388555

CAROLINE SILVA SANTOS

R. RIO ANAUA, 95 ,

PROF ARACELI S MAIOR 69315004 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1274511	08/2018	17-JUL-18 a 17-AUG-18
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
50	26-SEP-18	R\$ 37,36

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1274511	08/2018	R\$ 37,36

836500000002.373600750005.000000001271.451108180055



04 JUN. 2019