

# ITAU - 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, nº: 322, Bairro: Centenário

### OUTORGADO

NOME:	Fláir Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Jutonomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Buritis

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)





02 JAN. 2019

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

EDIANA SOARES DOS REIS

LAZARO DIAS DOS REIS

MARINA SOARES DOS REIS

SEXO: FEMININO

NASCIMENTO: 22/12/1972

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

ESTADO: SÃO PAULO - SP

NATURALIDADE: SÃO PAULO - SP

DOCUMENTO: RG 181817 SESP RR 12/07/2012

LEI N° 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

CNH: CNH-78

SEÇÃO: 1

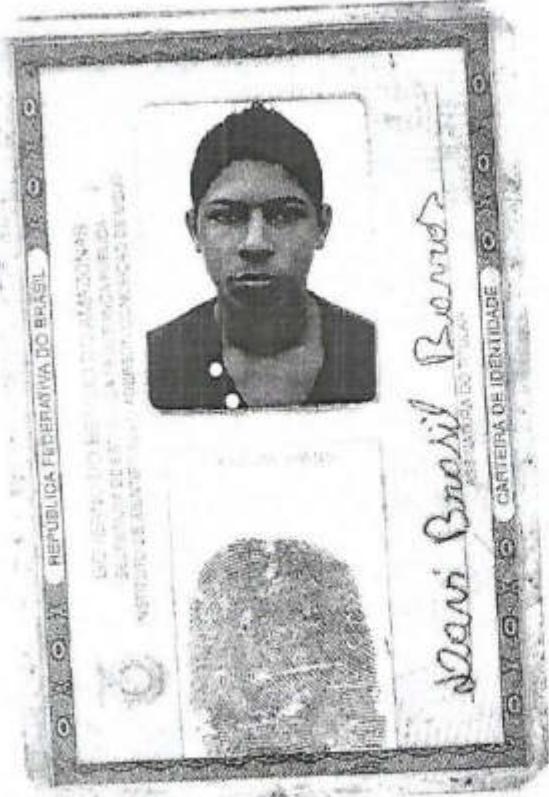
CPF: 436.382.102-78

TIT. ELEITOR:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTEARR - 31/07/2012

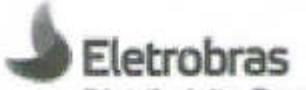
ASSINATURA DO EMISSOR

8 JUN. 2018



Nascimento  
08/12/1995

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



**Eletrobras**  
**Distribuição Roraima**

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

**ILOIR 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

**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**

Ouvindoria: 0800951152 (07h30min às 17h00min)

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	Ligaçao	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	Cons. Faturado
	2206908	25445	25199	1.00000	5	246	246

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
08/2018	292	TUSD (*)	42,16		
07/2018	237	TE (*)	67,42		
06/2018	246	Transmissão	0,00	Consumo 246 kWh a 0,574560	0,456770 141,34
05/2018	223	Encargos	2,80	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)	30,66
04/2018	264	Tributos	28,96	Parcelamento De Débitos 5/6	118,80
03/2018	208				
		(*) TUSD=Taxa de Uso do Sistema de Distribuição; TE=Tributo de Energia			
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	EURO	R\$ 52,76	Mês/Año	FD	Vencimento	Valor
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	08/2018	0	11/09/2018
DIC	8,85	3,49	17,70	35,40			336,31
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  
141,34

Alíquota  
17,00

Valor do ICMS  
24,02

Vencimento  
11/10/2018

Valor a Pagar  
R\$ 290,80

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

NoturnoVirtual.qsp V 9.07.19/2018

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

**BOA VISTA ENERGIA S.A.**

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

Vencimento  
11/10/2018

Valor a Pagar  
R\$ 290,80

83640000002 9 90800075000 4 00000000108 1 91530918006 4





**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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1405071	01/2019	11-DEC-18 a 11-JAN-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
119	26-JAN-19	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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1405071	01/2019	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

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

Ainda

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

Gêmeos  
Não

Nome e matrícula do(s) gêmeo(s)  
Nada consta.

Data de registro (por extenso)

Nove de novembro de dois mil e dezessete

Nº DNIV (Declaração de nascido vivo)

30-752031734

Observações/Anotações

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: CERNA004143WVSSM880479LC570 - 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 - FUNETO: 0,00 - FUNDRAM: 0,00-FUNOPGE: 0,00 - SELO: 0,00 - Consulte o selo em <https://certidao.portalelojam.com.br>

EMBOLAMENTOS  
Envolvimento Imediato



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	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino	Parda	sólteiro e 23 anos de idade
NATURALIDADE		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
Rio Preto da Eva-AM		2948779-0 - SESP RR
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA		ELEITOR
		SIM

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)

DECLARANTE

Cemitério Nossa Senhora Perpetuo Socorro

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

Bárbara Souza Moreira

BÁRBARA SOUZA MOREIRA  
Escrevente Autorizada

Barbara Souza Moreira  
Escrevente Autorizada

Barbara Souza Moreira  
Escrevente Autorizada



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do envio ou A2:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	035.904.812-93	Davi Brasil Barros		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:	Alaffy Davi Brasil de Moura		OP:	000.000.000-00
Profissão:	Estrada: Imprensa	Estado:	Número:	Complemento:
Sobr. Confenário	Cidade: Boa Vista	RR	322	Centro
Email:	E-mail: 3LC1RRR@hotmail.com			
CEP:	68.312 - 570		TEL (DDD):	(55)97403-5060

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECLUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 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 - MARQUE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abertos, Anexar uma opção)

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 6953  CONTA: 22687

(informar o dígito de conta)

(informar o dígito de conta)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito de conta)

(informar o dígito de conta)

Autorizo a Seguradora Lider à 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 invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da custódia da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 20, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## INVALIDEZ PERMANENTE

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Vôvo Data do óbito da vítima: 25/12/18

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 25/12/18

filho

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascido (a) / falecido (a):

Vítima deixou nascido (a) / falecido (a):  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certe, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de restituir 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: Adriana de Moura Cruz  
 CPF: 938.042.032-04

1º Assinatura de quem assina a RODA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):  
 X Adriana de Moura Cruz

Próxima da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: Camila de Souza Rech  
 CPF: 000.636.670-03

Camila de Souza Rech  
 Assinatura

2º | Nome: Adriane Evangelista Silveira  
 CPF: 543.931.330-15

Adriane Evangelista Silveira  
 Assinatura

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

INÉCESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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, 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

**Eletrobras Distribuição Roraima**  
Av. Capitão Eze Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-01  
Régime Especial da Imprensa autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO.

- SEM GORDIGO

0079596-8

Nº de Nota Fiscal 0014851-5

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

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	DETALE 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: 31.001.22.03.03.000

BAD98 DA LEITURA	KWh	KVAh	ROT: 31.001.27.03.077900
Atual:	23476		DATAS DA LEITURA
Anterior:	23158		Atual: 20/09/2018
Constante de Multiplicação:	1.000		Anterior: 22/08/2018
Consumo Modificado:	318		Próxima Leitura: 22/10/2018
Consumo Faturado:	318	FCAM	Emissão: 19/09/2018
			Aproximadamente: 20/09/2018

NO BMM

20

NORMAL		DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA		29	
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E2838771	N 1517217	1.1.1.2	301

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/18	423	CONSUMO	318 A R\$ 0,574560 =
JUL/18	276	ILUMINACAO PUBLICA	182,71
JUN/18	308		15,33
MAI/18	359		
ABR/18	438		
MAR/18	369		
FEV/18	392		
JAN/18	391		
DEZ/17	453		
NOV/17	507		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
	3 A 318 - 0,456770		

**MENSAGENS IMPORTANTE Sobre Vencimento**  
Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura (LBV) poderá ser cancelada em nossos canais de atendimento. Parabéns! Até o dia 19/09/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consultora.

RESERVADO AO FISCO 301E.2845.0855.0696.0635.1555 -

COMPOSIÇÃO DA FONTE - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	54,48	Base de Cálculo:	182,71
Energia:	87,15	Aliquota 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

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	ABR	MAR	JUN	JUL	AGO	SETE	OUT
Ind. Prod. - %	8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65
Prod. Serv. - %	4,34		13,00			0,48	



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: Policia Militar Nº do Documento: ROP/PM Nº 202/2018 (PM ALTO ALEGRE) Data: 31/12/2018  
Delegado de Policia: 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 conseguiu 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/DPA. 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-Denúncia 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)	0ito de novembro de dois mil e dezessete	0m	Mês	Ano
		08	11	2017

Hora de nascimento	Município de nascimento e UF
08h52min	Manaus/AM

Município de registro e UF	Local de nascimento	Sexo
Manaus Estado do Amazonas	Instituto da Mulher Avenida Mário Ypiranga, nº. 1581, Adrianópolis	Masculino

Filiação	DAVI BRASIL BARROS e EDUARDA DE MOURA CRUZ
----------	--

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

Gêmeos	Nome e matrícula do(s) gêmeo(s) ...
Não	Nada consta.

Data de registro (por extenso)	Nº DNIV (Declaração de nascido vivo)
Nove de novembro de dois mil e dezessete	30-752031734

Observações/Anexos	
--------------------	--

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: CERNA004143WVSSM880479LC570 - 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 - FUNETO: 0,00 - FUNDRAM: 0,00-FUNOPGE: 0,00 - SELO: 0,00 - Consulte o selo em <a href="https://certidao.portalelojam.com.br">https://certidao.portalelojam.com.br</a>	EMBOLAMENTOS Envolvimento Imediato
---	---------------------------------------

# 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:

Nome completo da vítima:

035.904.812-93 Daci 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: Comerciante

Endereço:

Rua Imperatriz

Número:

322

Complemento:

casa

Bairro: Centro

Cidade:

Beira Vista

Estado:

RR

CEP:

69.312-576

E-mail:

EDUARDAIRR@hotmaill.com

Tel.(DDD):

(65) 99154-4282

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

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPLANÇA (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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 6953

CONTA: 22687

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1

CONTA: 1

(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. 39, §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: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Silva

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.

INVALIDEZ PERMANENTE  
MORTE

Local e Data: Boa 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 Recha  
CPF: 000.626.672-03

Camila de Souza Recha  
Assinatura

2º | Nome:

CPF: Glória Souza Recha  
Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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

Data do acidente: 25/12/2018

CPF: 035.904.812-93

CPF de: Próprio

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

EDUARDA DE MOURA CRUZ

---

ANGELILCE ARRUDA MOREIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007419/19

**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

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDUARDA DE MOURA CRUZ

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA