

## Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
2931349420201209174428

### Processo 0829509-96.2020.8.23.0010 - (22 dia(s) em tramitação)

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 10435 - Acidente de Trânsito

**Nível de Sigilo:** Público

#### Pendências

**Intimações não lidas:** Ver Intimação

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b>					
<b>Realçar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial (Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento (Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11					
500 por pág. <input type="button" value="1"/>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	11 09/12/2020 17:44:28	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770308CONTESTACAO01.pdf	Público
		11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770308CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>			
	10 08/12/2020 21:23:47	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020)		ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>	
	9 08/12/2020 15:46:41	<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE MARIELIS CAROLINA COVA</b> Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020)		WENDER DE MOURA OLIVEIRA <b>Advogado</b>	
	8 04/12/2020 00:01:06	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de MARIELIS CAROLINA COVA) em 03/12/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.		SISTEMA CNJ	
	7 23/11/2020 12:16:30	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de MARIELIS CAROLINA COVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020)		VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/>	6 23/11/2020 11:56:53	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>		JARBAS LACERDA DE MIRANDA <b>Magistrado</b>	
	5 17/11/2020 10:40:37	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>		SISTEMA CNJ	
	4 17/11/2020 10:40:37	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>		SISTEMA CNJ	
	3 17/11/2020 10:40:37	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição		SISTEMA CNJ	
	2 17/11/2020 10:40:36	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 4ª Vara Cível		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/>	1 17/11/2020 10:40:36	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>		WENDER DE MOURA OLIVEIRA <b>Advogado</b>	



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: <b>705.344.102-66</b>	4 - Nome completo da vítima: <b>JESUS ALBERTO SUAREZ BUITO</b>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: <b>CRISTIAN JESUS SUAREZ COVA</b>	6 - CPF: <b>706.542.442-53</b>	9 - Número:	10 - Complemento:
7 - Profissão: <b>ESTUDANTE</b>	8 - Endereço: <b>PARROQUIA LA SAN AGUSTIN</b>	13 - Estado:	14 - CEP:
11 - Bairro:	12 - Cidade: <b>CARACAS, VENEZUELA</b>	16 - Tel.(DDD): <b>(187) 33575-5355</b>	
15 - E-mail:			

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

17 - Nome completo do Representante Legal: <b>MARIBELIS CAROLINA COVA</b>	18 - CPF do Representante Legal: <b>706.542.422-75</b>	19 - Profissão do Representante Legal: <b>PU/CA</b>	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <b>4263</b>	CONTA: <b>67.733</b>
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)			

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):		16 SET 2019
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou		
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou		
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.		
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.		

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

23 - Estado civil da vítima: <b>Solteiro</b>	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <b>FILHO</b>	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>5</b>	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>2</b>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.					
34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		38 - 1ª   Nome: <b>Maria Manoel R. Rodrigues</b> CPF: <b>042.891.863-86</b> Assinatura da testemunha		
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		39 - 2ª   Nome: <b>WENDY DE MORA OLIVEIRA</b> CPF: <b>019.812.233-04</b> Assinatura da testemunha		
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido				
40 - Local e Data, <b>BOA VISTA/RR, 11 SETEMBRO 2019.</b>					

**Jesus Alberto Suárez** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: <b>705.344.102-66</b>	4 - Nome completo da vítima: <b>JESUS ALBERTO SUAREZ BUITO</b>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
5 - Nome completo: <b>CRISTIAN JESUS SUAREZ COVA</b>	6 - CPF: <b>706.542.442-53</b>	9 - Número:	10 - Complemento:
7 - Profissão: <b>ESTUDANTE</b>	8 - Endereço: <b>PARROQUIA LA SAN AGUSTIN</b>	13 - Estado:	14 - CEP:
11 - Bairro:	12 - Cidade: <b>CARACAS, VENEZUELA</b>	16 - Tel.(DDD): <b>(187) 33575-5355</b>	
15 - E-mail:			

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

17 - Nome completo do Representante Legal: <b>MARIBELIS CAROLINA COVA</b>	18 - CPF do Representante Legal: <b>706.542.422-75</b>	19 - Profissão do Representante Legal: <b>PU/CA</b>	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <b>4263</b>	CONTA: <b>67.733</b>
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)			

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):		16 SET 2019
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou		
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou		
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.		
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.		

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

23 - Estado civil da vítima: <b>Solteiro</b>	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <b>FILHO</b>	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>5</b>	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>2</b>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.					

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1ª   Nome: <b>Maria Manual R. Rodrigues</b> CPF: <b>042.891.863-86</b> Assinatura da testemunha	39 - 2ª   Nome: <b>WENDY DE MORA OLIVEIRA</b> CPF: <b>019.812.233-04</b> Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, <b>GOA VISTA/AR, 11 SETEMBRO 2019.</b>			41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			43 - Assinatura do Procurador (se houver)		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2017



GENTE SEGURA

Av. Capitão Júlio Batista, 404 - Boa Vista - RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042982/2017

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/11/2017 09:47 Data/Hora Fim: 16/11/2017 10:26

Delegado de Polícia: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 16/11/2017 07:20

#### Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Pricumã

Logradouro: Avenida Venezuela próximo ao Viaduto em frente a Agropecuária Agrominas

Tipo do Local: Via Pública

#### Natureza

#### Meio(s) Empregado(s)

1222: Homicídio culposo na direção de veículo automotor (Art. 302 - Caput - da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB) Não Houve

### ENVOLVIDO(S)

#### Nome: LUIS IVAN SALAZAR BRITO (COMUNICANTE )

Nacionalidade: Venezuelana

Naturalidade:Monagas

Sexo: Masculino

Nasc: 27/01/1986

Profissão: Ajudante de Obras

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Nome da Mãe: Luiza Brito

Nome do Pai: Luis Salazar

#### Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: V17.312.290

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Vasco da Gama em uma obra

Bairro: MECEJANA

Telefone: (95) 99165-6908 (Celular)

#### Nome: DESCONHECIDO (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR

#### Nome: JESUS ALBERTO SUAREZ BRITO (VÍTIMA )

Nacionalidade: Venezuelana

Sexo: Masculino

Nasc: 30/12/1983

Profissão: Ajudante de Obras

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Nome da Mãe: Ilda Blanco Brito

Nome do Pai: Orlando Antonio Suarez

#### Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 705.944.102-66

#### Endereço

Delegado de Polícia Civil: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

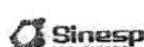
Impresso por: Julio Cesar Pereira Ferreira

Data de Impressão: 16/11/2017 10:26

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042982/2017

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Guilherme Brito  
Bairro: Liberdade  
Telefone: (95) 99165-6908 (Recado)

Nº: 357

Complemento: Ap 08

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

### RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem ao 5º Distrito Policial informar o falecimento por atropelamento de seu primo JESUS ALBERTO no endereço acima citado. Relata que era por volta das 08hs00 quando recebeu uma ligação de seu irmão comunicando o fato. Lhe falaram que o primo conduzia sua bicicleta levando como passageiro na garupa do veículo um primo de nome JUNIOR SUAREZ que foi socorrido no local e removido ao Pronto Socorro HGR. Contudo, seu primo não resistiu e faleceu no local do acidente. Soube ainda que um caminhão teria colidido a traseira da carroceria na bicicleta do primo causado a fatalidade e se evadiu sem prestar socorro às vítimas. A equipe da Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros esteve no local realizando os trabalhos necessários. É o que tinha a comunicar. Pede providências.

### ASSINATURAS

Julio Cesar Pereira Ferreira  
Responsável pelo Atendimento

Luis Ivan Salazar Brillo  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





**EMBRYANCO**  
CARTOROTORERRO

ÁREA DE ANISTÍAS - DPM  
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

- 16 SET 2019

**GENTE SEGURADORA**

 <p><b>CARTÓRIO LOUREIRO</b> Av. Presidente Vargas, 10 - Centro - Fone/Fax: (45) 3621-0002 - Atendimento: 08h00 às 18h00 - CNPJ: 12.445.500/0001-68</p>	<p>DR. JOZIEL LOUREIRO VALÍDADO E REGISTRADOR Atendendo em horário comercial de 08h00 às 18h00</p>
<p><i>Este é o documento original apresentado. Dou fé</i></p>	
<p><i>de que este é o documento original apresentado.</i></p>	
<p><i>Verifique o número de protocolo:</i></p>	
<p><b>REC/CEP/183345M6LDQSFONNSP12</b></p>	
<p><i>Consulte seu site: <a href="http://cidadao.portaldetor.com.br">http://cidadao.portaldetor.com.br</a></i></p>	
<p><b>Solicite: 01891223304</b></p>	

DETALHAMENTO DA MATRÍCULA		Detalhamento da Matrícula	Detalhamento da Matrícula
Matrícula	00188301551987000305000000033331	dc [55] Tipo de Serviço Prestado sendo: Sai: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais	1fff (0003) Número do Livro
Padrão	aaaaaabbbcccddd e 1fff 999hhhhhh h	ddid (1897) Ano do Registro [f1] : Título do Livro	9999 (050) Número da folha
			hhhhhhh (000033) Número do Termo
			1fff (01) Dígito Verificador:
			( )





## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3480588

**WENDER DE MOURA OLIVEIRA**

R. ADAIL OLIVEIRA ROSA, 3458 ,

EQUATORIAL 69317324 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
337439	08/2019	19-JUL-19 a 21-AUG-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
132	06-SEP-19	R\$ 131,44

### OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

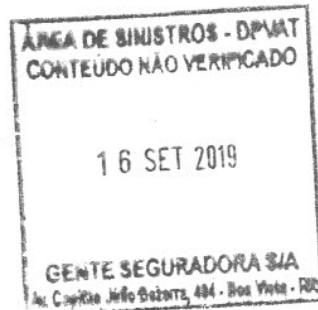
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
337439	08/2019	R\$ 131,44

836400000011.314400750001.000000000331.743908190056





## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3480588

**WENDER DE MOURA OLIVEIRA**

R. ADAIL OLIVEIRA ROSA, 3458 ,

EQUATORIAL 69317324 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
337439	08/2019	19-JUL-19 a 21-AUG-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
132	06-SEP-19	R\$ 131,44

### OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

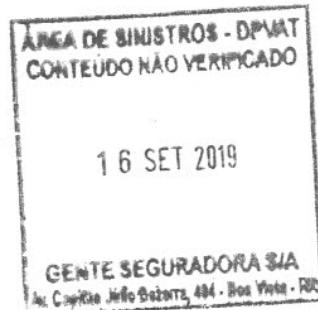
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
337439	08/2019	R\$ 131,44

836400000011.314400750001.000000000331.743908190056





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	705.344.102-66	JESUS ALBERTO SUAREZ GAITO

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
CHRISTIAN JESUS SUAREZ COVA	706.542.442-53		
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: PANORAMA LA SAN AGUSTIN	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade: CANITRE, VENEZUELA	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (39) 39575-5935		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	MANIBELLES CAROLINA COVA		
18 - CPF do Representante Legal:	706.542.422-75	19 - Profissão do Representante Legal:	POBLA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 4263 CONTA: 67.733	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

16 SET 2019

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

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

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

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

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou Falecidos:  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Falecidos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
		38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: <u>Maria Manoel R. Rodrigues</u> CPF: <u>042.891.863-86</u> <u>Maria Manoel Rodrigues Rodrigues</u> Assinatura da testemunha	
		39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: <u>Wendy de Moura Oliveira</u> CPF: <u>019.812.233-04</u> <u>Wendy de Moura Oliveira</u> Assinatura da testemunha	

40 - Local e Data, BOA VISTA/RR, 11 SETEMBRO 2019.

Jesus Alberto Suarez - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MESP - POLÍCIA FEDERAL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IMIGRAÇÃO - DELEMIG/DREX/SR/PF/RR



Documento Provisório de Identidade de Estrangeiro	MINISTÉRIO DA JUSTIÇA COMITÊ NACIONAL PARA REFUGIADOS
<b>DADOS DO ESTRANGEIRO</b>  Nome: CRISTIAN JESUS SUAREZ COVA Nome do pai: JESUS ALBERTO SUAREZ BRITO Nome da mãe: MARIELIS CAROLINA COVA Data de nascimento: 22/09/2008 Gênero: MASCULINO Nacionalidade: VENEZUELA  <b>Assinatura:</b>   <b>Tipo do pedido:</b> <b>SOLICITAÇÃO DE REFÚGIO POR EXTENSÃO</b>  Solicitação nos termos da Lei: 9.474/1997 Anexo I da Resolução CONARE nº 24/17	Protocolo nº.: 08485.011548/2018-29 Data de Expedição: 20/03/2018 Data de Validade: 20/03/2019  Nome do solicitante principal: MARIELIS CAROLINA COVA Vinculado ao protocolo do solicitante principal nº: 08485.011545/2018-95 Grau de parentesco com o solicitante principal: FILHO
Assinatura do servidor (Assinar eletronicamente)	O titular deste protocolo deverá manter os seus contatos atualizados e comunicar a Polícia Federal e ao CONARE em caso de qualquer alteração em seu telefone, endereço e e-mail. A comunicação pode ser feita pelos seguintes meios: -pessoalmente, na Delegacia de Polícia Federal mais próxima - por escrito, para o e-mail conare@mj.gov.br - pelo telefone (61) 2025-9225 Assinatura: (assinado eletronicamente)

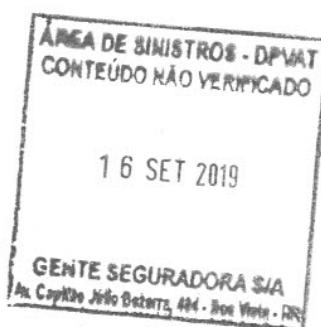


Documento assinado eletronicamente por DANIEL MARTINS ROCHA, Agente Administrativo, em 20/03/2018, às 12:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

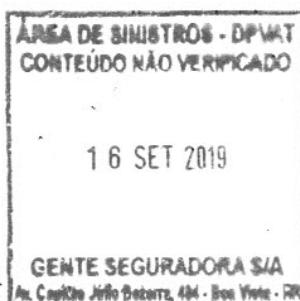


A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.dpf.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.dpf.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador 6007134 e o código CRC 8F32F4BE.



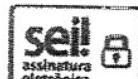


:: SEI / PF - 6007022 - Refúgio: Protocolo Provis. de Solicit. de Ref... [https://sei.dpf.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir](https://sei.dpf.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MESP - POLÍCIA FEDERAL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IMIGRAÇÃO - DELEMIG/DREX/SR/PF/RR

Documento Provisório de Identidade de Estrangeiro	MINISTÉRIO DA JUSTIÇA COMITÊ NACIONAL PARA REFUGIADOS
<b>DADOS DO ESTRANGEIRO</b>  Nome: MARIELIS CAROLINA COVA Nome do pai: BENIGNO RAFAEL CABELLO Nome da mãe: YNES MERCEDES COVA Data de nascimento: 16/05/1987 Gênero: FEMININO Nacionalidade: VENEZUELA  <b>Assinatura:</b> 	Protocolo nº.: 08485.011545/2018-95 Data de Expedição: 20/03/2018 Data de Validade: 20/03/2019
  <b>Tipo do pedido:</b> <b>SOLICITAÇÃO DE REFÚGIO</b>  Solicitação nos termos da Lei: 9.474/1997  Anexo I da Resolução CONARE nº 18/14	A Lei 9.474/1997 assegura ao portador deste documento que "em hipótese alguma será efetuada sua deportação para fronteira de território em que sua vida ou liberdade esteja ameaçada, em virtude de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política" (Artigo 7, §1º). Este protocolo é documento de identidade válido em todo o território nacional e é prova da condição migratória regular do seu titular. O titular deste protocolo possui os mesmos direitos de qualquer outro estrangeiro em situação regular no Brasil e deve ser tratado sem discriminação de qualquer natureza.
  Assinatura do servidor (Assinar eletronicamente)	O titular deste protocolo deverá manter os seus contatos atualizados e comunicar a Polícia Federal e ao CONARE em caso de qualquer alteração em seu telefone, endereço e e-mail. A comunicação pode ser feita pelos seguintes meios: -pessoalmente, na Delegacia de Polícia Federal mais próxima -por escrito, para o e-mail conare@mj.gov.br -pelo telefone (61) 2025-9225  Assinatura: (assinado eletronicamente)



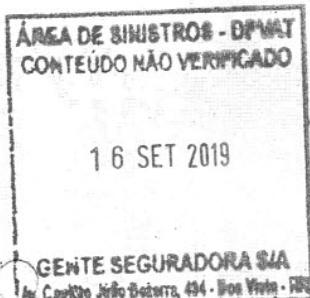
Documento assinado eletronicamente por DANIEL MARTINS ROCHA, Agente Administrativo, em 20/03/2018, às 12:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



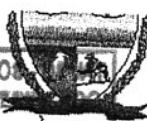
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.dpf.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.dpf.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador 6007022 e o código CRC 5CC525D7.











GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR  
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



16 SET LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO - CADAVÉRICO - Nº 5835/2017/IML.  
DESTINO: 2º DISTRITO POLICIAL/RR.

GENTE SEGURADORA S.A.

An. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - Delegado de Polícia Civil: MARCOS ROBERTO ALVES DE AMORIM  
> Requisição: Nº 634/2017, Referência: BO. Nº 43057/2017.

NOME: JESUS NATIVIDAD SUAREZ HIDALGO

NACIONALIDADE: VENEZUELANO	NATURALIDADE: MATURIM - MONAGAS
DATA NASCIMENTO: 09/12/1984	IDADE: 32 ANOS
SEXO: MASCULINO	COR: PARDAS
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	PROFISSÃO: AJUDANTE DE PEDREIRO
FILIAÇÃO: JESUS NATIVIDAD SUAREZ E YENNY HIDALGO	
ENDEREÇO: RUA SABIA Nº 42, BAIRRO MECEJANA	
DOCUMENTAÇÃO: RG. V 16.697.930 IDENTIDADE VENEZUELANA	
DATA/ HORA DO EXAME: 16/11/2017, às 17 horas e 20 minutos.	

DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº: 26089674-8.

Obs: Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.

**HISTÓRICO:** O Corpo deu entrada neste IML-RR às 17:00 horas do dia 16/11/2017. Das informações colhidas consta que Requisição cadavérica Nº 634/2017 – 2º DP e que a morte teria ocorrido às 10 horas e 55 minutos do dia 16/11/2017, em consequência de: Traumatismo crânio-encefálico.

**EXAME EXTERNO:**

- Vestes: ► Fralda geriátrica.
- Características físicas: Trata-se de um cadáver do sexo masculino, íris castanho, cor parda, cabelos negros, bigode negro, barba negra, com 170 centímetro de estatura, pesando 82 kg, apresentando bom desenvolvimento osteo muscular e bom estado de nutrição.
- Formula dentária: Naturais.
- Dados Tanatológicos: O cadáver apresenta os seguintes sinais de morte:  
► Rigidez cadavérica, ausência de pulso, midriase pupilar bilateral.

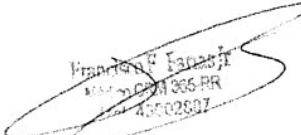
**LESÕES:** Constatou-se externamente, a existência de: ► Lesão corto-cotusa de cerca de 12 cm em região occipital com exposição de calota craniana e fratura de calota craniana. ► Escoriações de arrasto em face e membro superior esquerdo. ► Fratura de bacia. ► Fratura exposta do membro inferior esquerdo com exposição de osso do joelho esquerdo. ► Relatório do PS informa TCE gravíssimo, fratura do fêmur esquerdo, fratura de pélvis, fratura de arcos costais.

**DISCUSSÃO:** Deixa de ser aberto por ser evidente a causa mortis, artigo 162 – parágrafo único CPP. Deixa de ser radiografado o corpo por falta de equipamento de Rx. Deixa de ser realizado exame toxicológico por inexistência de laboratório de toxicologia forense.

NOME: JESUS NATIVIDAD SUAREZ HIDALGO

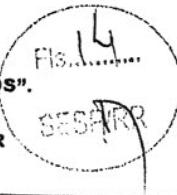
IML

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade.  
Tel. (95) 2121-3409 - Fax (95) 2121-3430.  
CEP 69 309 005 – Boa Vista – RR





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA,  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".  
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR  
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



**LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO-CADAVÉRICO- N° 5835/2017/IML.**  
**DESTINO: 2º DISTRITO POLICIAL/RR.**

**CONCLUSÃO:** Diante dos dados colhidos durante a necropsia, concluímos que a morte se deu por: ► Traumatismo crânio-encefálico.

**QUESITOS E SUAS RESPOSTAS:**

**1º) Houve Morte? SIM.**

**2º) Qual a sua causa? TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO.**

**3º) Qual o instrumento ou meio que o produziu? CONTUNDENTE.**

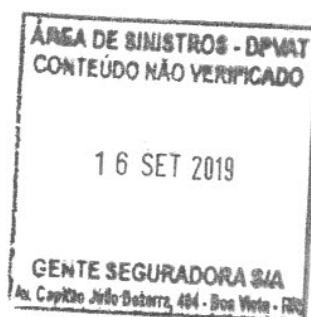
**4º) Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel?: SEM ELEMENTOS.**

**5º) De quanto tempo é a morte (hora, dia, mês e ano)? ÓBITO DIA 16/11/2017 – ÀS 10 HORAS E 55 MINUTOS.**

E por ser verdade digital este documento, que depois de revisado e achedo conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Cleudete Silva Maranhão.

Boa Vista-RR, 16 de Novembro de 2017, às 17 horas e 20 minutos.

Benigno P. Farias Jr  
CRM-RR 465-RR  
43002607



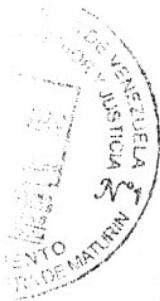
**IML**

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade.  
Tel. (95) 2121-3409 - Fax (95) 2121-3430.  
CEP 69 309 005 – Boa Vista – RR

Luis Roberto Suárez  
ABOGADO  
Inpreabogado: 193.536

550224663

62



*Miguel A. Suárez*  
F.O.S.A.: N° 131.586

Yo: **MARIELIS CAROLINA COVA**, Venezolana, mayor de edad, soltera con Cédula de Identidad Nro19.080.931.representado en este acto a mi hijo , **CRITIAN JESUS SUAREZ COVA** Venezolano, soltero, sin Cedula de Identidad, numero de acta de la partida de nacimiento **879** ,expedido por el registro civil del municipio Maturín del estado **Monagas** en fecha **30-07-2012**,ambos con residencia en BOA VISTA RORAIMA BRASIL, en la calle, do sabia,42,mecejana,cep 69.304-471,tlf.(95)99129-2557y actualmente domiciliados en el sector la democracia calle principal, **Maturín**, Municipio **Maturín**, Estado **Monagas**, civilmente hábiles , por el presente documento declaramos: **Conferir** Poder Especial, amplio y suficiente en cuanto a derecho se requiere, al ciudadano. **JESUS NATIVIDAD SUAREZ**, mayor de edad, con Cédula de Identidad Nro. **V-6.944.470** y actualmente residenciado en BOA VISTA RORAIMA BRASIL, en la calle, do sabia,42,mecejana,cep 69.304-471,tlf.(95)99129-2557 y civilmente hábil, para que represente, sostengan y defienda nuestros derechos e intereses, en todo lo relaciono a indemnización, por ante cualquier Autoridad Pública o Privada de la República Bolivariana de Venezuela, ya sea en territorio nacional o ante cualquier embajada o consulado que esta posea en el mundo; ante cualquiera y todos los Jueces y Tribunales, en todas sus instancias y en toda clase de procedimientos sean ordinarios o especiales; para la realización de trámites necesarios y pertinentes para hacer diligencias necesarias en cualquier país extranjero que favorezcan nuestros intereses. Podrá también, hacer todo lo relativo con respecto a cobro de dinero o pago del mismo en nuestro nombre, en territorio nacional o en el exterior, ya sea de forma judicial y/o administrativa. También podrá intentar, contestar, oponerse, convenir, transigir, y desistir de cualquier acción, demanda o procedimiento que en nuestro nombre se pueda constituir una parte procesal o material, en todo tipo de juicios, recursos o procedimientos de cualquier índole o naturaleza, contratar la debida asistencia Jurídica requerida en cualquier país nacional o internacional, en los actuales momentos estaremos residenciados en el país (Venezuela); quedando facultado para nombrar abogado o abogados de su confianza, sustituyendo este poder en todo o en parte, con facultades, para darse por citado o notificado en nuestro nombre, intentar y contestar demandas por ante cualquier Tribunal de la República; oponer cuestiones

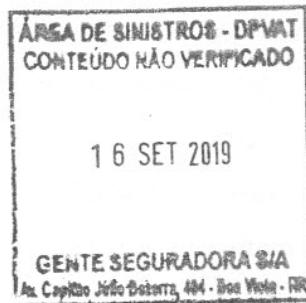
**ÁREA DE SINISTROS - DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**CONTEUDO NAO VERIFICADO**

para darse por citado o notificado en nuestro nombre, intentar y contestar demandas por ante cualquier Tribunal de la República; oponer cuestiones

16 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

previas, reconvenciones y contestarlas; ejercer toda clase de recursos ordinarios o extraordinarios inclusive el de casación, promover y evacuar toda clase de pruebas, inclusive las Privilegiadas, comprometer en árbitros arbitradores o de derecho, transigir, convenir y desistir, tanto de la acción Principal, como del Procedimiento, absolver posiciones juradas, formulándolas en nuestro nombre y representación, objetar todo tipo de Jueces o Funcionarios, proponer interrogatorios, solicitar el reconocimiento de firmas o documentos; instituir recursos de amparo y oponerse al que sea otorgado a otros, recibir cantidades de dinero y otorgar los correspondientes recibos y finiquitos, representarlo en todas las instancias hasta su total desarrollo, y en general para que realicen todas aquellas gestiones y actuaciones que nosotros mismo realizaríamos para la mejor defensa de nuestros derechos e intereses : Las facultades aquí enumeradas lo ha sido a título enunciativo y por ningún respecto taxativa., **en Maturín, a la fecha de su autenticación**



Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores y Justicia



SERVICIO AUTONÓMICO  
DE REGISTROS  
Y NOTARÍAS

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA RELACIONES  
INTERIORES, JUSTICIA y PAZ.SERVICIO AUTONOMO DE REGISTROS y NOTARIAS (SAREN). NOTARIA  
PÚBLICA PRIMERA DE Maturín. ESTADO MONAGAS. Maturín, *Quintana* (26) DE  
*Juan Ambrosio* DOS MIL DIECIOCHO (2018). 206° y 157°. El anterior documento redactado por el  
abogado: LUIS ROBERTO SUAREZ, inscrito en el Inpreabogado bajo el No. 193.536. Fue Presentado para su  
AUTENTICACION Y DEVOLUCION según Planilla No.15500224603, de fecha: 20-11-2018. Presente su Otorgante  
dijo llamarse: MARIELIS CAROLINA COVA, mayor de edad, de Nacionalidad: VENEZOLANA, Estado Civil:  
*Saltas*, titular de la Cédula de Identidad No. V-19.080.931. Leído y confrontado el original con  
sus Fotocopias y firmadas éstas y el original en presencia del Notario, el Otorgante expuso: "SU CONTENIDO ES  
CIERTO Y MIA LA FIRMA QUE APARECE AL PIE DEL INSTRUMENTO". El Notario en tal virtud lo declara  
autenticado en presencia de los Testigos: ALVARO GUTIERREZ y *James Pinto*,  
titulares de las Cédulas de Identidad Nos. V-6.824.311 y *16.677.DD*, dejándolo inserto bajo el  
No. 33 Tomo 366 de los Libros de autenticaciones llevados en esta Notaria. El Notario Público deja constancia que  
dio cumplimiento de informar al Otorgante sobre la naturaleza, trascendencia y consecuencias legales del documento  
que otorga tal como lo exige el Ordinal 2, Artículo 79, de fecha: 22/12/2006, con Rango de Fuerza y Ley del Registro  
Público y del Notariado, quien manifestó su conformidad con el mismo. Igualmente hace constar que tuvo a la vista el  
Acta de Nacimiento No. 879, Tomo 4 del año 2012, expedida por la Comisión de Registro Civil y Electoral del  
Municipio Maturín del Estado Monagas, correspondiente a CRISTIAN JESUS SUAREZ COVA.Termino se leyó y  
conformes firman.

## EL NOTARIO PÚBLICO

~~SAREN~~ NOTARIA PUBLICA PRIMERA MATURIN  
A.Y. Ruben J. Pérez P  
Notario Público  
C.C.D. 155

EL OTORGANTE

M.C.B.

**LOS TESTIGOS**

OTORGADO POR:

REALIZADO POR: ALVARO GUTIERREZ.

**ÁREA DE SINISTROS - DPWAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

Républica Bolivariana de Venezuela  
Consejo Nacional Electoral  
Comisión de Registro Civil y Electoral  
Estado Monagas  
Municipio Maturín  
Parroquia las Cocuizas



TOMO 04  
ACTA N° 879  
DIA 30  
MES JULIO  
AÑO 2012

H

REGISTRO DE NACIMIENTO

RECONOCIMIENTO

INSERCIÓN

A Datos del Registrador (a) Civil

NOMBRES FANNY	APELLIDOS ARAY		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° 8.357.035	OFICINA O UNIDAD DE REGISTRO CIVIL MUNICIPIO MATORIN ESTADO MONAGAS		
RESOLUCIÓN N° 019	FECHA 20   01   2012	GACETA MUNICIPAL EXTRAORDINARIA N° G9	FECHA 20   01   2012

B Datos del Presentante o presentada

PRIMER APELLIDO SUAREZ	SEGUNDO APELLIDO COVA	PRIMER NOMBRE CRISTIAN	SEGUNDO NOMBRE JESUS
FECHA DE NACIMIENTO	DIA 22   MES 09   AÑO 2008	SEXO MASCULINO	HORA DE NACIMIENTO 06:02 A.M <input checked="" type="checkbox"/> P.M
LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO MONAGAS	MUNICIPIO MATORIN	PARROQUIA SAN SIMON

C Datos del Certificado de Nacimiento

CERTIFICADO N° 2441689	FECHA DE EXPEDICIÓN 23	DIA 09	MES 2008	ANÓ	NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD: HOSPITAL CENTRAL DR. MANUEL NUÑEZ TOVAR
---------------------------	---------------------------	-----------	-------------	-----	--

AUTORIDAD QUE LO EXPIDE  
DR. ORTIZ

Nº MPPS

D Datos del (a) Declarante

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIELIS CAROLINA COVA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° V-19.080.931	EDAD 25 AÑOS	PROFESIÓN U OCUPACIÓN ESTUDIANTE		
CEDULA <input checked="" type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD VENEZOLANA	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: VIA LA PICA SECTOR EL DILUVIO CALLE PRINCIPAL CASA NUMERO 13 PARROQUIA LAS  
COCUZAS MUNICIPIO MATORIN ESTADO MONAGAS

DECLARACIÓN JURADA DE IDENTIDAD:

E Datos del (a) Declarante

NOMBRES Y APELLIDOS: JESUS ALBERTO SUAREZ BRITO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° V-17.243.905	EDAD 28 AÑOS	PROFESIÓN U OCUPACIÓN: ESTUDIANTE		
CEDULA <input checked="" type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD VENEZOLANA	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: SECTOR LA DEMOCRACIA CALLE PRINCIPAL PARROQUIA LAS COCUZAS MUNICIPIO  
MATORIN ESTADO MONAGAS

DECLARACIÓN JURADA DE IDENTIDAD

F Datos del (a) Declarante

NOMBRES Y APELLIDOS: ALEXANDRA DEL CARMEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° V-27.710.774	EDAD 23 AÑOS	PROFESIÓN U OCUPACIÓN DE OFICIOS DEL HOGAR		
CEDULA <input checked="" type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD VENEZOLANA	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: SECTOR LA CONSTITUYENTE PARROQUIA LAS COCUZAS MUNICIPIO MATORIN  
ESTADO MONAGAS

NOMBRES Y APELLIDOS: JORGE FELIX GOMEZ RIVAS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° V-18.580.905	EDAD 27 AÑOS	PROFESIÓN U OCUPACIÓN COMERCIANTE		
CEDULA <input checked="" type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD VENEZOLANA	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: SECTOR BAJO GUARAPICHE PARROQUIA LAS COCUZAS MUNICIPIO MATORIN ESTADO  
MONAGAS

G Datos del Acta (Incluir solo en caso de inserción de Acta)

ACTA N°

FECHA DIA MES AÑO

AUTORIZACION QUE LO EXPIDE

H Datos del Mandatario (Incluir solo en caso de declaración de mandatario)

NOMBRES Y APELLIDOS:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°	EDAD	PROFESIÓN U OCUPACIÓN		
CEDULA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA

DATOS DEL PODER NOTARIAL  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Nº FECHA DIA MES AÑO

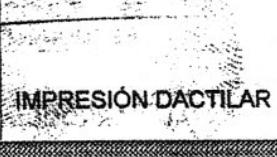
16 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitalista 404 - Bocagrande - Barranquilla

CONSEJO DE PROTECCIÓN	MEDIDA N°	FECHA	DIA	MES	AÑO
NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS CONSEJERAS					
EXTRACTO DE LA MEDIDA:					
TRIBUNAL	SENTENCIA N°				
NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ O JUEZA	FECHA	DIA	MES	AÑO	
EXTRACTO DE LA MEDIDA					

- CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL Y FOTOCOPIA.
- FOTOCOPIA DE CEDULA DE IDENTIDAD DE AMBOS PADRES.
- FOTOCOPIAS DE CEDULAS DE LOS TESTIGOS.
- OFICIO DE PRESENTACION EXTEMPORANEA N° 3398/2012 DE FECHA 23/07/12 EMITIDO POR EL CONSEJO DE PROTECCION DEL NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, DEL MUNICIPIO MATORÍN DEL ESTADO MONAGAS, DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 88 DE LA LEY ORGANICA DE REGISTRO CIVIL.

FIRMA DEL DECLARANTE 	IMPRESIÓN DACTILAR 	FIRMA DEL DECLARANTE 	IMPRESIÓN DACTILAR 
FIRMA DEL REGISTRADOR (A) 		SELLO HÚMEDO 	
FIRMA DEL TESTIGO 	IMPRESIÓN DACTILAR 	FIRMA DEL TESTIGO 	IMPRESIÓN DACTILAR 

ÁREA DE BIMESTRES - DIFMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2015

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 404 - Rio Vista - RR

FIRMA DEL REGISTRADOR (A) CIVIL/SELLO HÚMEDO

FIRMA DEL REGISTRADOR (A) CIVIL/SELLO HÚMEDO



República Bolivariana de Venezuela  
Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores, Justicia y Paz  
Servicio Autónomo de Registros y Notarías

Fecha Emisión: 20 | 11 | 2018

208° y 157°



La PUB desde su emisión tiene una vigencia de treinta (30) días continuos para ser cancelada; una vez efectuada la cancelación respectiva, tiene una vigencia de sesenta (60) días no prorrogables para presentar el documento. Agotados dichos lapsos la PUB es nula y deberá emitirse una nueva PUB para realizar el trámite, debiendo cancelarse nuevamente el monto correspondiente.

### PLANILLA ÚNICA BANCARIA



Número Planilla:

15500224603

Tipo de Acto:  
**PODER MENOR**

Nº 33  
Tomo 366  
Folio \_\_\_\_\_

Número Control: 488-0000-0000

Nombre y Apellido de Solicitante  
**MARIELIS COVA**

CI/RIF/Pasaporte del Solicitante  
**19.080.931**

Nombre y Apellido del Depositante

CI/RIF/Pasaporte del Depositante

Firma del Depositante

	Forma de Pago	NºCheque/Aprobación	Monto (Bs.S)
	Monto Efectivo		0,00
	Cheque Gerencial del mismo Banco		0,00
	Punto de Venta		0,00
	Pago por Internet		0,00

Monto en Letras:	Monto Total
(cero bolívares)	0,00

### SOLO PARA USO DEL SAREN

FUNCIONARIO EMISOR	FUNCIONARIO RECEPTOR	FUNCIONARIO REVISOR	REGISTRADOR/NOTARIO
JESÚS CARABALLO	JESUS CARABALLO		Karlos G. Perea, Notario Notario Público Privado, Oficina 601 CDD 155
V-9.900.874	V-9.900.874		
ESCRIBIENTE III	ESCRIBIENTE III		
20/11/2018	20/11/2018		26 NOV 2018



Bancos Recaudadores  
0003- Banco Industrial de Venezuela  
0007- Banco Bicentenario  
0102- Banco de Venezuela  
0108- Banco Provincial  
0163- Banco del Tesoro

Sello y Firma del Banco

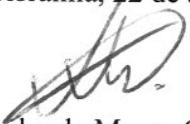


## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

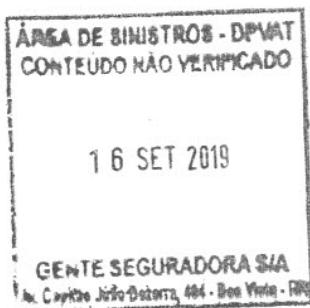
Eu, Wender de Moura Oliveira, brasileiro, solteiro, advogado, RG 15755012000-9 SSP/MA, CPF 019.812.233-04, residente e domiciliado na Rua Vasco da Gama, 285, Mecejana, Boa Vista, Roraima, cep. 69.304-060. Declaro, a pedido de quem interessada e para fins de provas de Residência, que o Sr. Jesus Natividad Suarez, venezuelano, RNE G393948-E, CPF 706.291.142-93, reside na Rua Adail Oliveira Rosa, 3458, Equatorial, Boa Vista, Roraima, cep. 69.317-324.

Por ser verdade, assino o presente documento, declarando estar ciente de que responderei criminalmente em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

Boa Vista, Roraima, 22 de agosto de 2019.



Wender de Moura Oliveira  
OAB/RR 368-B





Nº da Conta: 0230010640  
Mês de referência: 09/2019  
Período: 02/08/2019 a 01/09/2019  
Data de emissão: 05/09/2019

WENDER DE MOURA OLIVEIRA  
R VASCO DA GAMA, 285  
MECEJANA  
69304-060 BOA VISTA - RR

[www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)  
Fale conosco: Central de Relacionamento  
\*8486 ou [www.vivo.com.br/faleconosco](http://www.vivo.com.br/faleconosco)  
Telefônica Brasil S.A.  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957  
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR  
I.E.: 240108035  
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62  
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

Vencimento  
17/09/2019

Total a Pagar - R\$  
64,99

Seus Números Vivo  
95-99175-5915

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aproveite os benefícios do Vivo  
Valoriza no App Meu Vivo.

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
<strong>Serviços Contratados</strong>						
VIVO CTRL DIGITAL-3,5GB ILIM	1	1	64,99	-	-	64,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL III	1	1	0,00	-	-	-
<strong>Subtotal</strong>						<strong>64,99</strong>
<strong>TOTAL A PAGAR</strong>						<strong>64,99</strong>

#### MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo) e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

\*App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em [vivo.com.br/app](http://vivo.com.br/app) e navegue sem consumir seu pacote de dados \*

\*Fique atento: o e-mail oficial utilizado pela Vivo para enviar a 1ª via da sua conta é [contadigital@vivo.com.br](mailto:contadigital@vivo.com.br). A vivo nunca envia e-mail de extensões como "@gmail" e "hotmail". \*

Até emissão desta conta constava(m) débitos de contas anteriores. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Manterá o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente

WENDER DE MOURA OLIVEIRA

Vencimento

17/09/2019

Total a Pagar - R\$

64,99

Cód. Débito Automático 0230010640-4

Nº da Conta 0230010640

Mês Referência 09/2019

846300000003

649900750013

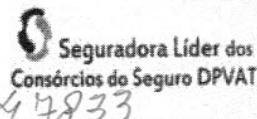
102300106402

091981909178

Autenticação Mecânica



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319476/19

Vítima: JESUS ALBERTO SUAREZ BRITO

CPF: 706.291.142-93

CPF de: Representante

Data do acidente: 16/11/2017

Titular do CPF: JESUS NATIVIDAD SUAREZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### JESUS NATIVIDAD SUAREZ : 706.291.142-93

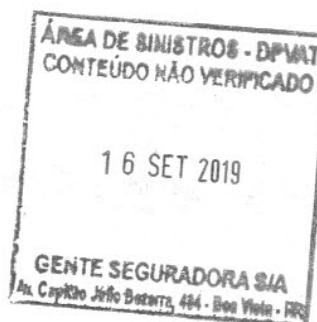
Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

#### MARIELIS CAROLINA COVA : 706.542.422-75

Documentos de identificação

#### CRISTIAN JESUS SUAREZ COVA : 706.542.442-19

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação



### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019  
Nome: JESUS NATIVIDAD SUAREZ  
CPF: 706.291.142-93

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

JESUS NATIVIDAD SUAREZ

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319476/19

**Vítima:** JESUS ALBERTO SUAREZ BRITO

**CPF:** 706.291.142-93

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 16/11/2017

**CPF de:** Representante

**Titular do CPF:** JESUS NATIVIDAD SUAREZ

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### JESUS NATIVIDAD SUAREZ : 706.291.142-93

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

#### MARIELIS CAROLINA COVA : 706.542.422-75

Documentos de identificação

#### CRISTIAN JESUS SUAREZ COVA : 706.542.442-19

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019  
Nome: JESUS NATIVIDAD SUAREZ  
CPF: 706.291.142-93

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

JESUS NATIVIDAD SUAREZ

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA