

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

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 7	13/01/2021 10:30:54	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>7.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2776444CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>7.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2776444CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KIT SEGURADORA LDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
<div>[+]</div> 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
<div>[+]</div> 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](http://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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Carta nº 15364308

Pag. 01579/01580 - carta\_03 - MORTE



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSXC 7SAH5 CAVU7 34TCR





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
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:	4 - Nome completo da vítima:	
	539.895.112-20	Jesivan 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:		6 - CPF:	
Jamyelle Mendonça Ferreira Santos		11	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
	Rua José Vieira Sampaio	SIN	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	CAROEBE	RR	69.378-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):		
	(95) 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:		19 - Profissão do Representante Legal:	
010.684.172-69		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:			
<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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: Banco do Brasil	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
		3783 4	7793 3
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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:			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li></ul>			
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 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 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: <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:	
		17.11.2018	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):	
Filho		<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: 2 Falecidos: 0	30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 1 Falecidos: 0	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 pedido (a rogo)	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	
38 - 1ª   Nome:		Assinatura da testemunha	
CPF:			
39 - 2ª   Nome:		Assinatura da testemunha	
CPF:			
40 - Local e Data, Car. Vít. - RR 20/11/20			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Simone Mendonça			
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			





## 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:

João Vitor 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:

111-111-111

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA JOSE VIEIRA SAMPAIO

9 - Número:

51N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

CRUZEIRO

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.378.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(96) 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:

111

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:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3783

4

CONTA:

7793

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 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 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

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 teve filhos?

☒

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

2

Falecidos:

0

30 - Vítima deixou nascituro (v(a) nascos)?

☐

Sim

☒

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

0

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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barra Velha - RR 15/01/2021

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
Simone Mendonça

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASU:

3 - CPF da vítima:

239.899.112-20

4 - Nome completo da vítima:

João com Ferreira Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:

João Miguel Mendonça Ferreira Santos

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA JOSÉ VIEIRA SAMPÃO

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

GRACIARA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.378-000

15 - E-mail:

16 - Telefone:

(46) 9145-0332

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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 na endereço acima informado, conforme comprovante anexado (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ R\$500,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as bases acima. Escolha uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Informar o código da agência

Informar o código da conta

Informar o código da agência

Informar o código da conta

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não impossibilito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Ante a impossibilidade de análise da 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 previdenciária, caso necessário, às custas autorizadas, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa plena concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de recorrer à avaliação médica. Caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (ou CNV)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

17.11.2018

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima detém companhia(a):

☐ Sim

☒ Não

27 - Se a vítima detém companhia(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☒ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou lastreiros (veículos)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima detém pais/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 provarão esta condição, sendo o cliente, ainda, de que qualquer omissão na 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 - Informações da vítima:

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura da quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Assinatura e Data: Simone Mendonça - RR - 15/12/2018

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

7 - Nº da inscrição do ASU:

8 - CPF da vítima:

539.845.112-20

4 - Nome completo da vítima:

Denilson Ferreira Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo:

Jamylla Mendonça Ferreira Santos

6 - CPF:

11

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua SCS Vicaria 5000

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

CRICIÚBA

13 - Estado:

14 - CEP:

69.378-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(95) 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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ 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. Indicar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

40 - Local e Data:

CRICIÚBA - RR 20/01/20

Simone Mendonça

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarar)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 Nº 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: MECANICO	
DATA DE NASCIMENTO:	FONE: (95)	
NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	

DADOS DO INFRATOR

NOME:	RG:	CPF:
END:		

DADOS DA INFRAÇÃO

COD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
		A TIPIFICAR

BREVE RELATO DOS FATOS: A Guarnição 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 colidira com o caminhão MERCEDEZ BENZ AZUL PLACA JXK 1127, que estava estacionado, que após o acidente o Samu chegou juntamente com o medico DR. Ruan Carlos, que constatou o óbito da vítima, e como foi informado que a Perícia e o IML, dificilmente iria comparecer, o medico, 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 veiculo fora entregue junto com o ROP. É o breve relato.

COMUNICANTE

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 (Denúnciação Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

ATENDENTE

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) providência(s);  
☐ Elabore-se \_\_\_\_ art(s).

09/01/18  
Delegado(a) de Polícia Civil

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA  
AVENIDA SÃO CRISTÓVÃO, 357, CENTRO, SÃO JOÃO DA BALIZA - RR, CEP: 69.375-000, FONE: (95) 3236-1246/1134  
E-mail: depolbaliza@hotmail.com

Carpe eae Digital





REPÚBLICA DE ALTO VOLTA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

### CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

**JOSIVAN FERREIRA SANTOS**

MATRICULA:

**15812101 55 1987 1 00009 090 0006180 17**

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO:

Quinze de junho de mil novecentos e noventa e quatro

DIAS: 15  
MES: 06  
ANO: 1994

LOCAL DE NASCIMENTO E QUADRA DE LOCALIDADE:

1630 Carapeba/RR

CEP: 55000-000 LOCAL DE NASCIMENTO

São Luiz/RR

Carapeba/RR

SEXO:

masculino

JOEL DA SILVA SANTOS e ELCI FERREIRA SANTOS

Maternos: Sr. João dos Santos e Enne Carapeba da Silva Santos

Maternos: Cavalão Ferreira dos Santos e Maria Evangelista dos Santos

GENÉO: NOME E MATRÍCULA: A. 15812101 55 1987 1 00009 090 0006180 17

Não

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO:

Vinte e quatro de novembro de mil novecentos e noventa e seis

NÚMERO DA REGISTRAÇÃO DE NASCIMENTO:

Não informado

Observações:

Não há

Assinatura: CARLTON DE SAO LUIZ - RR

Carapeba, 15 de junho de 1994

Assinatura: CARLTON DE SAO LUIZ - RR

Assinatura: CARLTON DE SAO LUIZ - RR

CEP: 55000-000. Telefone: (95) 327-706.

E-mail: carlton@carlton.com

O conteúdo desta certidão é verdadeiro. Data: 15 de junho de 1994

GEORGINA FANTLEIR SILVA  
2ª Secretária

BRASIL 15812101 55 1987 1 00009 090 0006180 17



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 EXTENSO

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 RORAINÓPOLIS - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E  
UNIDADE DA FEDERAÇÃO

RORAINÓPOLIS - RR

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL REGIONAL SUL GOV OTTOMAR DE SOUSA PINTO

SEXO

FEMININO

FILIAÇÃO

JOSIVAN FERREIRA SANTOS  
SIMONE MENDONÇA

AVÓS

JOEL DA SILVA SANTOS  
ELCI FERREIRA SANTOS  
MARLUCE DE SOUZA MENDONÇA

GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)  
NÃO NADA CONSTA

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

VINTE E NOVE DE MARÇO DE DOIS MIL E DEZESSEIS

Nº DA DECL. DE NASCIMENTO VIVO

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 (CNS): 158113

OFICIAL(A): INÊS MARIA VIANA MARASCHIN

MUNICÍPIO: RORAINÓPOLIS-RR

ENDEREÇO: AV DRA YANDARA, S/N - CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé  
RORAINÓPOLIS - RR, 29 de março de 2016

CÁLIA VIANA MARIANO  
ESCREVENTE AUTORIZADA  
Isolda Viana Mariano  
Escrevente Autorizada  
RORAINÓPOLIS - RR

396777

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

JOÃO MIGUEL MENDONÇA FERREIRA SANTOS

MATRÍCULA:

16B121 01 65 2018 1 00042 297 0016852 92

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Três de fevereiro de dois mil dezoito

DA

MES

ANO

13

02

2018

HORA

11:45

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Rorainópolis/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

São Luiz/RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hosp. Regional Sul Governador Otomar  
de Souza Pinto

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

JOSIVAN FERREIRA SANTOS e SIMONE MENDONÇA

AVÓS

Paternos: Joel da Silva Santos e Eliel Ferreira Santos

Maternos: Marluce de Souza Mendonça

CEMID

NOME EMATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Não

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Três de março de dois mil dezoito

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

Excluídos Isentos

NOME DO UNID. CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR

OFICIAL REGISTRAR TIAGO NATAR VIEIRA

MUNICÍPIO COMARCA São Luiz/RR

ENDEREÇO Travessa Rodoviária, nº 65, Centro, São Luiz/RR.

CEP: 55.378-500. Telefone: (08) 3637-1700.

E-mail: cartorio@saoluiz.gov.br

O cartório de cartório é Vencedor, São Luiz,  
São Luiz, 13 de março de 2018

TIAGO NATAR 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

masculino

COR

Parda

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro 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

Dezessete 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)

Cemitério de Caroebe-RR

DECLARANTE

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: Autonomo. 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**

DR. JOZIEL LOUREIRO

TABELÃO E REGISTRO

AV. VILA RUY, Nº 563 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL. (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO: 08h às 18h

AUT. Confere com o Documento Original Apresentado. Dou fé  
LAF. Em testemunho da verdade.

Boa Vista-RR, 16/12/2019 Nº Ticket: 00142

Emol: 2,45, FUNDEJURR 0,25, FISC 0,10, FECON 0,10, ISS 0,10

Selo REC FIR 15834545J4J22480JVVWC11

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

CPF Solicitante: 16435753253

Andre Sabino  
Escritor Autorizado  
Cartório

ARPENBRASIL AA 011647560 BRP



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

83610000014.788500750005.000000005272.008112190056





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

836100000014.788500750005.000000005272.008112190056



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

83610000014.788500750005.000000005272.008112190056





Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAA's (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2- Nº do formulário ASL: 3- CPF do vítima: 639.855-12-20 4- Nome completo do vítima: Renilson Ferreira Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (TITULAR/CONJUGUADO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Jamyle Mendonça Ferreira Gomes 6 - CPF: 11

7 - Profissão: Eng. TCC R - Endereço: Av. José Carlos de Almeida 9 - Número: 514 10 - Complemento: S/N

11 - Bairro: 2 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 9.348.000

Zona Rural | 440055 | 15 - Tel. (000) 909 440 222

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: 010.684.132-69 19 - Profissão do Representante Legal: - 61 -

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA)

20- RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA:

☒ **ENCLOSURAS:** ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.500,00 ATÉ R\$ 5.000,00  
☐ SEM ENCLOSURA ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

23 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO DA(S) CRIADOR(TOR)☐ **CONTA BOURBANCA** (bombardeio de bombas aéreas. Assim é uma guerra)☐ Professor (237)      ☐ Novu (341)☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:

(Informare a districte de sud)	(Informare a districte de nord)
--------------------------------	---------------------------------

**Autorização** - Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de nome do autor, o valor reconhecido e devido, desde que o mesmo seja assinado após a

☒ CONTA CORRENTE (for open bank)

Nome do BANCOS: Banco do Brasil




AGÊNCIA: 3783 4 CONTA: 7793 3

(Informar a digitoze em in) (Informar a digitoze em 0000)

**Autoriza** a Seguradora a lidar e a tratar na conta bancária informada, de inteira titularidade, o valor da indenização/reembolso do seguro DPVAT a que é titular direito, reconhecendo e dando, desde já e sem prazo após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que não impossibilita(m) de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerer verba 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 da pedido.

Solicito o prosseguimento na análise do meu pedido de incapacitação do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, bem como a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora. Lido para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo autônomo, conforme a legislação da Lei 6.134/74.

Declaro que esta autorização não significa proibição de exercer a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil de último: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Graude Personalizacão com o cliente: Fulano

26 - Vitrine de lojas compatibilizadas: ☐ Sim ☒ Não

27 - Se a vitrina de lojas compatibilizadas, informar o nome completo:

28 - Salvo erro, informe:

29 - Vitrine de lojas compatibilizadas: ☒ Sim ☐ Não

28 - Você tem bebe-filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tiver filhos, informar Vivos: 2 Falecidos: 0	30 - Você possui netos/jr(s) netas(jr)?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Você tem tovelmele(s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tiver netos, informar Vivos: 3 Falecidos: 0	33 - Você tem padrinhos vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
-------------------------------	---	---	--	---	--------------------------------	---	--	-----------------------------------	---

Estou diante de uma Seguradora Líder pagadora, essa dívida, a indenização ao Segurado, portanto, não há o entendimento que se o segurado não pagar a esta companhia, portanto, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a anulação do seguro e a perda da indenização, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 231 do Código Penal.

34 38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: _____	35 - Nome legível de quem assina a petição (o rgo): _____	Assinatura legível: _____
------------	---	---------------------------

35 - CPF legível de quem assina a petição (a raga): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do beneficiário (declarante) Simone Mendonça

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 90017 2019



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:



DAMN (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou AEI:

3 - CPF da vítima:

330.895.112-20

4 - Nome completo da vítima:

João Vitor 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 8052 VIEIRA SAMPAIO

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Caracara

13 - Estado:

RR

14 - CPF:

69.378.000

15 - E-mail:

16 - Te (DDD):

(96) 9145-0332

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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

Declara, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/CURADOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para bancos de poupança. Assine uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

3783 9

CONTA:

7793

3

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

Solicito o arquivamento 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 autorizadas, conforme 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ONIBUS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

17.11.2018

25 - Onde ocorreu o acidente com a vítima:

Fuente

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☒ Não

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

28 - Vítima beneficiária?

☒ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

2

Falecidos:

0

30 - Vítima deixou herdeiros (se houver)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima tinha 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 proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a pedido)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fuente, RR, 15/01/2019

Simone Mendonça

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 34T122-8 DATA DE  
EXPEDIÇÃO 09/09/2008

NOME  
**JOSIVAN FERREIRA SANTOS**

RELACÃO  
**JOEL DA SILVA SANTOS**  
**ELCI FERREIRA SANTOS**

NATURALIDADE  
**CAROEBE - RR** DATA DE NASCIMENTO  
**15/06/1994**

DOC ORDEM  
**CERTO NASC 6180 FLS 90V LIV A-9**  
**SÃO LUIZ DO ANAUÁ - RR**

1 VIA *Rita de Cássia Coelho de Araújo*  
*Diretora do ITOC* P 13

LEI Nº 7.116 DE 20/05/83

 **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 EXTENSO

Treze de fevereiro de dois mil dezoito

DIA

13

MÊS

02

ANO

2018

HORA

11:45

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Rorainópolis/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

São Luiz/RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hosp. Regional Sul Governador Ottomar  
de Souza Pinto

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

JOSIVAN FERREIRA SANTOS e SIMONE MENDONÇA

AVÓS

Paternos: Joel da Silva Santos e Elci Ferreira Santos

Maternos: Marluce de Souza Mendonça

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Não

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

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: (95) 3537-1708.

Email: cartoriofiba@gmail.com

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

TIAGO NATARI VIEIRA  
Registrador

99018 BRP

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME SIMONE MENDONÇA

FILIAÇÃO HARLUCE DE SOUZA MENDONÇA

NATURALIDADE MANAUS - AM

DATA DE NASCIMENTO 08/09/1991

DIG. ORIGEM CERTO NASC 400 FLS 039 LIV A-171

6 OF MANAUS - AM

1 VIA

Nota de Classe Contábil de Arquivo  
Diretor do DDC

CARTÓRIO DE NOTAS PROTESTOS E REGISTRO CIVIL  
Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdadeiro e dou a Rorainópolis - RR, 30 de dezembro de 2019.  
SELO TJRR: REC FIR 166113W1566KECFMEN08, Data/Hora: 30/12/2019 11:11:30, Total: R\$ 4,50, Emolumentar: R\$ 2,45, FECOM: R\$ 0,10, FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,10, FUNDEJURR: R\$ 0,25, ISS: R\$ 0,10, Selo: R\$ 1,60. Consulte em <https://cidadeoportalaletri.com.br>  
ROSILENE GOMES DE LIMA - Escrevente Autorizada

MINISTERIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 010.684.172-69

Nome SIMONE MENDONÇA

Nascimento 08/09/1991

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polgar-Direito

Simone Mendonça

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÓRIO DE NOTAS PROTESTOS E REGISTRO CIVIL  
Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdadeiro e dou a Rorainópolis - RR, 30 de dezembro de 2019.  
SELO TJRR: REC FIR 166113W1566KECFMEN08, Data/Hora: 30/12/2019 11:11:30, Total: R\$ 4,50, Emolumentar: R\$ 2,45, FECOM: R\$ 0,10, FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,10, FUNDEJURR: R\$ 0,25, ISS: R\$ 0,10, Selo: R\$ 1,60. Consulte em <https://cidadeoportalaletri.com.br>  
ROSILENE GOMES DE LIMA - Escrevente Autorizada

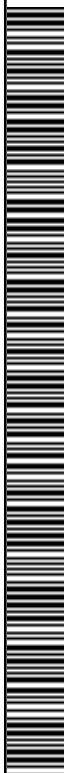
CÓDIGO DE CONTROLE D5FD.C070.AAD2.9644

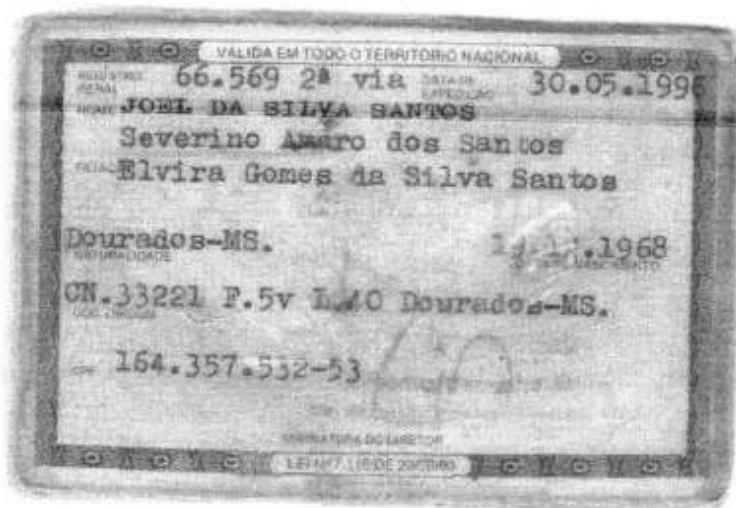
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:58:13 do dia 18/01/2021 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00





República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL		Declaração de Óbito		18013922-3	
I Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Não fatal	2 Data do óbito	3 Hora	4 Causa SUS	5 Maternidade
	6 Nome do falecido	7 Nome da Mãe			
	8 Nome da Mãe	9 Data de nascimento			
	10 Idade	11 Sexo			
II Residência	12 Escolaridade (última série concluída)		13 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		14 Situação conjugal
	15 Legradouro (rua, praça, avenida, etc.)		16 CEP		17 UF
	18 Bairro/Distrito		19 Município de residência		20 UF
	21 Local de ocorrência do óbito		22 Estabelecimento		23 UF
III Ocorrência	24 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)		25 CEP		26 UF
	27 Bairro/Distrito		28 Município de ocorrência		29 UF
	30 Local de ocorrência do óbito		31 Estabelecimento		32 UF
	33 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)		34 CEP		35 UF
IV Preenchimento exclusivo para óbitos de menores de 1 ano - informações sobre a mãe	36 Idade (anos)		37 Escolaridade (última série concluída)		38 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)
	39 Tipo de parto		40 Tipo de parto		41 Morte em relação ao parto
	42 Tipo de parto		43 Tipo de parto		44 Pese ao nascer
	45 Tipo de parto		46 Tipo de parto		47 Número da Declaração de Nascimento
V Condições e causas do óbito	48 Causas da morte		49 Causas da morte		50 Causas da morte
	51 Causas da morte		52 Causas da morte		53 Causas da morte
	54 Causas da morte		55 Causas da morte		56 Causas da morte
	57 Causas da morte		58 Causas da morte		59 Causas da morte
VI Médico	60 Nome do médico		61 CRM		62 Óbito atestado por médico
	63 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		64 Data do atestado		65 Assinatura
	66 Nome do médico		67 CRM		68 Óbito atestado por médico
	69 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		70 Data do atestado		71 Assinatura
VII Causas externas	72 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informar a causa exatíssima)		73 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informar a causa exatíssima)		74 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informar a causa exatíssima)
	75 Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		76 Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		77 Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência
	78 Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		79 Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		80 Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência
	81 Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		82 Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		83 Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência
VIII Cartório	84 Nome do declarante		85 Testemunhas		86 Testemunhas
	87 Nome do declarante		88 Testemunhas		89 Testemunhas
	90 Nome do declarante		91 Testemunhas		92 Testemunhas
	93 Nome do declarante		94 Testemunhas		95 Testemunhas
IX Localidade	96 Localidade		97 Localidade		98 Localidade
	99 Localidade		100 Localidade		101 Localidade
	102 Localidade		103 Localidade		104 Localidade
	105 Localidade		106 Localidade		107 Localidade





# 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: tabrorainopolis@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 bastante **PROCURADOR JOEL DA SILVA SANTOS**, brasileiro, divorciado, aposentado, filho de Severino Amaro dos Santos e Elvira Gomes da Silva Santos, nascido em 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 judicium 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*

*Rosilene Gomes de Lima*  
Escrevente Autorizada  
Tab. Rorainópolis - RR



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

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: tabrorainopolis@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**  
Outorgante

**ROSILENE GOMES DE LIMA**  
Escriturante 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

#### **JAMYLLE MENDONCA FERREIRA SANTOS :**

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

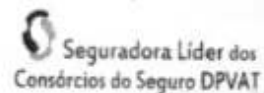
### ATENÇÃO

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](http://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

#### **JAMYLLE 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](http://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

