



POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
 "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"
Delegacia de Acidente de Trânsito

Boletim de Ocorrência nº 36446 E / 2014

Registrado em 11/12/2014 às 11:26 horas

Dados Gerais**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM MOTOCICLETA**

DATA DO FATO: 22/11/2014 - HORA FATO: 15:00

LOCAL DO FATO: Estrada de Acesso ao Município do Amajari Zona rural

1ª Vítima

NOME: Leandro Sargica Ribeiro

PAI: Josimar Ribeiro Alves

MÃE: Lucináia Sargica

SEXO: Masculino - EST. CIVIL: Solteiro - DT NASC: 28/04/1990 IDADE: 24 anos

NATURAL DE: Boa Vista - UF: RR

DOC. IDENT.: 3776134 - ÓRGÃO EXP: SESP/Polícia Civil/RR

END. RES.: Comunidade Indígena Aningal

MUNICÍPIO: Amajari/RR

GRAU LESÃO: Fatal - COMPARECEU À UNIDADE POLICIAL: Não

Comunicante

NOME: Dalane da Silva Nascimento

PAI: Antônio Nascimento

MÃE: Celulza Alves da Silva

SEXO: Feminino - EST. CIVIL: Solteira - DT NASC: 08/07/1995 IDADE: 19 anos

NATURAL DE: Amajari - UF: RR - PROFISSÃO: Servidora Pública Municipal

DOC. IDENT.: 3918114 - ÓRGÃO EXP: SESP/Polícia Civil/RR

END. RES.: Rua Raimundo Pinho de Melo , s/n - BAIRRO: centro

MUNICÍPIO: Amajari/RR

Celular: 95 8101-1309

SABEMI SEGURADORA S/A

14/12/2017

RECEBIDO**Veículo**

PLACA DO VEÍCULO: NAR-0040 CHASSI: 9C2JC30705R105074 UF: RR MUNICÍPIO: Boa Vista

MARCA/MODELO: HONDA /CG 125 FAN ES ANO FAB: 2005 ANO MOD: 2005

COR PREDOMINANTE: Vermelho

PROPRIETÁRIO: Deuzilmar da Silva Sobral

SITUAÇÃO: Veículo liberado

Histórico

A COMUNICANTE RELATOU QUE LEANDRO SARGICA ESTAVA TRAFEGANDO NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA CG-125 FAN QUE ERA CONDUZIDO POR EZEQUIEL RIBEIRO DE SOUZA, QUANDO NUMA CURVA PERDERAM O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VIERAM A CAIR, EM SEGUINDE FORAM SOCORRIDOS POR TERCEROS QUE ACIONARAM O SAMU QUE SOCORREU AS VÍTIMAS E O LEVARAM PARA O HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA, QUE LEANDRO FICOU INTERNADO E VEIO A ÓBITO NO DIA 05/12/2014 ÁS 16 HORA E 15 MINUTOS.

Requisições expedidas

Requisições IML: Não

Instituto de Criminalística: Não

Instituto de Identificação: Não

Deuzilmar da Silva Sobral
 Agente de Polícia Civil
 Mat: 43002907

Dalane da Silva Nascimento

Delegacia de Acidente de Trânsito - Av. Brig. Eduardo Gomes, 4214, Macapá, Boa Vista, Roraima



Documentos de identificação
Ano 111

ESTADO DE RORAIMA

PODER JUDICIÁRIO

REGISTRO CIVIL
NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

2º TABELIONATO DE BOA VISTA-RR
AUTENTICAÇÃO A PROVA DE FOTO
Por ocasião da apresentação da documentação que se segue
que é original, verdadeira e legítima.



Wagner Mendes Coelho
TABELIÃO

Jose Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Boa Vista
RR 30 DEZ. 2014

Entregue por Wagner Mendes Coelho TABELIÃO
José Coelho de Souza Neto SUBSTITUTO

NOME:
JHONNY DA SILVA RIBEIRO

PROTEÇÃO:

096511 01 55 2009 1 00126 182 0076377 51

DIA 13 MÊS 10 ANO 2008

DATA DE NASCIMENTO POR EXTERNO
Treze de outubro de dois mil e oito

HORA NASC 22h18min MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Boa Vista/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E OF
Boa Vista-RR LOCAL DE NASCIMENTO
Hospital Materno Infantil
Nossa Senhora de Nazareth

SEXO Fem

PALACIO
LEANDRO SAGICA RIBEIRO e DAIANE DA SILVA NASCIMENTO

GÊNEROS
Josimar Ribeiro Alves e Lucineia Sagica (paternos) e
Antonio Nascimento e Celuiza Alves da Silva (maternos)

GÊNEROS
Não NOME E MATRÍCULA DOS GÊNEROS
Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTERNO
Vinte e quatro de abril de dois mil e nove

Nº DNV
Não informado

OBSEVAÇÕES / ANVERBAÇÕES
Alto registrado no livro A-126, às folhas 182, sob o nº
76377. 2ª Via. Declarante O pai:

SABEMI SEGURADORA S/A
04 DEZ. 2017

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou
fá. Boa Vista-RR, 10 de dezembro de 2014

NOME DO OFÍCIO
Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR
Wagner Mendes Coelho

MEC101010/09
Boa Vista-RR

ENDEREÇO
Av. Ataíde Teixeira, 2.042

RECEBIDO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Certidão de Óbito

00027

ESTADO DE RORAIMA
VITENCIACAO - A presente cópia é
reprodução fiel do documento que me foi
apresentado, dou fé.

Bon Véu
RR 01 DEZ. 2017

[Assinatura]
Alex Chang Lin Törng
Escrevente Autorizado
Daniel Aguiar

REGISTRO CIVIL

SERVICOS DE NOTAS

Wagner Mendes Coelho
TABELIAO

Jose Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO

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

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
LEANDRO SAGICA RIBEIRO

NASCIMENTO:
096511 01 55 2014 4 00017 052 0009704 90

SEXO _____
Masculino COR _____
Parda ESTADO CIVIL E IDADE _____
Solteiro, 24 anos

NACIONALIDADE _____
Boa Vista, Estado de
Roraima DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO _____
RG 3778134 SSP/RR ELEITOR
Sim

EDUCAÇÃO E RESIDÊNCIA _____
Filho de JOSIMAR RIBEIRO ALVES e de LUCINEIA SAGICA, o
falecido residia Comunidade Indígena Vida Nova, Amajari, RR

DATA E HORA DE FALECIMENTO _____
Cinco de dezembro de dois mil e quatorze,
16h15min DATA [] MÊS [] ANO []
05 12 2014

LUGAR DE FALECIMENTO _____
Hospital Geral de Roraima

CAUSA DA Morte _____
TCE, Politraumatismo, Acidente Automobilístico

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO _____
Cemitério "Municipal
de Amajari-RR" DECLARANTE _____
Daiane da Silva Nascimento,
391811-4 SSP/RR,
recepção, solteira,
residente Rua: Raimundo Pinho
de Melo s/n Centro Munic.

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE APRESTOU(ARAM) O ÓBITO _____
Francisco Ferreira de Farias Júnior, CRM 365/RR

OBSERVAÇÕES / ANOTAÇÕES _____
Ato registrado no livro C-17, às folhas 52 verso, sob o
nº 9704. Data do registro: 16 de dezembro de 2014. 1º
Via. O falecido era solteiro, não deixou testamento
conhecido, não deixou bens, era eleitor, deixou filho, o
falecido era natural de Boa Vista-RR. D.O.18013791-3.

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.
Boa Vista-RR, 10 de dezembro de 2014

NOME DO OFÍCIO
Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR
Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF
Boa Vista-RR

ENDEREÇO
Av. Ataíde Teixeira, 2.042
Liberdade

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ. 2017

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

RECEBIDO



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 51144

ROSANGELA MARQUES DE SOUSA

R. N 31, 190,

SENADOR HELIO CAMPOS 69316532 BOA VISTA

Concorrência de resistência

100157

RR

CÓDIGO ÚNICO 987506	MÊS 11/2017	PERÍODO DE CONSUMO 13-OCT-17 a 13-NOV-17
CONSUMO (kWh) 891	VENCIMENTO 01-DEC-17	TOTAL A PAGAR R\$ 456,60

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Roraima

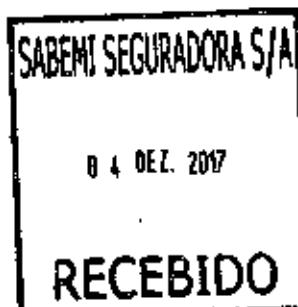
ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 987506	MÊS 11/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 456,60
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836700000042.566000750000.000000000984.750611170051



DECLARAÇÃO DE HERDEIRO.

Declaro (amos), para os devidos fins e efeitos de direitos, sob as penas da lei, que tenho (mos) conhecimento de que a vítima, LEANDRO SAGICA RIBEIRO em razão do acidente de trânsito ocorrido em 22/11/2014, faleceu em 05/12/2014, no estatuto civil do Solteiro, (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo) deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

<u>NOME COMPLETO</u>	<u>NA QUALIDADE DE (*)</u>	<u>RG</u>	<u>CPF</u>
1. JHONNY DA SILVA RIBEIRO	FILHO		
2.			
3.			
4.			
5.			

(*) Qualificação de parentesco:

Declaro (amos) ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou () deixou companheira de nome _____

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 quanto judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do seguro Dpvat.

Bon Rjista RR,

✓ Daiane da Silva Nascimento

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

RECEBIDO

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

<u>NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE</u>	<u>RG</u>	<u>CPF</u>	<u>ASSINATURA</u>
1. DAIANE DA SILVA NASCIMENTO	391811-4	539.250.412-49	✓ Daiane da Silva Nascimento
2.			
3.			
4.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

<u>NOME COMPLETO</u>	<u>RG</u>	<u>CPF</u>	<u>ASSINATURA</u>
1. Tayane Maguire Dantas	375912-1	026.142.902-70	Tayane Maguire Dantas
2. Keily Brandão da Silva	387.20.2-5	803.944.502-22	Keily Brandão da Silva

(*OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) 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.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	377813-6	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/06/2008
NOME			
LEANDRO SAGICA RIBEIRO			
FILIAÇÃO	JOSÉ MAR RIBEIRO ALVES		
LUCINEIA SAGICA		DATA DE NASCIMENTO	
NATURALIDADE	BOA VISTA - RR	28/04/1990	
CERTO NASC 64652 FLS 196V LIV A-91			
1 OF BOA VISTA - RR			
CPF	000.000.000-00		
I VIA	Rita de Cássia Coelho de Araújo Diretora do IIOC		
	P. 96		
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83			

Documentos de identificação
110124

SABEMI SEGURADORA S/A

04 NEZ. 2017

RECEBIDO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

030.466.532-04

Nome

LEANDRO SAGICA RIBEIRO

Nascimento

28/04/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu DAIANE DA SILVA NASCIMENTO

RG Nº 391811-4 Data de expedição 08/07/1995 Órgão SESP/RR,

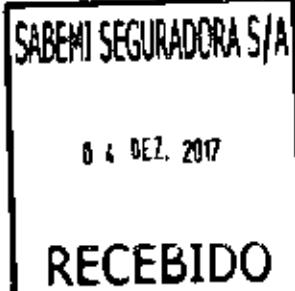
CPF nº: 539.250.412-49 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

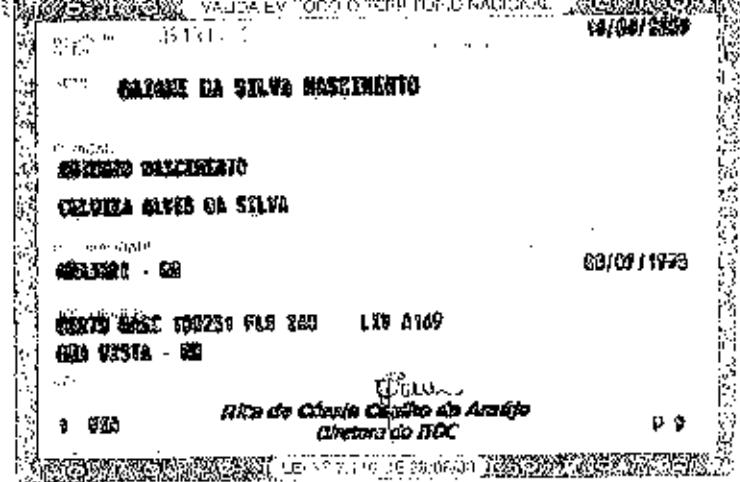
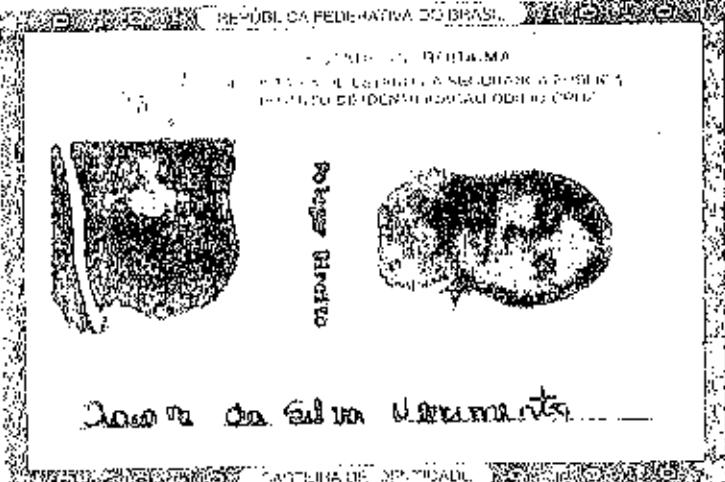
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	N - 31
Número	190
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Senador Hélio Lampos
Cidade	Boa Vista
Estado	Roraima
CEP	69.316 - 532
Telefone de Contato	(95) 3624-3983 / 99117-5392
E-mail	lidinboavista.pendencia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

BOA VISTA/RR 30/11/17

Assinatura do Declarante: Daiane da Silva Nascimento





SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ. 2017

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ. 2017

RECEBIDO

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

539.250.412-49

Nome

DATANE DA SILVA NASCIMENTO

Nascineto

08/07/1995

VALÍDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



**** TERMO DE LIBERAÇÃO ****

O médico Legista abaixo assinado de conformidade com o que preceitua o Regulamento deste Instituto de Medicina Legal, autoriza a remoção para a localidade de: **CEMITÉRIO INDIGENA DA COMUNIDADE VIDA NOVA – AMAJARI/RR.**

Onde deverá ser inumado o cadáver de: **LEANDRO SAGICA RIBEIRO.**

R.G: **377813-4 – SSP/RR.**

Naturalidade: **BOA VISTA/RR.**

Idade: **24 ANOS DE IDADE (28/04/1990).**

Profissão: **AGRICUTOR.**

Est. Civil: **SOLTEIRO.**

Filiação: **JOSIMAR RIBEIRO ALVES e LUCINEIA SAGICA.**

Endereço: **COMUNIDADE INDIGENA VIDA NOVA – AMAJARI/RR.**

Faleceu em consequência de:

TCC

Sendo expedida a declaração de óbito sob o nº **18013791-3.**

OBS:

Informamos não ter sido realizado Embalsramento do cadáver sob Supervisão médica-legal. Assim Recomendamos que a inumação Sirga-se aos rigores de praxe.

Acompanha o cadáver o Sr(a):

Lucineia Sagica

Nome: **LUCINEIA SAGICA.**

R.G.nº: **133724 – SSP/RR.**

FONE: **8109-9228 (MÃE).**

Boa Vista/RR, 05 de dezembro de 2014.

Dr. FRANCISCO FERREIRA DE FARIA JÚNIOR

CRM-365/RR.

Médico Legista - Plantonista.

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ. 2017

RECEBIDO

IML

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade.
Tel. (95) 625-3559 Fax (95) 625-3389.
CEP 69 310 270 – Boa Vista – RR.





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:

<https://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 Sucessora da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, aérea, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu, Dwijane da Silva Nascimento, inscrito (a) no CPF 539.250.412-49,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jhonny da Silva Ribeiro, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 030.466.532-04, do sinistro de DPVAT cobertura Morte da Vítima
beandro Sagica Ribeiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.466.532-04, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo,
anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Rua. N-31
Bairro: Sinader H. Campos Cidade: Boa Vista
Número: 30 CEP: 69.316-532
Assinatura: Dwijane da Silva Nascimento Telefone comercial (65) 3624-3983 (95) 99117-5392
E-mail: dijuanedasilva.pendencia@hotmail.com

Número: 190	Complemento: casa
Estado: RR	CPF: 69.316-532

Boa Vista-RR 30 de Novembro de 2017
Local e Data

Dwijane da Silva Nascimento
Assinatura de Declarante

04 DEZ. 2017

RECEBIDO



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6209260

A/C: DAIANE DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro: 3150077526
Vitima: LEANDRO SAGICA RIBEIRO
Data Acidente: 22/11/2014
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6314986

A/C: DAIANE DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro: 3150077526
Vitima: LEANDRO SAGICA RIBEIRO
Data Acidente: 22/11/2014
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/01/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/11/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Outros

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Investprev Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2015

Carta nº 7582676

a/c: DAIANE DA SILVA NASCIMENTO

Sinistro: 3150077526
Vitima: LEANDRO SAGICA RIBEIRO
Data Acidente: 22/11/2014
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **DAIANE DA SILVA NASCIMENTO**

Sinistro: **3170650091**

Vítima: **LEANDRO SAGICA RIBEIRO**

Data do Acidente: **22/11/2014**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170650091** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: DAIANE DA SILVA NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170650091
Vitima: LEANDRO SAGICA RIBEIRO
Data do Acidente: 22/11/2014
Cobertura: MORTE

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Senhor(a),

Após a análise no sinistro cadastrado sob o **número 3170650091**, verificamos a existência de irregularidades, por essa razão o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

Precisa ser o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, adulto, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal")

Número da seção ou ASL

CPF da vítima

030.466.532-04

Nome completo da vítima

Daiane Sagica Ribeiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Daiane da Silva Nascimento

CPF titular da conta

539.250.412-49

Profissão

autônoma

Rua. N-31

Número

490

Complemento

casa

Senador H. Campos

Cidade

Boa Vista

Estado

RR

CEP

69.316-532

daiberboavista.pendencia@hotmail.com

Telefone

(65) 99117-5392

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAL, ressignifico endereço acima. Seque, em anexo, cópia da comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECONHECER

SEM RENDA

ATE R\$ 1.800,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

DE R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo: Assina-Poupança upção!)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (103)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº 12

Nº 0

AGÊNCIA

Nº 01

CONTA

Nº 0

AGÊNCIA
07
1383
conta poupança existir

CONTA
Nº 0
590471
informar digito se existir

CONTA
Nº 0
digito se existir

CONTA
Nº 0
digito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo à seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAL, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista - RR 30 de Novembro 2017

Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ. 2017

Daiane da Silva Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Receptor

RECEBIDO

MODAS E CONFECOES/SCOPUS
MODAS E CONFECOES
17.821.527/0001-80
R ALBINO TAVARES 0

V1.2 17/11/2014 10:04
TERM 000001 LOJA 8130700001 AUTE 3494

AUTO 002534
DATA:17/11/2014 HORA DE BRASILIA:11:05

*** SALDO CONTA FACIL ***

DAIANE DA SILVA NASCIMENT
AGENCIA: 01383 CONTA: 0000000590171-5

TOTAL DISPONIVEL	667,60
SALDO TOTAL	667,60
SALDO DISP.P/INVEST.	667,60

AG. BRADESCO : 1383 -
R. INAC. MAGALHAES-UBV
CORRESP. BANC.:088 - MODAS E CONFECOES
NSU: 024065505234 AUTENTICACAO: 065432

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

VIA DO CLIENTE

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ. 2017

RECEBIDO



REGISTRO CIVIL

SERVIÇOS DE NOTAS

Wagner Mendes Coelho

TABELIÃO

Jose Coelho de Souza Neto

SUBSTITUTO

ESTADO DE RORAIMA

PODER JUDICIÁRIO

REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

LEANDRO SAGICA RIBEIRO

MATRÍCULA:

096511 01 55 2014 4 00017 052 0009704 90

SEXO
MasculinoCOR
PardaESTADO CIVIL E IDADE
Solteiro, 24 anosNATURALIDADE
Boa Vista, Estado de
RoraimaDOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
RG 3778134 SSP/RRELÉITOR
Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de JOSIMAR RIBEIRO ALVES e de LUCINEIA SAGICA. O
falecido residia Comunidade Indígena Vida Nova, Amajari, RR

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Cinco de dezembro de dois mil e quatorze,
16h15minDIA
05MÊS
12ANO
2014

LOCAL DE FALECIMENTO

Hospital Geral de Roraima

CAUSA DA MORTE

TCE, Politraumatismo, Acidente Automobilístico

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

Cemitério "Municipal
de Amajari-RR"

DECLARANTE

20 JAN. 2015

Daiane da Silva Nascimento,
391811-4 SSP/RR,
recepção, solteira,
residente Rua: Raimundo Pinho
de Melo s/n Centro Munic.

NOME E N° DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO

Francisco Ferreira de Farias Júnior, CRM 365/RR

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Até registrado no livro C-17, às folhas 52 verso, sob o
n.º 9704. Data do registro: 10 de dezembro de 2014. 1ª
Via. O falecido era solteiro, não deixou testamento
conhecido, não deixou bens, era eleitor, deixou filho, o
falecido era natural de Boa Vista-RR. D.O.18013791-3.O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.
Boa Vista-RR, 10 de dezembro de 2014

NOME DO OFÍCIO

Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR

Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF

Boa Vista-RR

ENDEREÇO

Av. Ataíde Teive, 2.042
Liberdade2º TABELIONATO DE BOA VISTA-RR
AUTENTICAÇÃO - A presente cópia é
reprodução fiel do documento que me foi
apresentado, dou fé.

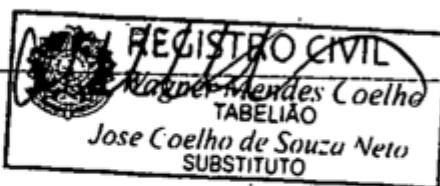
Boa Vista

RR

16 DEZ. 2014

Em test

da verdade

 Wagner Mendes Coelho TABELIÃO Jose Coelho de Souza Neto SUBSTITUTOFONE
3605-5808
AUTENTICAÇÃO
CUSTAS R\$ 1,55

CERTIDÃO DE ÓBITO

1004027*





**** TERMO DE LIBERAÇÃO ****

O médico Legista abaixo assinado de conformidade com o que preceitua o Regulamento deste Instituto de Medicina Legal, autoriza a remoção para a localidade de: **CEMITÉRIO INDIGENA DA COMUNIDADE VIDA NOVA – AMAJARI/RR.**

Onde deverá ser inumado o cadáver de: **LEANDRO SAGICA RIBEIRO.**

R.G: **377813-4 – SSP/RR.**

Naturalidade: **BOA VISTA/RR.**

Idade: **24 ANOS DE IDADE (28/04/1990).**

Profissão: **AGRICUTOR.**

Est. Civil: **SOLTEIRO.**

Filiação: **JOSIMAR RIBEIRO ALVES e LUCINEIA SAGICA.**

Endereço: **COMUNIDADE INDIGENA VIDA NOVA – AMAJARI/RR.**

Faleceu em consequência de:

TCC

Sendo expedida a declaração de óbito sob o nº **18013791-3.**

OBS:

Informamos não ter sido realizado Embalsamamento do cadáver sob Supervisão médico-legal. Assim Recomendamos que a inumação Siga-se aos rigores de praxe.

Acompanha o cadáver o Sr(a):

Lucineia Sagica

Nome: **LUCINEIA SAGICA.**

R.G.nº: **133724 – SSP/RR.**

FONE: **8109-9228 (MÃE).**

Boa Vista/RR, 05 de dezembro de 2014.

Dr. **FRANCISCO FERREIRA DE FARIA JÚNIOR.**

CRM-365/RR.

Médico Legista - Plantonista

INVESTPKEV
28 JAN. 2015

2º TABELIONATO DE BOA VISTA/RR
AUTENTICAÇÃO: A presente cópia é
reprodução fiel do documento que me foi
apresentado, dou fé.

Boa Vista
RR 16 DEZ. 2014

FONE:
365-5609

Em testemunha da verdade
Wagner Mendes Coelho TABELIÃO
José Coelho de Souza Neto SUBSTITUTO

AUTENTICAÇÃO
CUSTAS RS 1,55

IML

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade.
Tel. (95) 625-3559 Fax (95) 625-3389.
CEP 69 310 270 – Boa Vista – RR.



COMPROVACAO DE ATO DECLARATORIO



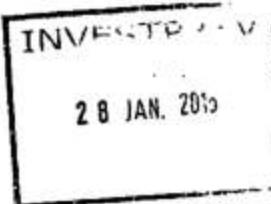
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DAIANE DA SILVA NASCIMENTO

RG N°: 391811-4 Órgão SSP/RR expedido em 08/07/1995

*CPF n°: 539.250.412-49 venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:*

<i>Logradouro (Rua/Avenida/Praça)</i>	<i>Rua n 31</i>
<i>Número</i>	<i>190</i>
<i>Apto / Complemento</i>	
<i>Bairro</i>	<i>Senador Helio Campos</i>
<i>Cidade</i>	<i>Boa Vista</i>
<i>Estado</i>	<i>Roraima</i>
<i>CEP</i>	<i>69.316-532</i>
<i>Telefone de Contato</i>	<i>96-8101-1389</i>
<i>E-mail</i>	



Por ser verdade, firmo-me.

*LOCAL Boa Vista/RR DATA 30/12/2014
Assinatura do Declarante: Daiane da Silva Nascimento*



DECLARAÇÃO DE HERDEIROS

Declaro (amos), para os devidos fins e efeitos de direitos, sob as penas da lei, que tenho (mos) conhecimento de que a vítima, LEANDRO SAGICA RIBEIRO em razão do acidente de trânsito ocorrido em 22/11/2014, faleceu em 05/12/2014, no estado civil de 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.JHONNY DA SILVA RIBEIRO	FILHO	-	-
2.			
3.			
4.			
5.			

*especificar o grau de parentesco

Declaro (amos) ainda que a vítima não deixou companheira(o) ou deixou companheira de nome _____

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 quanto judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do seguro Dpvat.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.DAIANE DA SILVA NASCIMENTO	391811-4	539.250.412- 49F-CTTUTV	Daiane da s. n.
2.			
3.		28 JAN. 2015	
4.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1.KETHURA MAYARA DA R.AFONSO	16955153	368835502-91	Kethura Mayara da Rocha Afonso
2.JHONATAN BEZERRA VIANA	330897-9	001011042-94	Jhonatan Bezerra Viana

(*)OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) 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





Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Instituto de Identificação Odílio Cruz
Ficha Civil

Emissão: 05/12/2014
Login: valdenor_azevedo



RG.: 377813-4 1º Via

Emissão: 30/4/2008

Etnia:

Nome do Cidadão: Leandro Sagica Ribeiro

Nome do Pai: Jesímar Ribeiro Alves

Nome da Mãe: Lucineia Sagica

Data de Nascimento: 28/04/1990

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Nacionalidade: Brasileira

País de Nacionalidade: Brasil

País de Nascimento:

Município de Nascimento: Boa Vista

Grau de Instrução: 2º grau incompleto

Profissão: Estudante, mensageiro, office-boy

Logradouro: COMUNIDADE ANINGAL - AMAJARI

Número:

Complemento:

Bairro:

Município: Amajari

CEP.:

Telefone:

Obs:

CPF:

PIS/PASEP:

Inscrição:

Outra Identidade:

Orgão:

UF:

Documento: Nascimento

No. do Espelho: 505577

Cartório: 1º

Data: 18/7/2004

Município: Boa Vista

Circunscrição:

Livro: A-91

Termo: 64652

Mun.:

Portaria Min.:

Documento:

Órgão:

Data:

Mun.:

Autorizador:

N.º do Documento:

Orgão:

UF:

Cartório:

Livro:

Folha:

Termo:

Data do Óbito:

Cútis: Parda

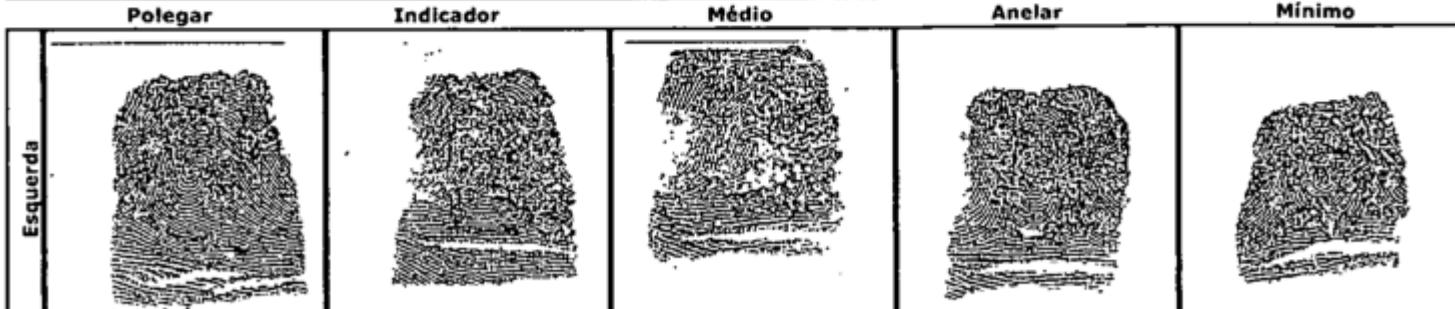
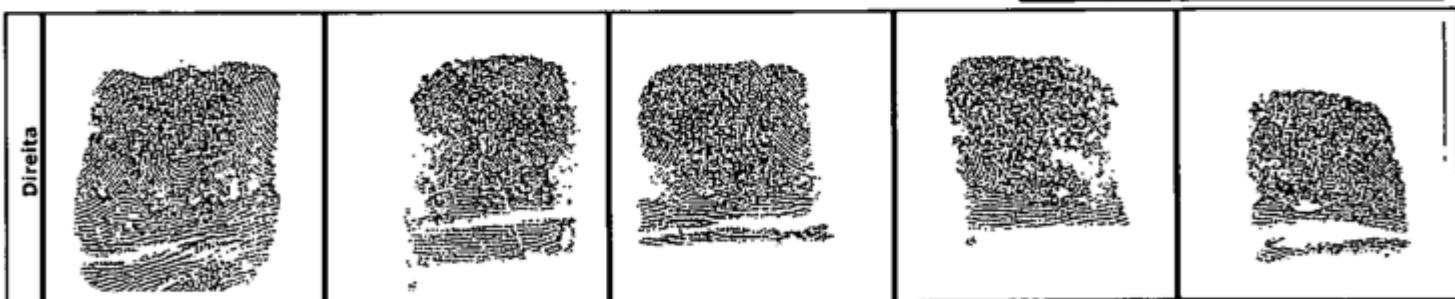
Olhos: Preto

Altura: 1,58m

DIR.	4	3	3	4	4
ESQ.	4	1	2	4	4

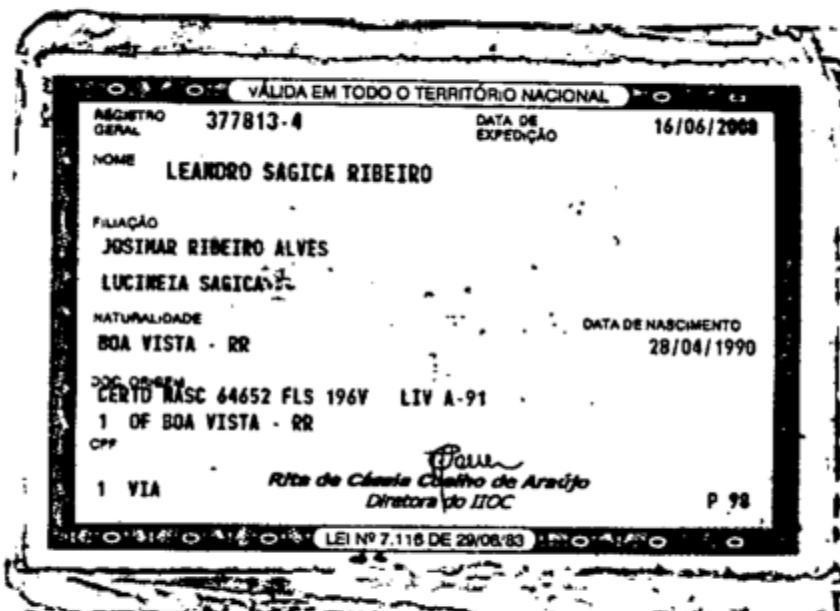
Tipo Cabelo: Liso

Cor Cabelo: Preto



Hênio Staino Lima Andrade
Diretor do IIIC





INVESTIGADO

28 JAN. 2015



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
030.466.532-04

Nome
LEANDRO SAGICA RIBEIRO

Nascimento
28/04/1990

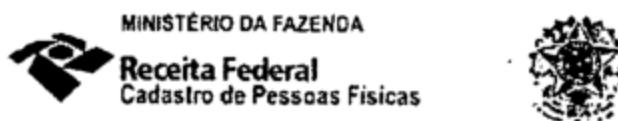
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	377813-4	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/06/2008
NOME	LEANDRO SAGICA RIBEIRO		
FILIAÇÃO	JOSIMAR RIBEIRO ALVES LUCINEIA SAGICA		
NATURALIDADE	BOA VISTA - RR	DATA DE NASCIMENTO	28/04/1990
DOC. ORIGEM	CENTRO MASC 64652 FLS 196V LIV A-91		
1 OF BOA VISTA - RR			
CPF	11.111.111-11		
1 VIA	Rita de Cássia Chelito de Araújo Diretora do IIOC		P. 98
LEI Nº 7.116 DE 29/06/63			

INVESTIGADO
28 JAN. 2015



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
030.466.532-04
Nome
LEANDRO SAGICA RIBEIRO

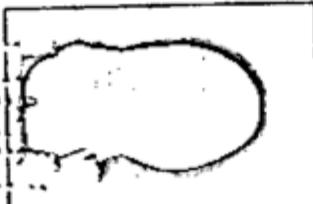
Nascimento
28/04/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Assinatura do Titular

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 01.11.4

DATA DE EXPEDIÇÃO

NAME

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



*1004037



INVESTPREV
28 JAN. 2015



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 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 Daiane da Silva Marçinotto, portador(a) do RG nº 394811-4, expedido por SSP/EE, em 14/04/2009, CPF/CNPJ nº 539.250.412-49, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jhanny dasilva Ribeiro do sinistro de DPVAT da natureza importado da vítima Leandro Sagica Ribeiro, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: autônoma Renda Mensal: R\$ 800,00

Documentos comprobatórios: Lg e CPF

Daiane da Silva Marçinotto
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Diane da Silva NascimentoPORTADOR(A) DO RG Nº 391811-4EXPEDIDO POR 5571 RREM 14/10/2009

CPF 539250412-49 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO autônoma
E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Seandro Sagica Reisio /, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, EOMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 037Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1383-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 590171-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Boa Vista/RR, 30 de Novembro de 2014 Diane da Silva Nascimento

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de Invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

MODAS E CONFECOES/SCOPUS
MODAS E CONFECOES
17.821.527/0001-89
R ALBINO TAVARES 0

V1.2 17/11/2014 10:04
TERM 000001 LOJA 8130700001 AUTE 3494

AUTO 002534
DATA:17/11/2014 HORA DE BRASILIA:11:05

**** SALDO CONTA FACIL ****

DAIANE DA SILVA NASCIMENT
AGENCIA: 01383 CONTA: 0000000590171-5

TOTAL DISPONIVEL	657,50
SALDO TOTAL	657,50
SALDO DISP.P/INVEST.	657,50

AG.BRADESCO : 1383 -
R.INAC.MAGALHAES-UBV
CORRESP.BANC.:088 - MODAS E CONFECOES
NSU: 024065505234 AUTENTICACAO: 065432

OUVIDORIA BRADESCO
8000 727 9933

VIA DO CLIENTE

INVESTIPREV

28 JAN. 2015

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"
Delegacia de Acidente de Trânsito

Boletim de Ocorrência nº 36446 E / 2014

Registrado em 11/12/2014 às 11:26 horas

Dados Gerais**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM MOTOCICLETA**

DATA DO FATO: 22/11/2014 - HORA FATO: 15:00

LOCAL DO FATO: Estrada do Acesso ao Município do Amajari Zona rural

1ª Vítima

NOME: Leandro Ságica Ribeiro

PAI: Josimar Ribeiro Alves

MÃE: Lucinela Ságica

SEXO: Masculino - EST. CIVIL: Solteiro - DT NASC: 28/04/1990 IDADE: 24 anos

NATURAL DE: Boa Vista - UF: RR

DOC.IDENT.: 3778134 - ÓRGÃO EXP: SESP/Polícia Civil/RR

END. RES.: Comunidade Indígena Aningal

MUNICÍPIO: Amajari/RR

GRAU LESÃO: Fatal - COMPARECEU À UNIDADE POLICIAL: Não

Comunicante

NOME: Daiane da Silva Nascimento

PAI: Antônio Nascimento

MÃE: Celulza Alves da Silva

SEXO: Feminino - EST. CIVIL: Solteiro - DT NASC: 08/07/1995 [IDADE: 19 anos]

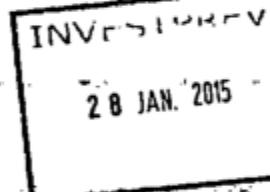
NATURAL DE: Amajari - UF: RR - PROFISSÃO: Servidora Pública Municipal

DOC.IDENT.: 3918114 - ÓRGÃO EXP: SESP/Polícia Civil/RR

END. RES.: Rua Raimundo Pinho de Melo, s/n - BAIRRO: centro

MUNICÍPIO: Amajari/RR

Celular: 95 8101-1389

**Veículo**

PLACA DO VEÍCULO: NAR-0040 CHASSI: 9C2JC30705R105074 UF: RR MUNICÍPIO: Boa Vista

MARCA/MODELO: HONDA /CG 125 FAN ES ANO FAB: 2005 ANO MOD: 2005

COR PREDOMINANTE: Vermelho

PROPRIETÁRIO: Deuzilmar da Silva Sobral

SITUAÇÃO: Veículo liberado

Histórico

A COMUNICANTE RELATOU QUE LEANDRO SÁGICA ESTAVA TRAFEGANDO NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN QUE ERA CONDUZIDO POR EZEQUIEL RIBEIRO DE SOUZA, QUANDO NUMA CURVA PERDERAM O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VIERAM A CAIR, EM SEGUIDA, FORAM SOCORRIDOS POR TERCEIROS QUE ACIONARAM O SAMU QUE SOCORREU AS VÍTIMAS E O LEVARAM PARA O HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA, QUE LEANDRO FICOU INTERNADO E VEIO A ÓBITO NO DIA 05/12/2014 ÁS 16 HORA E 15 MINUTOS.

Requisições expedidas

Requisições IML: Não

Instituto de Criminalística: Não

Instituto de Identificação: Não

Ezequiel Ribeiro de Souza Filho
 Agente de Polícia Civil
 Mat: 43002907

Daiane da Silva Nascimento

Delegacia de Acidente de Trânsito - Av. Brig. Eduardo Gomes, 4214, Macapá, Boa Vista, Roraima