

**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 GeraisNATUREZA 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 VítimaNOME: **Leandro Sargica Ribeiro**PAI: **Josimar Ribeiro Alves**MÃE: **Lucinela 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 Aringá**MUNICÍPIO: **Amajari/RR**GRAU LESÃO: **Fatal** - COMPARECEU À UNIDADE POLICIAL: **Não****Comunicante**NOME: **Dalaine da Silva Nascimento**PAI: **Antonio 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 8101-1309****SABEMI SEGURADORA S/A****14 DEZ. 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: **Deuzimar 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 SEQUÊNCIA 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 ÀS 16 HORA E 15 MINUTOS.

Requisições expedidasRequisições IML: **Não**Instituto de Criminalística: **Não**Instituto de Identificação: **Não**

Deuzimar da Silva Sobral
 Agente de Polícia Civil
 Mat.: 43002907

Dalaine da Silva Nascimento

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



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

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

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

2º TABELIONATO DE BOA VISTA-RR
AUTENTICAÇÃO
O Tabelião de Boas Vista-RR, José Coelho de Souza Neto, Tabelião, declara que a presente certidão é verdadeira, por ser o original.

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
JHONNY DA SILVA RIBEIRO

INTERVENÇÃO:
096511 01 55 2009 1 00126 182 0076377 51

Boa Vista
30 DEZ 2014

Jose Coelho de Souza Neto
Tabelião
Jose Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO
Treze de outubro de dois mil e oito
DIA 13 MÊS 10 ANO 2008

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

DECLARAÇÃO
LEANDRO SAGICA RIBEIRO e DAIANE DA SILVA NASCIMENTO

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

GÊMEOS Não
NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO
Vinte e quatro de abril de dois mil e nove
Nº CNV Não informado

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no livro A-126, As 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 fe.
Boa Vista-RR, 10 de dezembro de 2014

RECEBIDO

NOME DO OFÍCIO
Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR
Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF
Boa Vista-RR

EXCERÇÃO
Av. Ataide Teiva, 2.042

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



0002
 BOA VISTA-RR
 AUTENTICAÇÃO - A presente cópia é
 reprodução fiel do documento que me foi
 apresentado, dou fé.

Boa Vista
 RR 04 DEZ. 2017

Escritor
 Alex Chang Lin Tarny
 Escrevente Autorizado
 DANIEL
 Aguiar

REGISTRO CIVIL
 SERVIÇOS 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

NATACIDADE:
 096511 01 55 2014 4 00017 052 0009704 90

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 24 anos
NATURALIDADE Boa Vista, Estado de Roraima	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG 3778134 SSP/RR	ESCRITOR 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 DO FALECIMENTO Cinco de dezembro de dois mil e quatorze, 16h15min	DA 05	NºS 12
LOCAL DO FALECIMENTO Hospital Geral de Roraima		
CAUSA DA MORTE TCF, Politraumatismo, Acidente Automobilístico		
SEPULTAMENTO / CEMITÉRIO Cemitério "Municipal de Amajari-RR"	DECLARANTE Daiane da Silva Nascimento, 391811-4 SSP/RR, recepcionista, solteira, residente Rua: Raimundo Pinho de Melo s/nº Centro Munic.	
NOME E Nº DO DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(AM) O ÓBITO Francisco Ferreira de Farias Júnior, CRM 365/RR		
OBSERVAÇÕES / ANEXAÇÕES Ato registrado no livro C-17, às folhas 52 verso, sob o nº 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. Ataide teive, 2.042
 Liberdade

SABEMI SEGURADORA S/A
 04 DEZ. 2017
RECEBIDO

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



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

RR



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

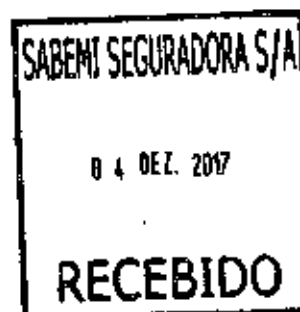
recorte aqui



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
987506	11/2017	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 estado civil de **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</u> <u>QUALIDADE</u> <u>DE(*)</u>	<u>RG</u>	<u>CPF</u>
1. JHONNY DA SILVA RIBEIRO	FILHO		
2.			
3.			
4.			
5.			

(*) Indicar o grau 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 Dpvt.

Para a lista xx,
LOCAL E DATA

Daiane da Silva Nascimento
ASSINATURA DO RECLAMANTE

LOCAL E DATA	SABEMI SEGURODORA S/A	ASSINATURA DO RECLAMANTE
LOCAL E DATA	04 DEZ. 2017	ASSINATURA DO RECLAMANTE
LOCAL E DATA	RECEBIDO	ASSINATURA DO RECLAMANTE

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

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

<u>DADOS DAS TESTEMUNHAS</u>			
<u>NOME COMPLETO</u>	<u>RG</u>	<u>CPF</u>	<u>ASSINATURA</u>
1. Rayane Magalhães Santos	375912-1	026.142.902-70	<u>Rayane Magalhães Santos</u>
2. Kerly Brandão da Silva	387202-5	809.944.502-32	<u>Kerly Brandão da Silva</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Mostrar Direito

LEANDRO SAGICA RIBEIRO
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 377813-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/04/2008

NOME LEANDRO SAGICA RIBEIRO

FILIAÇÃO JOSIMAR RIBEIRO ALVES
LUCINEIA SAGICA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 28/04/1990

DIG. ORDEM CERTO NASC 64452 FLS 194V LIV A-91
1 OF BOA VISTA - RR

OFF

1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIOC

P. 96

LEI Nº 7.118 DE 28/08/83

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ. 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,

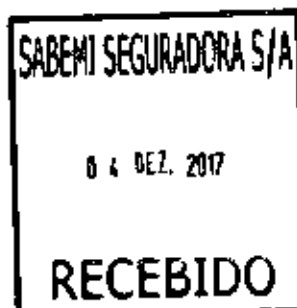
CPF nº: 539.250.412-49 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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

Por ser verdade, firmo-me.

BOA VISTA/RR 30 / 11 / 17

Assinatura do Declarante Daiane da Silva Nascimento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO TRÁFICO DE DROGAS



Polícia Paranaense



João da Silva Nascimento

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

35161

18/08/2009

JOÃO DA SILVA NASCIMENTO

SEXO: MASCULINO

CELESTIA ALVES DA SILVA

CELESTIA - CE

03/07/1973

CPF: 000230 608 280 LIX A169
CRA VISTA - CE

1 VIA

Rita de Cássia Cláudio de Araújo
Diretora do DDC

P 9

LEI Nº 7.116 DE 1974

SABEMI SEGURADORA S/A

04 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

DAIANE DA SILVA NASCIMENTO

Nascimento

08/07/1995

VÁLIDO 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: **AGRICULTOR.**

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 FARIAS JÚNIOR.**

CRM-365/RR.

Médico Legista - Plantonista.



IML

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade.
Tel. (95) 825-3559 Fax (95) 625-3389.
CEP 69 310 270 - Boa Vista - RR.



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP 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**.

SUSEP: Agência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Daiane da Silva Nascimento inscrito (a) no CPF 539.250.412 / 49
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jonney da Silva Ribeiro inscrito
(a) no CPF sob o Nº _____ / _____ 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:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço: <u>Rua N-31</u>		Número: <u>190</u>	Complemento: <u>casa</u>
Referência: <u>Sinader H. Campos</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CPF: <u>69.316-532</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD): <u>(95) 3624-3983</u>	Telefone celular (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

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

Daiane da Silva Nascimento
Assinatura do Declarante



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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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



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**
Vítima: **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





0014



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 221 206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** (pai, mãe), 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 do sinistro ou ASL

CPF da vítima

030.466.532-04

Nome completo da vítima

Alineo Sagica Ribeiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Alineo da Silva Nascimento

CPF titular da conta

539.250.412-49

Profissão

autônoma

Endereço

Rua. N-31

Senador H. Campos

Cidade

Boa Vista

E-mail

lucianoavista.penducio@hotmail.com

Número

490

Estado

RR

Complemento

casa

CEP

69.316-532

Telefone (DDD)

(95) 99117-5392

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECEBIMENTO

SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine a opção!)☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)☒ BRASILCO (237)☐ BANCO DO BRASIL (BIB)☐ ITAÚ (341)☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

BANCO

Número

RPP

AGÊNCIA

UF

CONTA

RPP

UF

AGÊNCIA

RPP

UF

CONTA

RPP

UF

1383

690111

5

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

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

Boa Vista - RR 30 de Novembro de 2017

Firma e Data

Alineo da Silva Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

04 DEZ. 2017

RECEBIDO

MODAS E CONFECÇÕES/SCOPUS
MODAS E CONFECÇÕES
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 ***

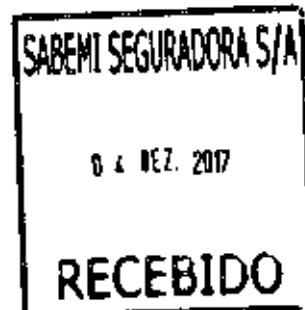
DAIANE DA SILVA NASCIMENT
AGENCIA: 01383 CONTA: 0000000590171-5

TOTAL DISPONIVEL	607,250
SALDO TOTAL	607,250
SALDO DISP.P/INVEST.	607,250

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

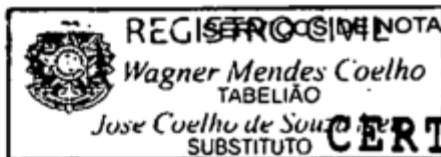
OUIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

VIA DO CLIENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO



REGISTRO CIVIL

Wagner Mendes Coelho
TABELIÃO

Jose Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO

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

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

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
JHONNY DA SILVA RIBEIRO

MATRÍCULA:
096511 01 55 2009 1 00126 182 0076377 51

Boa Vista
RR 30 DEZ. 2014

Em testº
Wagner Mendes Coelho TABELIÃO
Jose Coelho de Souza Neto SUBSTITUTO

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO Treze de outubro de dois mil e oito		DIA 13	MÊS 10	ANO 2008
BORA NASC 22h18min	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Boa Vista/RR			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF Boa Vista-RR	LOCAL DE NASCIMENTO Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth		SEXO Fem	
FILIAÇÃO LEANDRO SAGICA RIBEIRO e DAIANE DA SILVA NASCIMENTO				
AVÓS Josimar Ribeiro Alves e Lucineia Sagica (paternos) e Antonio Nascimento e Celuiza Alves da Silva (maternos)				
GÊMEOS Não	NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS Nada consta.			
DATA DE REGISTRO POR EXTENSO Vinte e quatro de abril de dois mil e nove		Nº DN Não informado		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro A-126, às folhas 182, sob o nº 76377. 2ª Via. Declarante O pai. INVESTIPREV 28 JAN. 2015				

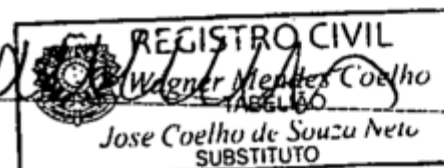
O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou
fé.
Boa Vista-RR, 10 de dezembro de 2014

NOME DO OFÍCIO
Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR
Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF
Boa Vista-RR

ENDEREÇO
Av. Ataíde teive, 2.042



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

1004036



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
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 **Masculino** COR **Parda** ESTADO CIVIL E IDADE **Solteiro, 24 anos**

NATURALIDADE **Boa Vista, Estado de Roraima** DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO **RG 3778134 SSP/RR** ELEITOR **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, 16h15min** DIA **05** MÊS **12** ANO **2014**

LOCAL 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, recepcionista, solteira, residente Rua: Raimundo Pinho de Melo s/nº Centro Munic.** 20 JAN. 2015

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

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no livro C-17, às folhas 52 verso, sob o nº 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
Liberdade**

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**

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

AUTENTICAÇÃO
CUSTAS R\$ 1,55

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

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: **AGRICULTOR.**

Est. Civil: **SOLTEIRO.**

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

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

Faleceu em consequência de:

TCE

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 FARIAS JÚNIOR.**

CRM-365/RR.

Médico Legista – Plantonista.



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**

Em testº da verdade

☒ Wagner Mendes Castro TABELÃO
☐ José Coelho de Souza Neto SUBSTITUTO

AUTENTICAÇÃO
CUSTAS R\$ 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.



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO



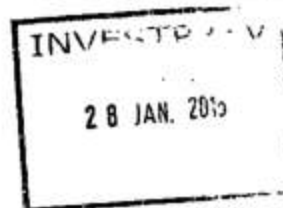
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **DAIANE DA SILVA NASCIMENTO**

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

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)	Rua n 31
Número	190
Apto / Complemento	
Bairro	Senador Helio Campos
Cidade	Boa Vista
Estado	Roraima
CEP	69.316-532
Telefone de Contato	95-8101-1389
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

LOCAL Boa Vista / RR DATA 30/12/2014

Assinatura do Declarante:

Daiane da Silva Nascimento

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA





Elektrobras Distribuição Roraima

Elektrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Fatores B-1
Regime especial de Impreciação autorizado pela SEFAZ RR/13

Para contato com a
Elektrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

98750-6

Nº da Nota Fiscal 000063510

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2014	26/12/2014	202	94,04

MARIA ANTONIA LIMA DA CONCEICAO
R. N 31 190 SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 00059447869220
CEP: 69.316-532 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.35.047100

DADOS DA LECTURA		DADOS DA LECTURA	
Atual	9962	Anterior	19/11/2014
Anterior	9760	Anterior	22/10/2014
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Lectura	19/12/2014
Consumo Medido	202	Emissão	19/11/2014
Consumo Faturado	202	Apresentação	19/11/2014
Forma de Faturamento: NORMAL		Fator de Potência: FCM	
Dias de Consumo: 28			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Uso	Número Medidor	Ponto	Código Fec	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	F2724636	N 1425570	1.1.1.1	175

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA		
Mês/ano Consumo			
OUT/14	232	CONSUMO	202 A R\$ 0,340008 = 68,68
SET/14	203	PARCELAMENTO DE DEBITOS	4/7 15,29
AGO/14	151	ILUMINACAO PUBLICA	10,07
JUL/14	160		
JUN/14	170		
MAI/14	205		
ABR/14	193		
MAR/14	173		
FEV/14	141		
JAN/14	167		
TARIFA SEN TIEI/103: 0 A 202 - 0,276215			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
09/2014	86,99	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir da data de vencimento, caso não seja pago o valor devido no prazo de 5 dias úteis após o vencimento. Caso tenha efetuado o pagamento favor reconsiderar este aviso.

TARIFA DE ENERGIA ELÉTRICA: REAJUSTE MÉDIO +5,28%, RESOLUÇÃO ANE EL 1.816 DE 29.10.2014. RESERVA: APRESENTE-SE DE 09 A 16/12/2014 NO QG DA 1 BDA INF SL. REGULARIZE SUA SITUAÇÃO MILITAR. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO REAS.3336.62AE.FCC2.D332.C036.FCA3.A826

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	25,65	Base de Cálculo	68,68
Energia	26,43	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	11,67
Encargos	3,73	Valor do PIS	0,21
Tributos	12,87	Valor do COFINS	0,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			PIC			DMC		DCCM	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Mensal	Anual
Limite	6,03	12,06	24,12	4,35	8,71	17,42	3,54			
Realizado	0,00			0,00			0,00			
Conjunta	DISTRITO									
	Período de faturação: 09/2014 - 11/2014 22,10									

ROT: 28.001.26.35.047100



Elektrobras Distribuição Roraima

Elektrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

98750-6

TOTAL A PAGAR - R\$

94,04

MÊS FATURADO

11/2014

VENCIMENTO

26/12/2014

Nº da Nota Fiscal: 000063510 FCM

836100000000 6 94040075000 3 000000000000 4 75061114000 8



20 JAN. 2015

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 (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 Dpvt.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

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- 49 FCTDUFV	<i>Daiane da S. N.</i>
2.		28 JAN. 2015	
3.			
4.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

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

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

*100404





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: Josimar Ribeiro Alves

Nome da Mãe: Lucinela 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

Município: Boa Vista

Data: 18/7/2004

Livro: A-91

Folha: 196V

Termo: 64652

Circunscrição:

Portaria Min.:

Mun.:

Documento:

Orgão:

Data:

Mun.:

Autorizador:

N.º do Documento:

Orgão:

UF:

Cartório:

Livro:

Folha:

Termo:

Data do Óbito:

Cúti: Parda

Olhos: Preto

Altura: 1,58m

Tipo Cabelo: Liso

Cor Cabelo: Preto

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

Direita						
	Polegar	Indicador	Médio	Anelar	Mínimo	
	Esquerda					
		Polegar	Indicador	Médio	Anelar	Mínimo

Hênio Stanislau Lima Andrade
Diretor do IIOC



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Políg. Direto

LEANDRO SAGICA RIBEIRO
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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. ORDEM CERTID. NASC 64652 FLS 196V LIV A-91
1 OF BOA VISTA - RR

CPP
1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIOC

P 98

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

INVESTIDOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



LEANDRO SAGICA RIBEIRO
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

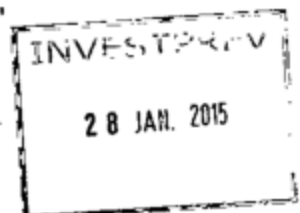
DOC. ORIGEM CERTO NASC 44652 FLS 196V LIV A-91
1 OF BOA VISTA - RR

CPF

1ª VIA *Rita de Cássia Castello de Araújo*
Diretora do ITOC

P 98

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
030.466.532-04


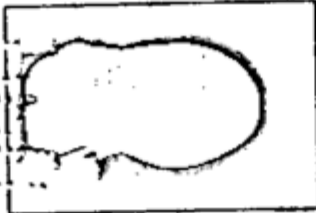
Nome
LEANDRO SAGICA RIBEIRO

Nascimento
28/04/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

João da Silva Almeida

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

TIPO 32.114 DATA DE EMISSÃO 12/12/83

NOME [REDACTED]

DATA DE NASCIMENTO 02/12/52

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

INVESTPREV
28 JAN. 2015

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
539.250.412-49

Nome
DALANE DA SILVA NASCIMENTO

Nascimento
08/07/1995

VALIDO CONJUNTO COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



**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 Nascimento, portador(a) do RG nº 391811-4, expedido por SSP/RE, em 14 / 04 / 2009, CPF/CNPJ nº 539.250.412-49

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Thommy da Silva Ribeiro do sinistro de DPVAT da natureza IN-ACIDENTE 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: RG e CPF

Daiane da Silva Nascimento
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, Daiane da Silva NascimentoPORTADOR(A) DO RG Nº 39J811-4EXPEDIDO POR SSP/RREM 14/04/2009 ECPF 539250412-49 / CNPJ 00000000-0000-00, 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 Hando Sagica Ribeiro. 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, COMER 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.

INVESTPREV

28 JAN 2015

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 33 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1383-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 690141-5

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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Boa Vista/RR, 30 de Dezembro de 2014

LOCAL E DATA

Daiane da Silva Nascimento

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 CONFECÇÕES/SCOPUS
MODAS E CONFECÇÕES
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: 000000590171-5

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 CONFECÇÕES
NSU: 024065505234 AUTENTICACAO: 065432

OUIDORIA BRADESCO
0800.727.9933

VIA DO CLIENTE

INVESTPREV

28 JAN. 2015

BOLETIM DE OCORRENCIA

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 GeraisNATUREZA 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 Sagica Ribeiro

PAI: Josimar Ribeiro Alves

MÃE: Lucinela Sagica

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 Aningaí

MUNICÍPIO: Amajari/RR

GRAU LESÃO: Fatal - COMPARECEU À UNIDADE POLICIAL: Não

Comunicante

NOME: Daiane da Silva Nascimento

PAI: Antonio Nascimento

MÃE: Catulza Alves da Silva

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

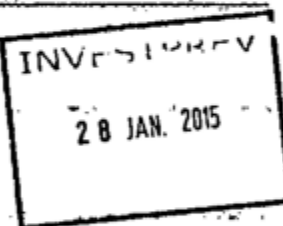
NATURAL DE: Amajari - UF: RR - PROFISSÃO: Servidora Pública Municipal

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: Deuzimar 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 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 ÀS 16 HORA E 15 MINUTOS.

Requisições expedidas

Requisições IML: Não

Instituto de Criminalística: Não

Instituto de Identificação: Não

Deuzimar da Silva Sobral
Agente de Polícia Civil
Mat: 43002907

Daiane da Silva Nascimento

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