

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 13.500,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDA DE MOURA CRUZ

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000022687-2

Autenticação:

7FC29322268EC191A97B5665A21BD79D0C2579E5F5E4EE9D55A19A4B0DF2AC3C

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Eduarda de Moura Cruz
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Consultora de vendas
IDENTIDADE:	2206009-0 SSP-AM
ENDEREÇO:	Rua: Imperatriz, N°: 322, Bairro: Centenário

OUTORGADO

NOME:	Slair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Buites

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista - RR, 28 / Dezembro, 2018

LOCAL E DATA



Eduarda de Moura Cruz

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 124.49915.63-1

9348207 0030 RR

Eduarda Soares dos Reis
ASSINATURA DO TITULAR

IN REFECAO CREDENCIADA




02 JAN. 2019

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

EDIANA SOARES DOS REIS

FILIAÇÃO: LAZARO DIAS DOS REIS
MARINA SOARES DOS REIS
SEXO: FEMININO

NASCIMENTO: 22/12/1972

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SÃO PAULO - SP

DOCUMENTO: R.G. 181817 SESP RR 12007/2012

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 436.382.102-78 CNH: SEÇÃO: ZONA

TIT. ELEITOR:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 31/07/2012

ASSINATURA DO EMISSOR

18 JUN. 2018

BOA VISTA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.eletrobrasroraima.com

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 1513510
Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

Segunda Via

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO, 1832 2
BURITIS -
CEP 69.309-209 - BOA VISTA - RR
CPF 383.051.512-04 RG 114807 SSP RR 11-04-96
Roteiro: 001.12.04.021718

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único
0108915-3

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
21/09/2018	27/08/2018	24/09/2018	25/10/2018	28	24/09/2018	09/2018
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	N 15 19 448	Normal		
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido
	2206908	25445	25199	1,00000	5	246
						Cons. Faturado
						246

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
08/2018	292	TUSD (*)	Consumo 246 kWh a 0,574560	0,456770	141,34
07/2018	237	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		30,66
06/2018	246	Transmissão	Parcelamento De Debitos 5/6		118,80
05/2018	223	Encargos			
04/2018	264	Tributos			
03/2018	208				
02/2018	221				
01/2018	223				
12/2017	255				
11/2017	282				
10/2017	285				
09/2017	355				
Média		Pis - 0,87			
12 meses	257	Cofins - 4,07			

Indicadores de Continuidade: 07/2018					Conta em Débito			
Cj:	14 - FLORESTA		EUSD	R\$ 52,76	Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	08/2018	0	11/09/2018	336,31
DIC	8,85	3,49	17,70	35,40				
FIC	8,46	13,00	16,92	33,84				
DMIC	4,82	0,44	4,82	4,82				
					Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 336,31			

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura (LBV) poderá ser cancelada em nossos

=> canais de atendimento.

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS
141,34	17,00	24,02

Reservado ao Fisco

B276.482A.806B.0A87.833B.6719.CAC7.15FA

Faturado virtual qd V 9 07 19/02/2018

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0108915-3

UC	Mês Faturado	No. FD	TC
01089153	09/2018	00	6

Vencimento
11/10/2018

Valor a Pagar
R\$ 290,80

83640000002 9 90800075000 4 00000000108 1 91530918006 4



23 JAN. 2019

**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: 2140751

EDIANA SOARES DOS REIS

R. TOPAZIO IMPERIAL, S/N, QD 14 LOTE 397

PEDRA PINTADA 69300000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1405071	MÊS 01/2019	PERÍODO DE CONSUMO 11-DEC-18 a 11-JAN-19
CONSUMO (kWh) 119	VENCIMENTO 26-JAN-19	TOTAL A PAGAR R\$ 94,83

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

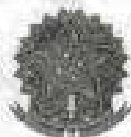
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1405071	MÊS 01/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 94,83
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836500000002.948300750007.000000001404.507101190050





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



Certidão de Nascimento

Nome:

ALAFFY DAVI BRASIL DE MOURA

Matrícula:

004143 01 55 2017 1 00497 096 0034836 15

Data de nascimento (por extenso)

Oito de novembro de dois mil e dezessete

Dia	Mês	Ano
08	11	2017

Hora de nascimento

08h52min

Município de nascimento e UF

Manaus/AM

Município de registro e UF

Manaus Estado do Amazonas

Local de nascimento

**Instituto da Mulher Avenida Mário Ypiranga, nº
1581, Adrianópolis**

Sexo

Masculino

Filiação

DAVI BRASIL BARROS e EDUARDA DE MOURA CRUZ

Avós

Sebastiana Brasil Barros (paterna), Aldenir Monteiro Cruz e Sheila Guedes Moura (maternos)

Gêmeos

Não

Nome e matrícula do(s) irmão(s)

Nada consta.

Data do registro (por extenso)

Nove de novembro de dois mil e dezessete

Nº DNV (Declaração de nascido vivo)

30-752031734

Observações/Averbações

Nome do ofício

2º Ofício de Registro Civil de Manaus

Oficial registrador

Maria da Graça de Miranda Sales

Município/UF

Manaus/Estado do Amazonas

Endereço

**Rua Alexandre Amorim, 528 Aparecida
Cep 69010-300, fone (92) 3232-8818**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Manaus, 9 de novembro de 2017

Eduardo Martins Michiles da Silva
Escrevente

Eduardo Martins Michiles da Silva
Escrevente Autorizado

SELO: CERNAS004143WV58M6S0479LC570 - Tipo de Certidão - Nascimento - Protocolo: 157243 Data: 09/11/2017 - Hora: 09:20:25 Nome da Parte: ALAFFY DAVI BRASIL DE MOURA Emitido por: Eduardo Martins Michiles da Silva - FUNET3: 0,00 - FUNDRAM: 0,00 - FUNDRGE: 0,00 - SEL0: 0,00 - Consulte o selo em <https://cidadeo.portabeloam.com.br>

EMBOLENTOS
Emblemas e lacras



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

DAVI BRASIL BARROS

CPF

035.904.812-93

MATRÍCULA:

158253 01 55 2018 4 00001 078 0000078 25

SEXO

masculino

COR

Parda

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro e 23 anos de idade

NATURALIDADE

Rio Preto da Eva-AM

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

2948779-0 - SESP RR

ELEITOR

SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de Sebastiana Brasil Barros. Residência: Av.13 de setembro, 162 centro - Alto Alegre/RR.

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Vinte e cinco de dezembro de dois mil dezoito. Hora: 00:30

DIA

25

MÊS

12

ANO

2018

LOCAL DE FALECIMENTO

Próximo a ponte do Rio Mucajai em Alto Alegre/RR

CAUSA DA MORTE

a) Letal Choque Hipovolêmico, b) Rupturas Traumáticas Cardíaca e Hepática, c) Acidente de Moto

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO(MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

Cemitério Nossa Senhora Perpetuo Socorro

DECLARANTE

ARLETE BRASIL BARROS

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

pelo(a) doutor(a) Dr.Fleuriso Mendonça, CRM nº RR 215

OBSERVAÇÕES

Profissão: agricultor.

O falecido era eleitor, não deixou bens a inventariar e não deixou testamento conhecido.

Deixou um (1) filho;

Emolumentos Isentos.

NOME DO OFÍCIO: Cartório Martins

OFICIAL REGISTRADOR: Mirly Rodrigues Martins

MUNICÍPIO/COMARCA/UF: Alto Alegre/RR

ENDEREÇO: Av. 1º de Julho, nº 2148, Centro, Alto Alegre/RR. CEP:

69.350-000, Telefone: (95)

3263-1753,

Email:

cartoriodealtoalegre@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Alto Alegre, 26 de dezembro de 2018

Barbara Sousa Moreira

BARBARA SOUSA MOREIRA
Escrevente Autorizada

Barbara Sousa Moreira
Escrevente

Barbara Sousa Moreira
Escrevente

Facolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **035.904.812-93** Nome completo da vítima: **Davi Brasil Barros**

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

Nome completo: **Alaffy Davi Brasil de Moura** CPF: **000.000.000-00**

Profissão: _____ Endereço: **Rua: Imperatriz** Número: **322** Complemento: **Casa**

Bairro: **Centenário** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.312-570**

E-mail: **SLC.I.R.R.R@hotmai.com** Tel.(DDD): **(95)97403-5060**

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

RENDA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Comente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **6953** CONTA: **22687** 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.

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

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

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **25/12/18**

Grau de Parentesco com a vítima: **Filho** Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **1** Vítima deixou nascituro (hai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 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.

Local e Data: **Boa Vista - RR, 08/02/19**

Nome: **Eduardo de Moura Cruz**

CPF: **938.042.082-04**

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Eduardo de Moura Cruz

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **Camila de Souza Rocha**

CPF: **000.626.679-03**

Camila de Souza Rocha

Assinatura

2ª Nome: **Adriane Evangelista Silva**

CPF: **845.931.830-15**

Adriane Evangelista Silva

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, ASEL-R000, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190019377

Vítima: DAVI BRASIL BARROS

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDA DE MOURA CRUZ

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: EDUARDA DE MOURA CRUZ

Valor: R\$ 13.500,00

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000022687-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CODIGO

0079596-8

Eletrobras Distribuição Roraima

Eletronbras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 681 – Centro – Boa Vista – RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 26.007.022-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizada pela SPPAZ 368/13

Nº de Nota Fiscal 001485125

A Terça Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	11/10/2018	318	198,04

DILZA CHAVES DE CARVALHO
R. IMPERATRIZ 322 CENTENARIO
CPF: 00038344742234
CEP: 69.312-570 - BOA VISTA

ROT: 31.001.27.03.077900

B4098 DATA DE LECTURA		KWh		KVAh		DATA DA LECTURA	
Atual:		23476				Atual: 20/09/2018	
Anterior:		23158				Anterior: 22/08/2018	
Constante de Multiplicação:		1,000				Próxima Leitura: 22/10/2018	
Consumo Médio:		318				Emissão: 19/09/2018	
Consumo Faturado:		318		FCAM		Aprovação: 20/09/2018	
Situação da Conta:		NORMAL		Situação da Conta:		29	

DADOS DA UNIDADE CENSOGRÁFICA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	B1	E2838771	N 1517217	1.1.1.2	391

HISTÓRICO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
AGO/18	423	
JUL/18	276	
JUN/18	308	
MAI/18	359	
ABR/18	438	
MAR/18	369	
FEV/18	392	
JAN/18	391	
DEZ/17	453	
NOV/17	507	
	CONSUMO	318 A R\$ 0,574560 = 182,71
	ILUMINACAO PUBLICA	15,33

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 318 - 0.456770

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 080007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 19/09/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 301E.2845.0BC5.D69C.9E2E.1F5E.C591.CB80

COMPOSIÇÃO DA NOTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	54,48	Base de Cálculo:	182,71
Energia:	87,15	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	31,06
Encargos:	3,63	Valor do PIS:	1,13
Tributos:	37,45	Valor do COFINS:	5,26

CATEGORIA	QUANTIDADES DE CONTINUIDADE							CATEGORIA
	URB			RUR			EMIS	
	INTE	ALTA	BAIXA	INTE	ALTA	BAIXA		
1.000	8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65	1.000
2.000	4,34			13,00			0,48	2.000



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045009/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/12/2018 09:04 Data/Hora Fim: 31/12/2018 09:21
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM Nº 202/2018 (PM ALTO ALEGRE) Data: 31/12/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 25/12/2018 02:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RR 205

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1527: Morte acidental de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DAVI BRASIL BARROS (VÍTIMA)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
Nome da Mãe: Sebastiana Brasil Barros	

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: ROP/PM Nº 202/2018 (COMUNICANTE)	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista
Profissão: Policial Militar	
Nome da Mãe: Pj	

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP/PM informa que, compareceu naquela Delegacia de Alto Alegre o comunicante CB PMRR Ivan Santos, relatando que foram acionados pelo nacional conhecido como LEBOI, o qual informou um acidente com vítima fatal na RR-205 (sentido Alto Alegre/Vila Sumaúma), próximo a Ponte sobre o rio Mucajai. Que lhes foi informado que o cidadão, posteriormente identificado como Davi Brasil Barros, perdeu o controle de uma motocicleta Honda Biz 125, Placa NAS-9280, CHASSI 9C2JA04207R019655, RENAVAN00903957167, tendo como proprietária a Sra. Arlete Brasil Barros. Que David Barros não conseguir fazer a curva e desceu uma ribanceira, tendo ido de encontro a uma árvore e vindo a óbito no local. Que ao chegar no local, foi constatado a ausência de sinais vitais no corpo e acionado o Instituto Médico Legal para a remoção. A motocicleta foi apresentada na Delegacia de Alto Alegre. Foi expedida a Guia de Requisição de Exame Cadavérico nº 206/2018/DPAA. Era o que tinha a comunicar.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045009/2018

ASSINATURAS

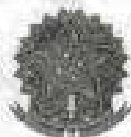


Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

Rop/pm Nº 202/2018
(Comunicante)

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



Certidão de Nascimento

Nome:

ALAFFY DAVI BRASIL DE MOURA

Matrícula:

004143 01 55 2017 1 00497 096 0034836 15

Data de nascimento (por extenso)

Oito de novembro de dois mil e dezessete

Dia	Mês	Ano
08	11	2017

Hora de nascimento

08h52min

Município de nascimento e UF

Manaus/AM

Município de registro e UF

Manaus Estado do Amazonas

Local de nascimento

**Instituto da Mulher Avenida Mário Ypiranga, nº.
1581, Adrianópolis**

Sexo

Masculino

Filiação

DAVI BRASIL BARROS e EDUARDA DE MOURA CRUZ

Avós

Sebastiana Brasil Barros (paterna), Aldenir Monteiro Cruz e Sheila Guedes Moura (maternos)

Gêmeos

Não

Nome e matrícula do(s) irmão(s)

Nada consta.

Data do registro (por extenso)

Nove de novembro de dois mil e dezessete

Nº DNV (Declaração de nascido vivo)

30-752031734

Observações/Averbações

Nome do ofício

2º Ofício de Registro Civil de Manaus

Oficial registrador

Maria da Graça de Miranda Sales

Município/UF

Manaus/Estado do Amazonas

Endereço

**Rua Alexandre Amorim, 528 Aparecida
Cep 69010-300, fone (92) 3232-8818**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Manaus, 9 de novembro de 2017

Eduardo Martins Michiles da Silva
Escrevente

Eduardo Martins Michiles da Silva
Escrevente Autorizado

SELO: CERNAS004143WV58H6S0479LC570 - Tipo de Certidão - Nascimento - Protocolo: 157243 Data: 09/11/2017 - Hora: 09:20:25 Nome da Parte: ALAFFY DAVI BRASIL DE MOURA Emitido por: Eduardo Martins Michiles da Silva - FUNET3: 0,00 - FUNDRAM: 0,00 - FUNDRGE: 0,00 - Selo: 0,00 - Consulte o selo em <https://cidadeo.portabeloam.com.br>

EMPLENMENTOS
Emplacamentos locais

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 035.904.812-93 Nome completo da vítima: Davi Brasil Barros

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

Nome completo: Eduarda de Moura Cruz CPF: 938.012.032-04

Profissão: Cms de vendas Endereço: Rua Imperatriz Número: 322 Complemento: Casa

Bairro: Centenário Cidade: Bea Vista Estado: RR CEP: 69.312-570

E-mail: ELIZARRR@hotmail.com Tel. (DDD): (95)99154-4282

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 22687 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1 CONTA: _____

(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.

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

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

- ☐ 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 25/12/2018

Grau de Parentesco com a vítima: Sócio Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: 1 Falecidos: 0 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 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.

Local e Data: Bea Vista - RR, 28/12/18

Nome: Eduarda de Moura Cruz

CPF: 938.012.032-04

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Eduarda de Moura Cruz

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Camila de Souza Rocha

CPF: 000.626.672-03

Camila de Souza Rocha

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Elizarr

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007419/19

Número do Sinistro: 3190019377

Vítima: DAVI BRASIL BARROS

CPF: 035.904.812-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2018

Titular do CPF: DAVI BRASIL BARROS

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALAFFY DAVI BRASIL DE MOURA :

Declaração de únicos herdeiros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/02/2019
Nome: EDUARDA DE MOURA CRUZ
CPF: 938.012.032-04

EDUARDA DE MOURA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2019
Nome: ANGELILCE ARRUDA MOREIRA
CPF: 720.283.862-15

ANGELILCE ARRUDA MOREIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007419/19

Vítima: DAVI BRASIL BARROS

CPF: 035.904.812-93

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 25/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVI BRASIL BARROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação

ALAFFY DAVI BRASIL DE MOURA :

Certidão de nascimento
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDUARDA DE MOURA CRUZ : 938.012.032-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019
Nome: EDUARDA DE MOURA CRUZ
CPF: 938.012.032-04

EDUARDA DE MOURA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 878.291.693-49

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA