

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:
2951208920210113103054

Processo 0800918-71.2020.8.23.0060 ⭐ - (32 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 10435 - Acidente de Trânsito**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)																																																
Realces ↑																																																					
Realçar Movimentos de: <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 Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																																																					
Filtros ↑																																																					
Movimentado Por: <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 Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>																																																					
7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7																																																					
<table border="1"><thead><tr><th>Seq.</th><th>Data</th><th>Evento</th><th>Movimentado Por</th></tr></thead><tbody><tr><td>[-]</td><td>7 13/01/2021 10:30:54</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</td></tr><tr><td colspan="4"><table border="1"><tbody><tr><td>7.1 Arquivo: Petição</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>2776444CONTESTACAO01.pdf</td><td>Público</td></tr><tr><td>7.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>2776444CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td>Público</td></tr><tr><td>7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td>Público</td></tr></tbody></table></td></tr><tr><td>[+]</td><td>6 11/01/2021 19:01:41</td><td>CONCEDIDO O PEDIDO</td><td>Raimundo Anastácio Carvalho Dutra Filho Magistrado</td></tr><tr><td>5</td><td>11/12/2020 18:57:26</td><td>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>4</td><td>11/12/2020 18:57:26</td><td>RECEBIDOS OS AUTOS</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>3</td><td>11/12/2020 18:57:26</td><td>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>2</td><td>11/12/2020 18:57:26</td><td>DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de São Luiz do Anauá</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>[+]</td><td>1 11/12/2020 18:57:26</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</td><td>Albenice Pessoa Chagas Advogado</td></tr></tbody></table>						Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	[-]	7 13/01/2021 10:30:54	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	<table border="1"><tbody><tr><td>7.1 Arquivo: Petição</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>2776444CONTESTACAO01.pdf</td><td>Público</td></tr><tr><td>7.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>2776444CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td>Público</td></tr><tr><td>7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td>Público</td></tr></tbody></table>				7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776444CONTESTACAO01.pdf	Público	7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776444CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público	[+]	6 11/01/2021 19:01:41	CONCEDIDO O PEDIDO	Raimundo Anastácio Carvalho Dutra Filho Magistrado	5	11/12/2020 18:57:26	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	4	11/12/2020 18:57:26	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	3	11/12/2020 18:57:26	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	2	11/12/2020 18:57:26	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de São Luiz do Anauá	SISTEMA CNJ	[+]	1 11/12/2020 18:57:26	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Albenice Pessoa Chagas Advogado
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																																																		
[-]	7 13/01/2021 10:30:54	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																																		
<table border="1"><tbody><tr><td>7.1 Arquivo: Petição</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>2776444CONTESTACAO01.pdf</td><td>Público</td></tr><tr><td>7.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>2776444CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td>Público</td></tr><tr><td>7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td>Público</td></tr></tbody></table>				7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776444CONTESTACAO01.pdf	Público	7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776444CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público																																						
7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776444CONTESTACAO01.pdf	Público																																																		
7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776444CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público																																																		
7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público																																																		
[+]	6 11/01/2021 19:01:41	CONCEDIDO O PEDIDO	Raimundo Anastácio Carvalho Dutra Filho Magistrado																																																		
5	11/12/2020 18:57:26	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ																																																		
4	11/12/2020 18:57:26	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ																																																		
3	11/12/2020 18:57:26	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ																																																		
2	11/12/2020 18:57:26	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de São Luiz do Anauá	SISTEMA CNJ																																																		
[+]	1 11/12/2020 18:57:26	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Albenice Pessoa Chagas Advogado																																																		



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023424

Vítima: JOSIVAN FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 17/11/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SIMONE MENDONCA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200023424

Vítima: JOSIVAN FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 17/11/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIMONE MENDONCA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15937581





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: 539.895.112-20 | 4 - Nome completo da vítima: Jamyelle Mendonça Ferreira Santos

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

5 - Nome completo: Jamyelle Mendonça Ferreira Santos | 6 - CPF: —11—

7 - Profissão: | 8 - Endereço: Rua José Vieira Sampaio | 9 - Número: 511 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural | 12 - Cidade: CAROÉBE | 13 - Estado: RR | 14 - CEP: 69.378-000

15 - E-mail: | 16 - Tel.(DDD): (95) 91450332

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: Simone Mendonça | 18 - CPF do Representante Legal: 010.684.172-69 | 19 - Profissão do Representante Legal: —11—

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA: | AGÊNCIA: CONTA: | (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: 17.11.2018

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

28 - Vítima Sim teve filhos? Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 2 Falecidos: 0 | 30 - Vítima deixou nasцuro (vel nascer)? Sim Não | 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 1 Falecidos: 0 | 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 31/11/2020 | 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 939.895.112-20 4 - Nome completo da vítima: *João Miguel Mendonça Ferreira Santos*

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

5 - Nome completo: *João Miguel Mendonça Ferreira Santos* 6 - CPF: 11 -

7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA JOSE VIEIRA SAMPAIO SIN 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: CAROBE 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.378.000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (46) 9145-0332

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: *Simone Mendonça* 18 - CPF do Representante Legal: 010.684.172-69 19 - Profissão do Representante Legal: 11 -

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: *Banco do Brasil*

AGÊNCIA: 4 CONTA: 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
- Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
- Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: *17.11.2018*

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

28 - Vítima Sim teve filhos? Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: *2* Falecidos: 30 - Vítima deu à luz (nascer) Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deu à luz 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, *Brumado - RR 15/11/20*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou Adu: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
230.896.112-20 **Simone Mendonça Santos**

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

5 - Nome completo: **Jean Miguel Mendonça Feitosa Santos** 6 - PPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço:
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Rua José Vieira Campelo** 12 - Cidade: **Carapebus** 13 - Estado: **RJ** 14 - CEP: **269-378-000**
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDRR): **(46) 9145-0332**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **Simone Mendonça** 18 - CPF do Representante Legal: **010.684.172-69** 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1,000,00 R\$2.911,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RFIOM R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA PÓUPANÇA (momento para os bancos abrem, recadastram opção)
 Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Titular da conta)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004) Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **3183** CONTA: **7793** Agência: **3183** Conta: **7793**

(Informar digito de verificação) (Informar digito de verificação) (Informar digito de verificação)

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, raciocinando e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE UNICO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, estou perante da Lei, que fui impossibilitado de obter e entrar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.191/74), uma vez que:

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

Antigo o preenchimento da análise da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.191/74.

Declaro que esta autorização não significa previsão concreta com a futura avaliação médica ou responsável ao direito de contratar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **17/11/2018**

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

28 - Vítima: Sim 29 - Setinha falso, informar se vivo: Sim 30 - Vítima deixou (companheiro): Sim 31 - Vítima falso, informar se vivo: Sim 32 - Setinha falso, informar se vivo: Sim 33 - Vítima falso, informar se vivo: Sim 34 - Vítima falso, informar se vivo: Sim

Este é o cláusula de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários cuja se apresentarem e provarem esta condição, estando à vista, ainda, de que qualquer unidade ou declarado não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por犯りção do artigo 291 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rago): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rago): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rago): 38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: **Barra Mansa - RJ 15/01/20** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver): TESTIMONIOS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - N° do atestado ou ASU: 2 - CPF da vítima: 3 - Nome completo da vítima:

539.849.112-20 Simone Mendonça Santos

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 17 - Tel. (DDD): 18 - Tel. (DDD):

Zona Rural São Vicente São Paulo SP RR (19) 9145-0332

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 20 -

Simone Mendonça 010.684.172-69 11

Dedique, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante Anexo [ANEXAR CóPIA].

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- REUSC INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abertos, Redes e corretoras)

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

AGÊNCIA: CONTA: AGENCIA: CONTA:

(Inserir digitação automática) (Inserir digitação automática) (Inserir digitação automática) (Inserir digitação automática)

Autorizo a Seguradora a lidar o crédito na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, ficar devendo o débito, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recaído.

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

Declaro, sob a pena da Lei, que sou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.917/74), uma vez que:

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

Antigo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, não uso no documentação médica da Seguradora a lidar para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente no trânsito causado por veículo

atirado, conforme o disposto na Lei 8.917/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do vidente: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da morte da vítima: 11.11.2018

25 - Seu nome completo: 26 - Vítima deixou testamento? Sim Não 27 - Se a vítima deixou um testamento, informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se entre filhos, informar testemunhas? Sim Não 30 - Vítima deixou testamento? Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar testemunhas? Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não 34 - Informar nome e CPF da pessoa que assina o pedido (a rego) 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rego) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rego) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rego) 38 - Nome: _____
CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - Nome: _____
CPF: _____ Assinatura da testemunha 40 - Local e Data: Rio Vista - RR 2021/01/30 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do representante legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Estou ciente de que a Seguradora só pagará, caso devide, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando de fato a vida, 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 209 do Código Penal.

44 - Impressionar digitalmente o documento ou assiná-lo à mão e clicar em "Assinar".

45 - Local e Data: Rio Vista - RR 2021/01/30

46 - Local e Data: Rio Vista - RR 2021/01/30

47 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

48 - Assinatura do representante legal (se houver)

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do procurador (se houver)

51 - Assinatura do procurador (se houver)

52 - Assinatura do procurador (se houver)

53 - Assinatura do procurador (se houver)

54 - Assinatura do procurador (se houver)

55 - Assinatura do procurador (se houver)

56 - Assinatura do procurador (se houver)

57 - Assinatura do procurador (se houver)

58 - Assinatura do procurador (se houver)

59 - Assinatura do procurador (se houver)

60 - Assinatura do procurador (se houver)

61 - Assinatura do procurador (se houver)

62 - Assinatura do procurador (se houver)

63 - Assinatura do procurador (se houver)

64 - Assinatura do procurador (se houver)

65 - Assinatura do procurador (se houver)

66 - Assinatura do procurador (se houver)

67 - Assinatura do procurador (se houver)

68 - Assinatura do procurador (se houver)

69 - Assinatura do procurador (se houver)

70 - Assinatura do procurador (se houver)

71 - Assinatura do procurador (se houver)

72 - Assinatura do procurador (se houver)

73 - Assinatura do procurador (se houver)

74 - Assinatura do procurador (se houver)

75 - Assinatura do procurador (se houver)

76 - Assinatura do procurador (se houver)

77 - Assinatura do procurador (se houver)

78 - Assinatura do procurador (se houver)

79 - Assinatura do procurador (se houver)

80 - Assinatura do procurador (se houver)

81 - Assinatura do procurador (se houver)

82 - Assinatura do procurador (se houver)

83 - Assinatura do procurador (se houver)

84 - Assinatura do procurador (se houver)

85 - Assinatura do procurador (se houver)

86 - Assinatura do procurador (se houver)

87 - Assinatura do procurador (se houver)

88 - Assinatura do procurador (se houver)

89 - Assinatura do procurador (se houver)

90 - Assinatura do procurador (se houver)

91 - Assinatura do procurador (se houver)

92 - Assinatura do procurador (se houver)

93 - Assinatura do procurador (se houver)

94 - Assinatura do procurador (se houver)

95 - Assinatura do procurador (se houver)

96 - Assinatura do procurador (se houver)

97 - Assinatura do procurador (se houver)

98 - Assinatura do procurador (se houver)

99 - Assinatura do procurador (se houver)

100 - Assinatura do procurador (se houver)

101 - Assinatura do procurador (se houver)

102 - Assinatura do procurador (se houver)

103 - Assinatura do procurador (se houver)

104 - Assinatura do procurador (se houver)

105 - Assinatura do procurador (se houver)

106 - Assinatura do procurador (se houver)

107 - Assinatura do procurador (se houver)

108 - Assinatura do procurador (se houver)

109 - Assinatura do procurador (se houver)

110 - Assinatura do procurador (se houver)

111 - Assinatura do procurador (se houver)

112 - Assinatura do procurador (se houver)

113 - Assinatura do procurador (se houver)

114 - Assinatura do procurador (se houver)

115 - Assinatura do procurador (se houver)

116 - Assinatura do procurador (se houver)

117 - Assinatura do procurador (se houver)

118 - Assinatura do procurador (se houver)

119 - Assinatura do procurador (se houver)

120 - Assinatura do procurador (se houver)

121 - Assinatura do procurador (se houver)

122 - Assinatura do procurador (se houver)

123 - Assinatura do procurador (se houver)

124 - Assinatura do procurador (se houver)

125 - Assinatura do procurador (se houver)

126 - Assinatura do procurador (se houver)

127 - Assinatura do procurador (se houver)

128 - Assinatura do procurador (se houver)

129 - Assinatura do procurador (se houver)

130 - Assinatura do procurador (se houver)

131 - Assinatura do procurador (se houver)

132 - Assinatura do procurador (se houver)

133 - Assinatura do procurador (se houver)

134 - Assinatura do procurador (se houver)

135 - Assinatura do procurador (se houver)

136 - Assinatura do procurador (se houver)

137 - Assinatura do procurador (se houver)

138 - Assinatura do procurador (se houver)

139 - Assinatura do procurador (se houver)

140 - Assinatura do procurador (se houver)

141 - Assinatura do procurador (se houver)

142 - Assinatura do procurador (se houver)

143 - Assinatura do procurador (se houver)

144 - Assinatura do procurador (se houver)

145 - Assinatura do procurador (se houver)

146 - Assinatura do procurador (se houver)

147 - Assinatura do procurador (se houver)

148 - Assinatura do procurador (se houver)

149 - Assinatura do procurador (se houver)

150 - Assinatura do procurador (se houver)

151 - Assinatura do procurador (se houver)

152 - Assinatura do procurador (se houver)

153 - Assinatura do procurador (se houver)

154 - Assinatura do procurador (se houver)

155 - Assinatura do procurador (se houver)

156 - Assinatura do procurador (se houver)

157 - Assinatura do procurador (se houver)

158 - Assinatura do procurador (se houver)

159 - Assinatura do procurador (se houver)

160 - Assinatura do procurador (se houver)

161 - Assinatura do procurador (se houver)

162 - Assinatura do procurador (se houver)

163 - Assinatura do procurador (se houver)

164 - Assinatura do procurador (se houver)

165 - Assinatura do procurador (se houver)

166 - Assinatura do procurador (se houver)

167 - Assinatura do procurador (se houver)

168 - Assinatura do procurador (se houver)

169 - Assinatura do procurador (se houver)

170 - Assinatura do procurador (se houver)

171 - Assinatura do procurador (se houver)

172 - Assinatura do procurador (se houver)

173 - Assinatura do procurador (se houver)

174 - Assinatura do procurador (se houver)

175 - Assinatura do procurador (se houver)

176 - Assinatura do procurador (se houver)

177 - Assinatura do procurador (se houver)

178 - Assinatura do procurador (se houver)

179 - Assinatura do procurador (se houver)

180 - Assinatura do procurador (se houver)

181 - Assinatura do procurador (se houver)

182 - Assinatura do procurador (se houver)

183 - Assinatura do procurador (se houver)

184 - Assinatura do procurador (se houver)

185 - Assinatura do procurador (se houver)

186 - Assinatura do procurador (se houver)

187 - Assinatura do procurador (se houver)

188 - Assinatura do procurador (se houver)

189 - Assinatura do procurador (se houver)

190 - Assinatura do procurador (se houver)

191 - Assinatura do procurador (se houver)

192 - Assinatura do procurador (se houver)

193 - Assinatura do procurador (se houver)

194 - Assinatura do procurador (se houver)

195 - Assinatura do procurador (se houver)

196 - Assinatura do procurador (se houver)

197 - Assinatura do procurador (se houver)

198 - Assinatura do procurador (se houver)

199 - Assinatura do procurador (se houver)

200 - Assinatura do procurador (se houver)

201 - Assinatura do procurador (se houver)

202 - Assinatura do procurador (se houver)

203 - Assinatura do procurador (se houver)

204 - Assinatura do procurador (se houver)

205 - Assinatura do procurador (se houver)

206 - Assinatura do procurador (se houver)

207 - Assinatura do procurador (se houver)

208 - Assinatura do procurador (se houver)

209 - Assinatura do procurador (se houver)

210 - Assinatura do procurador (se houver)

211 - Assinatura do procurador (se houver)

212 - Assinatura do procurador (se houver)

213 - Assinatura do procurador (se houver)

214 - Assinatura do procurador (se houver)

<p

572320

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM N° 815/18	DELEGADO: AO DELEGADO TITULAR
DATA: 18/11/2018	ATENDENTE: GERALDO PANTOJA
HORA: 13h43min	LOCAL: RUA JOSE VIEIRA SAMPAIO, SN, CENTRO, CAROEBE DATA: 18/11/2018 HORA: 00H05MIN

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: ROP CR622018 SGT/PM ITALO	RG:	CPF:
END:	Tel: (95)	

DADOS DA VITIMA

NOME: JOSIVAN FERREIRAA SANTOS	RG: 3811328/RR	CPF:
END: PJ		
FILIAÇÃO:		
GRAU DE INST:	APELIDO:	
COR / IDADE: 24 ANOS	PROFISSAO: MECÂNICO	
DATA DE NASCIMENTO:	FONE: (95)	
NACIONALIDADE:	NACIONALIDADE:	

DADOS DO INFRATOR

NOME:	RG:	CPF:
END:		

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
A TIPIFICAR		

BREVE RELATO DOS FATOS: A Guarda da Polícia Militar para nos relatar que, foram acionados para uma ocorrência de acidente de trânsito, e que ao chegar ao local encontraram a vítima gravemente ferida, e que segundo testemunha, a vítima conduzia a motocicleta CG 125 TITAN AZUL PLACA NAK 4317, que colidiu com o caminhão MERCEDES BENZ AZUL PLACA JXK 1127, que estava estacionado, que após o acidente o Samu chegou juntamente com o médico DR. Ruan Carlos, que constatou o óbito da vítima, e como foi informado que a Perícia e o IML, dificilmente iria comparecer, o médico, autorizado pelo Delegado Titular desta Depol, fizeram todos os procedimentos para a documentação de constatação de óbito e liberação do corpo da vítima aos familiares, conforme orientação do agente plantonista desta DP, e que o veículo fora entregue junto com o ROP. É o breve relato.

COMUNICANTE

ATENDENTE

AVISO: 1 - SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

AVISO: 2 - O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúncia Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- Fato Atípico (Arquivar); Intimar comunicante; Aguardar audiência agendada;
 OM ao SO, relatório em _____ dias - APC _____; Aguardar novos fatos ou representação;
 Outra(s) providênci(a)s: _____
 Elabore-se _____ art(s). _____

09/10/15
Delegado(a) da Polícia Civil

Carne com Difícil

REUNIBRASIL DIFUSAL MUNICIPAL DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

JOSIVAN FERREIRA SANTOS

MALETA/ULTRAMARINA

158121-01 55.1987 100009 090 0006180 17

DATA DE NASCIMENTO DO EXEMPLAR:

Quinze de junho de mil novecentos e noventa e quatro

DATA: 15 / 06 / 1994

LUGAR DE NASCIMENTO E UNIDADE FEDERATIVA:

16.500 | Itaperuna/RJ

LUGAR DE RECORTE E VILA DE LAZARO FERREIRA LOCAL DE NASCIMENTO

São Luís/RJ

HABITACAO:

JOFEL SILVA SANTOS e ELVIO FERREIRA SANTOS

RESIDENCIAL

MATERNO: Seu nome é Jofel dos Santos e Elvira Góis dos Santos

MATERNOS: Jofel dos Santos e Maria Evangelista dos Santos

GENEALOGICO: NADA A DECLARAR

NASCIMENTO:

DATA DE REGISTRO: 02/07/1994

Vinte e quatro de julho de mil novecentos e

novecento e sete

COBERTURA:

Não há

DATA DE EXPEDICAO:

04/02/2021 CARTÓRIO DE REGISTRO - RJ

DATA DE EMISSAO: Flávio Vargas Viana

FUNCIONARIO: Flávio Viana

TIPO DE DOCUMENTO: Carteira de Identidade

CEP: 28.030-000 Telefone: (19) 3827-7765

Email: cestorflavio@gmail.com

O conteúdo é copiável até versão 1.0 do PDF
Data: 11/01/2021 hora: 00:29:48

GEORGINA APARECIDA SILVA

22 Subscrevo

REPENIRASIL 41 006368982



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Registro Civil das Pessoas Naturais

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME
JAMYLLE MENDONÇA FERREIRA SANTOS

MATRÍCULA
158113 01 55 2016 1 00014 100-0004000 50

DATA DE NASCIMENTO POR EXTERNO ONZE DE MARÇO DE DOIS MIL E DEZESSEIS DIA MÊS ANO
11 03 2016

HORA DE NASCIMENTO MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
16/07 RORAINOPÓLIS - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E
UNIDADE DA FEDERAÇÃO _____ LOCAL DE NASCIMENTO _____ SEXO _____
RORAINÓPOLIS - RR HOSPITAL REGIONAL SUL GOV OTTOMAR DE SOUSA PINTO FEMININO

JOSIVAN FERREIRA SANTOS

JOEL DA SILVA SANTOS
ELEONORA FERREIRA SANTOS
MARIUCE DE SOUZA MENDONÇA

GÉMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÉMEO(S)
NÃO NADA CONSTA

DATA DO REGISTRO (POR EXTERNO): **VINTE E NOVE DE MARÇO DE DOIS MIL E DEZESSEIS** N° DA DECL. DE NASCIDO VIVI: **30674298057**

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Registro feito no Livro A 0014, às fls. 100, sob o nº 4000 DECLARANTE JOSIVAN FERREIRA SANTOS

NOME DO OFÍCIO: OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

IDENTIFICAÇÃO DA SERVENTIA (CNPJ): 11.001-2

CEP-100-0000-0000-0000

OFICIALIA INES MARIA VIANA
MUNICIPAL PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE RORAINÓPOLIS-RR

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Deu Fe
RORAINOPOLIS - RR, 29 de março de 2016

**IZALDA VIANA MARIANO
ESCREVENTE AUTORIZADA
Izalda Viana Mariano
Escrevente Autorizada
RORAINÓPOLIS - RR**

39677

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CÍVICO DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

JOÃO MIGUEL MENDONÇA FERREIRA SANTOS
MATRÍCULA:

16B121 01 65 2018 1 00042 297 0016862 92

DATA DE NASCIMENTO POR EXTERNO

Treze de fevereiro de dois mil dezeto

DA

Mes

AÑO

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

11:45

Rorainópolis/RR

13

02

2018

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LUGAL DE NASCIMENTO

São Luiz/RR

Hosp. Regional Sul Governador Ottonar
de Souza Pinto

SEXO

mascúlinio

FILIAÇÃO

JOSIVAN FERREIRA SANTOS e SIMONE MENDONÇA

AVOS

Paterno: Joel da Silva Santos e Etoi Ferreira Santos
Materno: Marluce de Souza Mendonça

GENO

NAME EMATRÍCULA DO SISTEMA

Nasc

DATA DE REGISTRO POR EXTERNO

Treze de março de dois mil dezeto

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO VIVO

30753030618

OBSERVAÇÕES

Inscrito no Cadastro de Pessoa Física CPF nº.070.519.872-32, conforme Instrução
Normativa RFB 1548/15

Entalamentos Isentos.

Nome do cartório: CARTÓRIO DE SÃO LUIZ-RR
OFICIAL REGISTRARÁVEL Tiago Natari Vieira
Município/Comarca: São Luiz/RR
Endereço: Travessa Rodoviária, nº 65, Centro, São Luiz/RR.
CEP: 69340-000. Telefone: (69) 3637-1700.
Email: cartorio@saoluiz.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. São Paulo,
São Paulo, 13 de março de 2018.

TIAGO NATARI VIEIRA
Registrador





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

JOSIVAN FERREIRA SANTOS

MATRÍCULA:

158121 01 55 2019 4 00004 207 0000976 26

SEXO COR

masculino

Parda

ESTADO CIVIL E IDADE

sólteiro e 24 anos de idade

NATURALIDADE

Caroebe-RR

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

381132-8 - SESP/RR

ELEITOR

SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de Joel da Silva Santos e Elci Ferreira Santos. Residência: Rua João Nilo, S/N dos Estados - Caroebe\RR

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Dezesseis de novembro de dois mil dezoito. Hora: 00:30

DIA 17 MÊS 11 ANO 2018

LOCAL DE FALECIMENTO

Rua José Viera Sampaio, S/N, Bairro Bela Vista, Caroebe-RR em(na) Caroebe/RR

CAUSA DA MORTE

a) Trauma Crânio Encefálico, b) Fratura Exposta Craneal, c) Acidente de Moto

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO

E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

DECLARANTE

Cemitério de Caroebe-RR

JOEL DA SILVA SANTOS

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

pelo(a) doutor(a) JUAN CARLOS PEREZ LORENZO, CRM nº 1318

OBSERVAÇÕES

Profissão: Autônomo. O falecido era eleitor, não deixou bens a inventariar e não deixou testamento conhecido. O falecido deixou 2 filho(s)..

Emolumentos Isentos.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR

OFICIAL REGISTRADOR: Tiago Natari Vieira

MUNICÍPIO/COMARCA/UF: São Luiz/RR

ENDEREÇO: Travessa Rodoviária, nº 68 - Centro, São Luiz/RR

CEP: 69.370-000. Telefone: (95) 3537-1706.

Email: cartoriosla@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
São Luiz, 10 de janeiro de 2019

GEORDÂNIA PONTES DA SILVA
2ª Substituta

Geordânia Pontes da Silva
Substituta



CARTÓRIO LOUREIRO

AV. VILA RUY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3628-6097 - ATENDIMENTO: CARTÓRIO LOUREIRO.COM.BR



AUT. Confere com o Documento Original Apresentado. Dou fe

LAF. Em testemunho da verdade.

Boa Vista-RR, 16/12/2019 N° Ticket: 00142

Emol. 2.45, FUNDEJUR.R 0.25, FISC.0.10, FECON.0.10, ISS.0.10VH. Sel. Andre Sabino

Selo: RECFIR15834545J4J2248OJVWC11

Consulte seu selo: <https://cidadao.portaiselorr.com.br>

CPF Solicitante: 16435753253

ARPENBRASIL AA 011647560 BRP
ASSOCIAÇÃO PERNAMBUCANA DE PORTAIS DE INFORMAÇÕES

Via 2º pagamento para o mes/ano: 12/2019 referente a UC: 5270081



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: 4345127

ELVIRA GOMES DA SILVA SANTOS

R. JOSE VIEIRA SAMPAIO, S/N , CASA
CENTRO 69000000 CAROEBE

RR

CÓDIGO ÚNICO 5270081	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 29-NOV-19 a 31-DEC-19
CONSUMO (kWh) 221	VENCIMENTO 16-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 178,85

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
5270081

MÊS
12/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 178,85

83610000014.788500750005.000000005272.008112190056



Via 2º pagamento para o mes/ano: 12/2019 referente a UC: 5270081



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: 4345127

ELVIRA GOMES DA SILVA SANTOS

R. JOSE VIEIRA SAMPAIO, S/N , CASA
CENTRO 69000000 CAROEBE

RR

CÓDIGO ÚNICO 5270081	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 29-NOV-19 a 31-DEC-19
CONSUMO (kWh) 221	VENCIMENTO 16-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 178,85

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
5270081

MÊS
12/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 178,85

83610000014.788500750005.000000005272.008112190056



Via 2º pagamento para o mes/ano: 12/2019 referente a UC: 5270081



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: 4345127

ELVIRA GOMES DA SILVA SANTOS

R. JOSE VIEIRA SAMPAIO, S/N , CASA
CENTRO 69000000 CAROEBE

RR

CÓDIGO ÚNICO 5270081	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 29-NOV-19 a 31-DEC-19
CONSUMO (kWh) 221	VENCIMENTO 16-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 178,85

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
5270081

MÊS
12/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 178,85

83610000014.788500750005.000000005272.008112190056





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMIS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE							
2 - NP do titular ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: 320.895.112-20 Jose Simeon Mendonça Santos									
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO / REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012											
5 - Nome completo:	Jose Simeon Mendonça Santos		6 - CPF:	—							
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	—							
11 - Bairro:	LUSA 3052 Vila das Amáeas	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:							
15 - E-mail:	carlosbnp...rr		16 - Tel. (DDDD):	69.376.000							
17 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR:											
18 - CPF do Representante Legal:	51100.684.172-69		19 - Profissão do Representante Legal:	—							
Declara, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).											
20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:											
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <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"/> ADMA DE R\$5.000,00											
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL (DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR))											
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (semento seu banco local. Admire a sua opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (287) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (004)											
AGÊNCIA: 3793 CONTA: 7793											
(Inserir o dígito de verificação)											
Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, a valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e semanalmente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.											
22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE											
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob a pena de Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none">• Não tenho IML que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou• O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou• O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Solicito o prosseguimento da análise da minha pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e apresentação do laudo do IML, concurvando, desde já, em me suceder, é a minha médica presencial, caso necessário, as custas medicais, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que este autorização não significa privativa concernente com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da sua constatação.											
23 - DECLARAÇÃO DE OUTROS 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							
24 - Data de óbito da vítima:	17.11.2018										
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	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: Fábio							
28 - Vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	29 - Setinha falleceu, falecida?	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deu ou não testamento?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	32 - Setinha faleceu, falecida?	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/filhos vivos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT aos mortos às quais benefícios que se apresentarem e proverem esta condição, esclareço, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.											
34 - Impressão digital de quem assina a pedida (a rogar):	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogar):	36 - 1º f Nome:									
		CPF:									
		Assinatura da testemunha									
		38 - 2º f Nome:									
		CPF:									
		Assinatura da testemunha									
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogar):	38 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogar):	39 - Local e Data:	Pará - Belém - BR 15/01/2021								
40 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):										
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):			43 - Assinatura do Procurador (se houver):								

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	387142-8	DATA DE EXPEDIÇÃO	09/09/2008
NAME	JOSIVAN FERREIRA SANTOS		
PLAQUEAC			
JOEL DA SILVA SANTOS			
ELCI FERREIRA SANTOS			
NATURALIDADE			
CAROEBE - RR	DATA DE NASCIMENTO		
DOC ORIGEM	15/06/1994		
CERTO NASC 6180 FLS 90V	LIV A-9		
SÃO LUIZ DO ANAUÁ - RR			
1 VIA	<i>Rita de Cássia Coelho de Araújo</i> Diretora do IIOC		
LEI N°7.116 DE 20/08/83			
P 13			

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF – CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSIVAN FERREIRA DOS SANTOS

Nº de Inscrição
539895112- 20

Data do Nascimento
15/07/1994



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

JOÃO MIGUEL MENDONÇA FERREIRA SANTOS

MATRÍCULA:

158121 01 55 2018 1 00042 297 0016862 92

DATA DE NASCIMENTO POR EXTERNO

Treze de fevereiro de dois mil dezoito

DIA
13

MÊS
02

ANO
2018

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

11:45

Rorainópolis/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

São Luiz/RR

Hosp. Regional Sul Governador Ottomar
de Souza Pinto

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

JOSIVAN FERREIRA SANTOS e SIMONE MENDONÇA

AVÓS

Paterno: Joel da Silva Santos e Elci Ferreira Santos

Materno: Marluce de Souza Mendonça

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Não

DATA DO REGISTRO POR EXTERNO

Treze de março de dois mil dezoito

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30753030618

OBSERVAÇÕES

Inscrito no Cadastro de Pessoa Física CPF nº.070.519.872-32, conforme Instrução
Normativa RFB 1548/15

Emolumentos Isentos.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR

OFICIAL REGISTRADOR: Tiago Natari Vieira

MUNICÍPIO/COMARCA/UF: São Luiz/RR

ENDEREÇO: Travessa Rodoviária, nº 68, Centro, São Luiz/RR -
CEP: 69.370-000. Telefone: (65) 3537-1709.

Email: cartorio.sia@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
São Luiz, 13 de março de 2018

TIAGO NATARI VIEIRA
Registrador Civil

99018 BRP

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 354932-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/01/2007

NOME SIMONE MENDONÇA

FILIAÇÃO

MARLUCE DE SOUZA MENDONÇA NATURALIDADE DATA DE Nascimento 08/09/1991

MANAUS - AM DOC. ORIGEM CERTO MASC 600 FLS 039 LIV A-171

6 OF MANAUS - AM

1 VIA Ata de Classe Centro de Atividade Diretora do ILOC

CARTÓRIO DE NOTAS PREGOES E REGISTRO CIVIL AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdade e do 1º Rorainópolis - RR, 30 de dezembro de 2019.
SELO TJRR: RECFIR158113W1L565KECFMENR088, Data/Hora: 30/12/2019
11:11:30, Total: R\$ 4,80, Emolumentos: R\$ 2,45, FECOM: R\$ 0,10,
FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,10, FUNDEJUR: R\$ 0,26, ISS: R\$ 0,10, Selo: R\$
1,50. Consulta em <http://sigla.judicial.ror.br> SP
ROSILENE GOMES DE LIMA - Escrivana Autorizada

E REGISTRO CIVIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 010.684.172-69

Nome SIMONE MENDONCA

Nascimento 08/09/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

P. 5 13

Simone Mendonca ASSINATURA DO TITULAR

CARTÓRIO DE NOTAS PREGOES E REGISTRO CIVIL AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdade e do 1º Rorainópolis - RR, 30 de dezembro de 2019.
SELO TJRR: RECFIR158113W1L565KECFMENR088, Data/Hora: 30/12/2019
11:11:30, Total: R\$ 4,80, Emolumentos: R\$ 2,45, FECOM: R\$ 0,10,
FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,10, FUNDEJUR: R\$ 0,26, ISS: R\$ 0,10, Selo: R\$
1,50. Consulta em <http://sigla.judicial.ror.br> SP
ROSILENE GOMES DE LIMA - Escrivana Autorizada

E REGISTRO CIVIL

digital verificadora: 00

as 16:58:13 do dia 18/01/2013 (hora a data de Brasília)

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante emitido pela

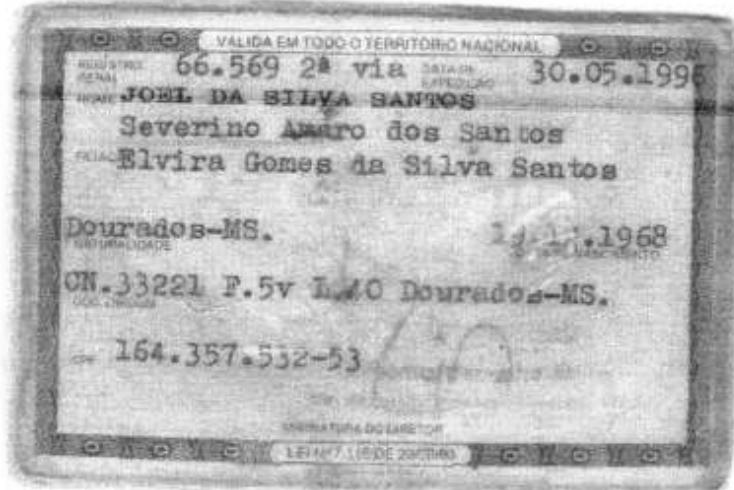
www.receita.fazenda.gov.br

A autenticidade desse comprovante deverá ser comprovada na internet, no endereço

D5FD.C070.AAD2.9644

CÓDIGO DE CONTROLE





República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Declaração de Óbito 18013922-3

I Identificação

1) Tipo de óbito Fetal Data de óbito _____
 Não fetal _____
 Nome do Falecido _____

2) Carteira SUS _____

3) Número de identidade _____

II Residência

4) Nome do Pai _____
5) Nome da Mãe _____

6) Data de nascimento _____
7) Idade _____ Anos
8) Mês _____ Dia _____ Hora _____
9) Endereço _____
10) Sexo Masculino Feminino
11) Raça/Cor Branca Parda
 Negra Amarela
 Indígena
12) Situação conjugal Solteiro Separado/vivendo
 Casado União estável
 Viva Ignorado

13) Escolaridade (última série concluída)
Nível
 Sem escolaridade Médio (analfabeto 2º grau) Ignorado
 Fundamental I (1º a 4º Série) Superior incompleto _____
 Fundamental II (5º a 8º Série) Superior completo _____

14) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002 _____

15) Legenda (rua, praça, avenida, etc.) _____

16) Número _____ Complemento _____ CEP _____

17) Bairro/Distrito _____ Código _____ Municipio de residência _____ Código _____ UF _____

18) Local de ocorrência do óbito _____
 Hospital URGÊNCIA Outros Clube social Iglesia
 Outros estabelecimentos Via pública Ignorado

19) Endereço de ocorrência, se for do estabelecimento ou de residência (rua, praça, avenida, etc.) _____ Número _____ Complemento _____ CEP _____

20) Bairro/Distrito _____ Código _____ Municipio de ocorrência _____ Código _____ UF _____

III Ocorrencia

21) PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS PÉTALAS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE
Idade (anos) _____
Escolaridade (última série concluída)
Nível
 Sem escolaridade Médio (analfabeto 2º grau) Ignorado
 Fundamental I (1º a 4º Série) Superior incompleto _____
 Fundamental II (5º a 8º Série) Superior completo _____

22) Demissão habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002 _____

23) Número de filhos vivos _____
Número de filhos mortos _____
Número de gestações _____
Número de partos _____
Número de abortos _____
Número de interrupções _____
Número de ignoradas _____

24) Tipos de gravidez _____
1) Única
2) Díriga
3) Tripla e mais
4) Ignorada

25) Tipos de parto _____
1) Vaginal
2) Cesárea
3) Ignorada

26) Morte com rotulação no parto
1) Antes
2) Durante
3) Depois
4) Ignorado

27) Peso ao nascer _____
28) Número da Declaração de Nascida Viva _____

IV Federal e Municipal que 1 ano

29) A morte ocorreu _____
1) No hospital 2) No lar 3) Em casa 4) Outro
5) No trabalho 6) No dia 42 dias após o parto 7) Não ocorreu nem os períodos

30) Recebeu assistência médica durante a viagem que ocasionou a morte? _____
1) Sim 2) Não 3) Ignorado

V Condições e causas do óbito

31) CAUSAS DA Morte
PARTE I
Causas diretas que causaram diretamente a morte.
Causas indiretas, se existirem, são trazidas na parte II.
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não eram, porém, suas causas diretas.

32) ANOTE SOBRE MONTA UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
Deve ser o nome do médico que fez o diagnóstico.
a) _____
b) _____
c) _____
d) _____
e) _____
f) _____
g) _____
h) _____
i) _____
j) _____
k) _____
l) _____
m) _____
n) _____
o) _____
p) _____
q) _____
r) _____
s) _____
t) _____
u) _____
v) _____
w) _____
x) _____
y) _____
z) _____

33) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO PELA
1) Sim 2) Não 3) Ignorado

34) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte _____

VI Medico

35) Nome do Médico _____ CRM _____
36) Município de atestado _____ UF _____
37) Data do atestado _____
38) Assinatura _____

VII Causas externas

39) PROVAVEL CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações da carteira estritamente epidemiológicas)
40) Tipo
 Acidente Mortalidade Ignorado Acidente do trabalho Ignorado Fonte de Informação
 Suicídio Morte _____ Desenvolvimento _____
 Cúpido Nasc. _____ Hospital _____
 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência _____

41) Se a ocorrência for em via pública, anotar o endereço _____
Legenda (rua, praça, avenida, etc.) _____ Cidade _____

VIII Cadastro

42) Carteira _____ Cidade _____ Registro _____ Data _____ UF _____

43) Município _____

IX Localid. St. Médico

44) Declaro _____
A _____
B _____

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjus.br/projudi/

Identificador: PJSCXC7SAH5CAVU734TCR



CARTÓRIO DE NOTAS, PROTESTOS E REGISTRO CIVIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1º TABELIONATO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL E
PROTESTOS DE TÍTULOS DA COMARCA DE
RORAINÓPOLIS

Inês Maria Viana Maraschin - Tabeliã

Av. Dra. Yandara s/n, Centro, Rorainópolis/RR - CEP: 69.373-000. Fone: (95) 3238-2068. Email: taborrainopolis@gmail.com



LIVRO Nº 051

ATO Nº 03296

FLS 150
1º TRASLADO

PROCURAÇÃO QUE FAZ E ASSINA NA FORMA ABAIXO DECLARADA

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos trinta (30) dias do mês de dezembro (12) do ano de dois mil e dezenove (2019), neste município de Rorainópolis - Estado de Roraima, perante mim, Escrevente Autorizada, compareceu como OUTORGANTE SIMONE MENDONÇA, brasileira, solteira, do lar, filha de Marluce de Souza Mendonça, nascida em 08/09/1991, portadora da cédula de identidade RG nº 354932-1 SSP/RR emitida em 12/01/2007, e inscrita no CPF/MF sob o nº 010.684.172-69, residente e domiciliada na Vila Jundiá, Rorainópolis/RR, identificada como a própria, conforme documentos apresentados para lavratura desta procuração, do que dou fé. Pela parte, me foi dito que por este instrumento nomeia e constitui seu filho PROCURADOR JOEL DA SILVA SANTOS, brasileiro, divorciado, aposentado, 19/12/1968, portador da cédula de identidade RG nº 66569 SSP/RR, e inscrito no CPF/MF sob o nº 164 357.532-53, residente e domiciliado no município de Caroebe/RR; a quem confere os mais amplos, gerais e ilimitados poderes para o fim especial de, perante qualquer EMPRESA DE SEGUROS, onde com esta se apresentar e preciso for, requerer, dar andamento, receber e assinar quaisquer documentos relativos à Indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT a que tem direito a Outorgante, podendo para tanto, abrir e acompanhar autos, firmar compromissos e obrigações, transigir, desistir, juntar e retirar documentos, fazer declarações e justificações, produzir provas, requerer certidões de quaisquer espécies e praticar todos atos necessários, inclusive requerer, recorrer, constituir advogado com poderes da cláusula "ad judicia e et extra" com os mais amplos poderes em qualquer juízo, instância ou tribunal; podendo ainda dito procurador, junto ao Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais competente, requerer e retirar, por qualquer meio, 2ª Vias de documentos, inclusive 2ª Vias das Certidões de Nascimento dos filhos da outorgante, podendo assinar termos, requerimentos, declarações e demais documentos necessários, pagar taxas, enfim, praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao fiel desempenho do presente mandato procuratório. Os dados contidos neste instrumento foram fornecidos e conferidos pelo Outorgante, e por eles assume total responsabilidade. Assim o disse do que dou fé, e me pediu este instrumento que lhe(s) é lido em voz alta e clara que aceita(m), e assina(m). Dispensadas as testemunhas nos termos da lei nº 6.952 de 06 de novembro de 1981, publicada no Diário Oficial da União de 10 de novembro de 1981. Eu, _____ Rosilene Gomes de Lima - Escrevente Autorizada, que a fiz digitar, colhendo a(s) assinatura(s) do(s) Outorgante(s). Nada mais.

Procuração. SELO TJRR: PROPUB158113CF9FSFKK5U4TAW11. Total: R\$ 52,85.
Emolumentos: R\$ 41,10, FECOM: R\$ 2,05, FISCALIZACAO: R\$ 2,05, FUNDEJURR: R\$ 4,10, ISS: R\$ 2,05, Selo: R\$ 1,50

Simone

taborrainopolis@gmail.com 55 95 3238 2068
Av. Dra. Yandara, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | Cep: 69.373.000

Rosilene Gomes de Lima
Escrevente Autorizada
1º Tabelionato de Notas, Protestos e Registro Civil - RR

CARTÓRIO DE NOTAS PROTESTOS
E REGISTRO CIVIL
Rua Pedro Daniel da Silva, nº 1825 Centro
CEP 69.373-000
RORAINÓPOLIS-RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1º TABELIONATO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL E
PROTESTOS DE TÍTULOS DA COMARCA DE
RORAINÓPOLIS

Inês Maria Viana Maraschin - Tabeliã

Av Dra. Yandara, s/n, Centro, Rorainópolis/RR - CEP. 69.373-000. Fone. (95)
3238-2068 Email: tabelrorainopolis@gmail.com

Traslado: SELO TJRR: CERATO158113LUNM0B2KCFBBDW78. Total: R\$ 11,70,
Emolumentos: R\$ 8,20, FECOM: R\$ 0,40, FISCALIZACAO: R\$ 0,40, FUNDEJURR. R\$
0,80, ISS: R\$ 0,40, Selo: R\$ 1,50

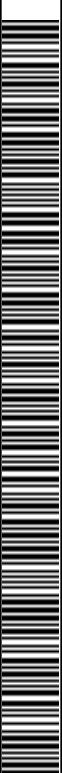
Rorainópolis/RR, 30 de dezembro de 2019.

Simone Mendonça

SIMONE MENDONÇA
Outorgante

ROSILENE GOMES DE LIMA
Escrivaneira Autorizada
Emissária Autorizada
Rorainópolis-RR

CARTÓRIO DE NOTAS PROTESTOS
E REGISTRO CIVIL
Rua Pedro Daniel da Silva, nº 1825 Centro
CEP 69.373-000
RORAINÓPOLIS-RR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019990/20

Vítima: JOSIVAN FERREIRA SANTOS

CPF: 539.895.112-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2018

Titular do CPF: JOSIVAN FERREIRA SANTOS

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Certidão de nascimento
- Certidão de óbito
- Documentos de identificação
- Outros

SIMONE MENDONCA : 010.684.172-69

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Documentos de identificação

JOAO MIGUEL FERREIRA MENDONCA : 070.519.872-32

- Autorização de pagamento
- Certidão de nascimento
- Comprovante de residência
- Declaração de únicos herdeiros
- Documentos de identificação

JAMYILLE MENDONCA FERREIRA SANTOS :

- Autorização de pagamento
- Certidão de nascimento
- Comprovante de residência
- Declaração de únicos herdeiros
- Documentos de identificação

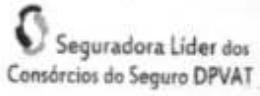
ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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 cada um.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: SIMONE MENDONCA
CPF: 010.684.172-69

SIMONE MENDONCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019990/20

Vítima: JOSIVAN FERREIRA SANTOS

CPF: 539.895.112-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2018

Titular do CPF: JOSIVAN FERREIRA SANTOS

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

SIMONE MENDONCA : 010.684.172-69

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOAO MIGUEL FERREIRA MENDONCA : 070.519.872-32

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

JAMYLLA MENDONCA FERREIRA SANTOS :

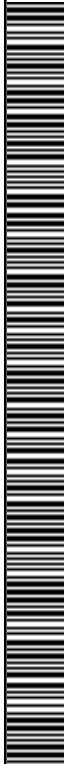
Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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 cada um.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: SIMONE MENDONCA
CPF: 010.684.172-69

SIMONE MENDONCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

