

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante

Eu, Gildo Pereira da Silva, brasileiro(a)
 Estado Civil, viúvo, na profissão comerciante e
 Portador do RG N° 841069 e inscrito no CPF/ N°, 800558001-06
 Residente na rua João Davino, nº 09
 Na cidade de, Maceió, Estado de AL
 CEP, 57035-554, Telefone, (82) 99979-3523

Outorgado

Eu Adriana de Oliveira Vieira, Portador
 do RG n°: 1682115 Inscrito no CPF n°: 031.316714-16,
 situado no endereço: Rua formalista Baptista Belo, nº
35, bairro: Poco na cidade de:
Maceió-AL, Estado de Alagoas, CEP: 57025-690

Eu OUTORGANTE Qualifico o OUTORGADO acima para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DPVAT e suas respectivas consorciadas e a SUSEP, a fim de encaminhar o meu pedido de indenização de cobertura: morte referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao OUTORGADO poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto a essa seguradora, incluindo receber correspondências, solicitar informações por escrito ou telefone, marcar perícia médica e/ ou reagendamento, pode substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.

A fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT da vítima:

Cleidiane Batista de Oliveira
 CPF: 038 220 341 00 Data do Acidente: 08/12/2014

Maceió AL, 23 de abril de 2019

Assinatura do OUTORGANTE

r firma por autenticidade/verdadeiro)



Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
 GILDO PEREIRA DA SILVA

Maceió, 06/05/2019
 Em test^o da verdade.
 Midyan Vieira da Assunção (Escrevente Autorizada)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1568479220

NOME
GILDO PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
841068 SSP MS

CNPJ
800.558.001-06

DATA NASCIMENTO
19/04/1977

FILIAÇÃO
VALDIR PEREIRA DA SILVA
MARIA PEREIRA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AE

Nº REGISTRO
00594505295

VALIDADE
07/10/2019

1ª HABILITAÇÃO
26/04/1999

OBSERVAÇÕES
CETPP
CETCP
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR
GILDO P. DA SILVA

LOCAL
GOIANIA, GO

DATA EMISSÃO
13/12/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Daniel Xavier

16411421073
GO126374724

GOIÁS

PROIBIDO PLASTIFICAR
1568479220

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		CARTeira DE IDENTIDADE	
GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS		P0015	
POLÍCIA CIVIL			
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO			
 Polgar Direito			
 Waldemar G. O. Silva		ASSINATURA DO TITULAR	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
6672764 2ª VIA		17/01/2019	
WALDIR GABRIEL OLIVEIRA SILVA			
FILHO GILDO PEREIRA DA SILVA			
CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA			
MINEIROS - GO		13/09/2010	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
DOC. QUEM CERTIDÃO DE NASCIMENTO 33135 A-58 FLS17			
MINEIROS-GO EM 15/09/2010			
CPF 707289021-17		38713656	
6730213			
 Deusany Aparecido Silva Filho		ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.116 DE 23/08/83			

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5519737 2.A VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 04/DEZ/2009

NOME CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JORGE ALVES DE OLIVEIRA GLEIDE BATISTA CORREA

ALTO ARAGUAIA-MT 06/AGO/1989 DATA DE NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE C.NAS. 5.513 FLS. 140 L. A-25 CACHOEIRA

ALTA-GO EM 05/06/2007

CPF 038220341-00

5311887

ASSINATURA DO DETENTOR 37302728

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-15

CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

038.220.341-00

Nome

CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA

Nascimento

06/08/1989

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão

04/09/2007

CORREIOS

WWW.CORREIOS.GOV.BR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

5519737 SPTC GO

CPF 038.220.341-00 DATA NASCIMENTO 06/08/1989

FILIAÇÃO

JORGE ALVES DE OLIVEIRA

GLEIDE BATISTA CORREA

PERMISSÃO

PERMISSÃO

REC. CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO 05993186030 VALIDEZ 30/01/2015 30/01/2014

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

846702717

PROIBIDO PLASTIFICAR

846702717

OBSERVAÇÕES

CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL GOIÂNIA, GO DATA EMISSÃO 06/02/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

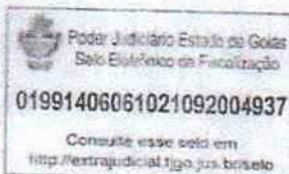
42254418655

60064645347

DETRAN-GO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE ÓBITO

Nome

CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA

Matrícula

028126 01 55 2014 4 00154 091 0057483 38

Sexo Feminino	Cor Branca	Estado civil e idade Solteira, 25 anos **
-------------------------	----------------------	---

Naturalidade Alto Araguaia-MT **	Documento de identificação 5519737/2ª via/SSP/GO **	Eleitor Sim
--	---	-----------------------

Filiação e residência
JORGE ALVES DE OLIVEIRA e GLEIDE BATISTA CORREA, residente e domiciliada Rua X-8, quadra X-14, lote 23, casa 01, Jardim Brasil, em Goiânia-GO **

Data e hora do falecimento Oito de dezembro de dois mil e quatorze, às 08h 37min **	Dia 08	Mês 12	Ano 2014
---	------------------	------------------	--------------------

Local do falecimento
Hospital de Urgências de Goiânia, em Goiânia-GO **

Causas
hemotorax (choque hemorrágico), lesão de vasos da base, traumatismo torácico, ação contundente **

Sepultamento / Cremação (Município e cemitério, se conhecido) Cemitério Municipal de Mineiros-GO **	Declarante GILDO PEREIRA DA SILVA **
---	--

Nome e número de documento do médico que atestou o óbito
Dr. Marcelo Luiz Brandão, CRM/GO nº 6286 **

Observações / Averbções
Nascida em 06 de agosto de 1989, cozinheira. Pelo declarante foi-me dito, que a falecida não deixou bens a inventariar e nem testamento, e que a mesma era eleitora. Apresentado a Declaração de Óbito do Ministério da Saúde nº 21518806-3, CPF/MF nº 038.220.341-00. Certidão de Nascimento Nº 5513, Folhas 140, Livro A-25, lavrada no CARTORIO REGISTRO CIVIL, Cachoeira Alta-GO Pelo declarante me foi dito que a falecida deixou três filhos menores: MARIA VIRGINIA, MARIA EDUARDA e WALDIR GABRIEL.

Nome do Ofício
3º Registro Civil e Tabelionato de Notas

Oficial Registrador
Rômulo Filizzola Nogueira

Município / UF
Goiânia - Estado de Goiás

Endereço
**Rua 7, 369 - Centro - CEP: 74.023-020
Telefax: (62) 3225-1847 / 3229-3097
www.3rcnotas.com.br
e-mail: rctnotas3@msn.com**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Goiânia-GO, 13 de dezembro de 2014.

Hiolanda Oliveira Meirelis
ESCREVENTE



POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE GOIÁS

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA**DADOS DO FATO**

Data/Hora de Registro: 08/12/2014 11h15
Numero: 2369/2014
Afeto: DICT DELEGACIA ESPECIALIZADA EM INVESTIGAÇÕES DE CRIMES DE TRÂNSITO
Tipificação Provisória: LEI 9.503/97 ART. 302: PRATICAR HOMICÍDIO CULPOSO
Data/Hora do Fato: 08/12/2014 07h30
Local do Fato: ROTATÓRIA ALPHAVILLE FLAMBOYANT RESIDENCIAL ARAGUAIA GOIÂNIA GO

COMUNICANTE(1)

Nome: GILDO PEREIRA DA SILVA
Sexo: MASCULINO Nascimento: 19/04/1977 Idade: 35 A 64
Nacionalidade: BRASILEIRA Naturalidade: FIGUEIRÃO MS
Estado Civil: UNIÃO ESTÁVEL Cor/Raça: BRANCA
Nome do Pai: VALDIR PEREIRA DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA
Rg: 000841068 SSP MS CPF: 800.558.001-06
Profissão: GERENTE COMERCIAL
Endereço Residencial: RUA X8, QD. X14, LT. 23, JARDIM BRASIL GOIÂNIA GO
Telefone Residencial: (62)9640-8591
Endereço Comercial: GOIÂNIA GO
Telefone Comercial:
Celular: Telefone Contato:

VÍTIMA(1)

Nome: CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO Nascimento: 06/08/1989 Idade: 25 A 29
Nacionalidade: BRASILEIRA Naturalidade: ALTO ARAGUAIA MT
Estado Civil: UNIÃO ESTÁVEL Cor/Raça: BRANCA
Nome do Pai: JORGE ALVES DE OLIVEIRA
Nome da Mãe: GLEIDE BATISTA CORREA
Rg: 5519737 SSP GO CPF: 038.220.341-00
Profissão: COZINHEIRA
Endereço Residencial: RUA X8, QD. X14, LT. 23, JARDIM BRASIL GOIÂNIA GO
Telefone Residencial:

Delegada
Márcia L. de Andrade Gonçalves
Delegada de Polícia

Endereço Comercial: GOIÂNIA GO

Telefone Comercial:

Celular:

Telefone Contato:

HISTÓRICO

veículo 1: Pas/Motociclo/Honda/CG 125 FAN, placa HSV-2996, de Campo Grande-MS, cor preta, ano e modelo 2007, chassi 9C2JC30707R160789, Renavam 19084940, motor JC30E77160789, em nome de Gildo Pereira da Silva, inscrito no CPF nº 800.558.001-06.
condutora 1: Cleidiane Batista de Oliveira

veículo 2: Land Rover, cor branca (demais características não sabe precisar)
condutor 2: não identificado

O comunicante é companheiro da vítima CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA. Informa que no dia de hoje, 08/12/2014, por volta das 07:30 horas, sua companheira conduzia o veículo 1, por uma via preferencial, situada no Setor Alphaville, nesta Capital, nas proximidades do Batalhão da Rotam, quando ao fazer a rotatória, o veículo 2 não obedeceu a sinalização (pare), colidindo no veículo 1, ocasião em a vítima saiu rolando na pista. Que o comunicante se fez presente no local. QUE a condutora do veículo 2 não estava no local. Que segundo informações de terceiros, a condutora do veículo 2 estaria falando no celular no momento do acidente e que seria moradora do Residencial Alphaville Flamboyant, situado nesta Capital. Que o comunicante constatou no local um outro veículo, também Land Rover, cor preta, placa NWI-9610, que estaria sendo ocupado por familiares da condutora do veículo 2. QUE se fez presente no local uma equipe da Polícia Militar. QUE a vítima foi conduzida para este hospital pela USA 21 do Corpo de Bombeiros Militar. Que nada mais sabe informar acerca do acidente. A vítima foi admitida no HUGO no dia de hoje, 08/12/2014, às 08h37min, onde deu entrada na sala de emergência, onde não resistiu aos ferimentos e foi a óbito, no dia de hoje, 08/12/2014 às 08h37min, o qual foi constatado pelo Dr. João Martins Neto, médico, inscrito no CRM 3314, com a seguinte síntese da história clínica e/ou cirúrgica com cronologia: paciente foi atendida pela viatura USA 21 Bombeiros. Fez parada cardio respiratória no local, entubada ventilação manual/mecânica. Reanimado por 20 minutos. Sem êxito. Óbito dentro atendimento pré-hospitalar. Chegou no HUGO em óbito. Foi expedida requisição de exame cadavérico, que segue anexo, e o IML foi acionado para a remoção do corpo. Nada mais a constar. Registrou-se para os devidos fins.

Elaborado por: ALINE BORGES PEREIRA, Escrivã(o) de Polícia

Andrade
Milda L. de Andrade Gonçalves
Delegada de Polícia

Visto: DIVINO DE JESUS-CHEFE DO POSTO POLICIAL DO HUGO - Delegado(a) de Polícia

Vítima/Comunicante: _____

Digitado por: ALINE BORGES PEREIRA

Av 31 de Março - Quadra 18, Nº 0 Cep: 74.820-200, Setor Pedro Ludovico, Goiânia Go,
Telefone: (62)3201-4341

Ligue 197 - Sua denúncia é importante! Visite nosso site: www.policiacivil.go.gov.br

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

Data: 18/12/2014

Despacho: 08/12/2014 07:23

Cód. Ocorrência: 9921615

Chegada Vtr: 08/12/2014 07:40

Abertura: 08/12/2014 07:23

Pré-Finalização: 08/12/2014 08:35

NATUREZAS DA OCORRÊNCIA

I - AÇÕES PREVENTIVAS

II - DIVERSAS

III - 20111 - LIMPEZA DE PISTA

I - RESGATE

II - ACIDENTE DE TRÂNSITO

III - 30107 - CARRO X MOTO

ENDEREÇO OCORRÊNCIA

Logradouro: AV ALPHAVILE

Quadra: -

Nº: -

Bairro: RESIDENCIAL ALPHAVILLE FLAMBOYANT

Lote: -

Município: GOIÂNIA-GO

Referência: ABAIXO ACADEMIA FLEX

Complemento: PROX ALPHAVILLE IPE

PESSOAS ENVOLVIDAS

Item: 1 Nome: LARA BERNARDES LIMA

RG/CPF: 4841345

Qualificação: CONDUTOR

Idade: 1 DIAS

Data Nascimento: -

Sexo: FEMININO

Nome Mãe: -

Telefone: 6296113629

Logradouro: -

Quadra: -

Nº: -

Bairro: -

Lote: - Município: -GO

Complemento: -

Referência: -

Ordem: 1 Nome: CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA

RG/CPF: 5519737

Qualificação: VÍTIMA

Idade: 25 ANOS

Data Nascimento: 06/08/1989

Sexo: FEMININO

Nome Mãe: -

Telefone: -

Logradouro: -

Quadra: -

Nº: -

Bairro: -

Lote: - Município: -GO

Complemento: -

Referência: -

RESUMO DA OCORRÊNCIA

DURANTE O DESLOCAMENTO O VEICULO FORD RANGER COR PRATA PLACA NJX1930 ULTRAPASSOU O SEMAFORO MONITORADO COM FOTOSENSOR FECHADO, CITO A RUA 74 ESQ. COM AV INDEPENDENCIA ST CENTRAL, QUANDO VTR PASSOU PELO SEMAFORO ELE JA SE ENCONTRAVA ABERTO. COLISÃO CARRO X MOTO: VE1: LAND ROVER BRANCO PLACA OMO-3440 (GO) CONDUTOR: LARA BERNARDES LIMA VE2: CG PRETA PLACA: HSV-2996 (MS) CONDUTOR: CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA

GUARNIÇÕES ENVOLVIDAS

USA-21 - BSE

3º SGT BRUNO RODRIGUES RATES, CB GILSON MOREIRA FARIA

UR-154 - BSE

CB JOHNNATAM FREITAS DO NASCIMENTO, SD RENATO MENDES TOLENTINO, SD ALEXANDRE COUTO DE BRITO FILHO.

ABT-35 - 1º BBM

SD FELIPPE RIBEIRO PIRES, 3º SGT MAURIZZIO MARCCIUS PROCÓPIO, 2º SGT CLEITON FERREIRA CAVALCANTE, ST JAIR RODRIGUES AMORIM.

RELATÓRIO DE RESGATE**EXTRATO VÍTIMA:** CLEIDIANE BATISTA DE OLIVEIRA**AVALIAÇÃO/PRINCIPAIS LESÕES**

Vítima Encontrada: CONSCIENTE

Oximetria de Pulso: Local: -

05min: -

Hospital: -

Temperatura °C: -

Pressão Arterial mmHg: -

Respiração: -

Batimentos Cardíacos: -

Posição da Vítima: DECÚBITO DORSAL

Situação da Vítima: CONDUTOR

Contusão: -

Escoriações: -

F.C Contuso: TÓRAX, ABD.

Fratura Aberta: MID.

Fratura Fechada: -

F. Perfurante: -

Amputação/Avulsão: -

Esmagamento: -

Queimaduras: -

Outras Lesões: -

RELATÓRIO DE RESGATE**LESÃO TÉRMICA**

Agente Causador: -

Nome do Agente Causador: -

Superfície Atingida %: -

Predominância da Lesão: -

Vias Aéreas Atingidas: NÃO

DESTINO DA VÍTIMA/UNIDADE DE SAÚDE

Destino da Vítima: UNIDADE DE SAÚDE.

Nome da Unidade de Saúde: HUGO

Nome do Médico: JOÃO MARTINS NETO

CRM: -

HISTÓRICO DA VÍTIMA

FEM, 25 ANOS, COLISÃO MOTO X CAMIONETE. EVOLUIU COM PCER NO ATENDIMENTO INICIAL. APÓS 7 MIN RETORNOU BATIMENTOS. NO DESLOCAMENTO AO HOSPITAL, BATIMENTO CARDÍACO FOI INTERROMPIDO NOVAMENTE. REALIZADO MANOBRAS DE REANIMAÇÃO. ENTREGUE NO HOSPITAL EM ASSISTOLIA. ÓBITO. DR YURI AUGUSTO BORGES CRM 12119

ESTADO DE GOIÁS, 18 DE DEZEMBRO DE 2014.

EXTRATO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA**PESSOAS ENVOLVIDAS**

Cor da Pele: - **Cor do Cabelo:** - **Cor dos Olhos:** -
Nome Pai: - **Nome Mãe:** -
Logradouro: RUA SB 17 **Nº:** - **Quadra:** 10 **Lote:** 7
Complemento: - **Referência:** -
Município: GOIÂNIA-GO **Bairro:** LOTEAMENTO PORTAL DO SOL I
Situação: - **Resultado:** - **Altura:** 0 cm **Peso:** 0 kg
Porta Arma? NÃO **Antecedentes Criminais?** NÃO **Óbito?** NÃO
Lesão: SIM **Local da Lesão:** -
Artigos Utilizados: -

Marcas Pessoais**Recebedor****Nome:** -**Função:** -**Encaminhamento - Destino:** PRONTO SOCORRO**Ordem:** 3 **Qualificação:** TESTEMUNHA

Nome: JOELIA RIBEIRO DE MAGALHÃES **Telefone:** - **Nascimento:** 10/10/1977
Sexo: FEMININO **Apelido:** - **RG:** 5343383 **Expedidor:** SSP GO **CPF:** -
CNH: - **Categoria:** - **UF:** - **Estado Civil:** - **Título de Eleitor:** -
Escolaridade: - **Profissão:** - **Naturalidade:** -
Cor da Pele: - **Cor do Cabelo:** - **Cor dos Olhos:** -
Nome Pai: - **Nome Mãe:** -
Logradouro: AV SÃO PAULO **Nº:** - **Quadra:** 01 **Lote:** 01
Complemento: - **Referência:** -
Município: SENADOR CANEDO-GO **Bairro:** VILA SÃO JOÃO
Situação: - **Resultado:** - **Altura:** 0 cm **Peso:** 0 kg
Porta Arma? NÃO **Antecedentes Criminais?** NÃO **Óbito?** NÃO
Lesão: NÃO **Local da Lesão:** -
Artigos Utilizados: -

Marcas Pessoais**Recebedor****Nome:** -**Função:** -**Encaminhamento - Destino:** -**Ordem:** 4 **Qualificação:** TESTEMUNHA

Nome: EDMILSON ALVES OLIVEIRA **Telefone:** 84451162 **Nascimento:** -
Sexo: MASCULINO **Apelido:** - **RG:** - **Expedidor:** - **CPF:** -
CNH: - **Categoria:** - **UF:** - **Estado Civil:** - **Título de Eleitor:** -
Escolaridade: - **Profissão:** - **Naturalidade:** -
Cor da Pele: - **Cor do Cabelo:** - **Cor dos Olhos:** -
Nome Pai: - **Nome Mãe:** -
Logradouro: - **Nº:** - **Quadra:** - **Lote:** -
Complemento: - **Referência:** -
Município: - **Bairro:** -
Situação: - **Resultado:** - **Altura:** 0 cm **Peso:** 0 kg
Porta Arma? NÃO **Antecedentes Criminais?** NÃO **Óbito?** NÃO
Lesão: NÃO **Local da Lesão:** -
Artigos Utilizados: -

Marcas Pessoais**Recebedor****Nome:** -**Função:** -**Encaminhamento - Destino:** -

Cód. Ocorrência: 9921752

Cód. Notícia: 13941625

DADOS DA OCORRÊNCIA

Abertura: 08/12/2014 08:04:10

Despacho: 08/12/2014 08:08:14

Chegada Vtr: 08/12/2014 08:49:59

Pré-Finalização: 08/12/2014 10:36:40

Unidade: BATALHÃO DE TRÂNSITO - BPMTRAN (01º CRPM)

VIATURAS ENVOLVIDAS

VTRL7026 - BPMTRAN (01º CRPM) - FIAT PALIO WEEKEND

Telefone Funcional: 6299303919

Função	Componentes
MOTORISTA	SD PM 34592 LÉONARDO ROSA CORREIA
COMANDANTE	CB PM 26240 ODILÓN ALVES TAVARES FILHO

ENDEREÇO OCORRÊNCIA

Logradouro: AV ALPHAVILLE FLAMBOYANT

Nº: -

Quadra: -

Lote: -

Complemento: NA ROTATÓRIA

Referência: PROX DO PAÇO MUNICIPAL

Município: GOIÂNIA

Bairro: RESIDENCIAL ALPHAVILLE FLAMBOYANT

DADOS SOLICITANTE

Solicitante: JOÉLIA+

CPF: -

RG: -

Órgão Expedidor: -

Telefone: 6284283497

NATUREZAS DA OCORRÊNCIA

- ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL

PESSOAS ENVOLVIDAS

Ordem: 1 Qualificação: CONDUTOR

Nome: CLEIDIANE BATISTA OLIVEIRA

Telefone: 96408591

Nascimento: -

Sexo: FEMININO Apellido: -

RG: 5519737

Expedidor: -

CPF: 03822034100

CNH: 05953186050

Categoria: AB

UF: -

Estado Civil: -

Título de Eleitor: -

Escolaridade: -

Profissão: -

Naturalidade: -

Cor da Pele: -

Cor do Cabelo: -

Cor dos Olhos: -

Nome Pai: -

Nome Mãe: -

Logradouro: RUA X8

Nº: -

Quadra: X14

Lote: 23

Complemento: -

Referência: -

Município: GOIÂNIA-GO

Bairro: JARDIM BRASIL

Situação: -

Resultado: -

Altura: 0 cm

Peso: 0 kg

Porta Arma? NÃO

Antecedentes Criminais? NÃO

Óbito? NÃO

Lesão: SIM

Local da Lesão: -

Artigos Utilizados: -

Marcas Pessoais

Recebedor

Nome: -

Função: -

Encaminhamento - Destino: PRONTO SOCORRO

Ordem: 2 Qualificação: CONDUTOR

Nome: LARA BERNARDES LIMA/VITIMA

Telefone: -

Nascimento: 17/08/1987

Sexo: FEMININO Apellido: -

RG: 7841345

Expedidor: -

CPF: 02693553164

CNH: 03858309701

Categoria: B

UF: -

Estado Civil: -

Título de Eleitor: -

Escolaridade: -

Profissão: -

Naturalidade: -

B.O. ONLINE

Validação do Boletim de Ocorrência

Código de Validação: D61678403DAB3C1DA2945B498C4D03DF

Número da Ocorrência: 9921752

Não houve alteração na ocorrência desde a data de emissão.

Em caso de suspeita de adulteração da ocorrência, clique no botão abaixo para verificação.

Imprimir

Validar

Limpar

Voltar

Copyright © Secretaria da Segurança Pública do Estado de Goiás

EXTRATO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Cód. Ocorrência: 9921752

Cód. Notícia: 13941625

fls. 21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Abertura: 08/12/2014 08:04:10

Despacho: 08/12/2014 08:08:14

Chegada Vtr: 08/12/2014 08:49:59

Pré-Finalização: 08/12/2014 10:36:40

Unidade: BATALHÃO DE TRÂNSITO - BPMTRAN (01º CRPM)

VIATURAS ENVOLVIDAS

VTRL7026 - BPMTRAN (01º CRPM) - FIAT PALIO WEEKEND

Telefone Funcional: 6299303919

Função	Componentes
MOTORISTA	SD PM 34592 LEONARDO ROSA CORREIA
COMANDANTE	CB PM 26240 ODILON ALVES TAVARES FILHO

ENDEREÇO OCORRÊNCIA

Logradouro: AV ALPHAVILLE FLAMBOYANT

Nº: -

Quadra: -

Lote: -

Complemento: NA ROTATÓRIA

Referência: PROX DO PAÇO MUNICIPAL

Município: GOIÂNIA

Bairro: RESIDENCIAL ALPHAVILLE FLAMBOYANT

DADOS SOLICITANTE

Solicitante: JOÉLIA+

CPF: -

RG: -

Órgão Expedidor: -

Telefone: 6284283497

DADOS REZAS DA OCORRÊNCIA

101 - ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL

PESSOAS ENVOLVIDAS

Ordem: 1 Qualificação: CONDUTOR

Nome: CLEIDIANE BATISTA OLIVEIRA

Telefone: 96408591

Nascimento: -

Sexo: FEMININO Apellido: -

RG: 5519737

Expedidor: -

CPF: 03822034100

CNH: 05953136050

Categoria: AB

UF: -

Estado Civil: -

Título de Eleitor: -

Escolaridade: -

Profissão: -

Naturalidade: -

Cor da Pele: -

Cor do Cabelo: -

Cor dos Olhos: -

Nome Pai: -

Nome Mãe: -

Logradouro: RUA X8

Nº: -

Quadra: X14

Lote: 23

Complemento: -

Referência: -

Município: GOIÂNIA-GO

Bairro: JARDIM BRASIL

Situação: -

Resultado: -

Altura: 0 cm

Peso: 0 kg

Porta Arma? NÃO Antecedentes Criminais? NÃO Óbito? NÃO

Lesão: SIM

Local da Lesão: -

Artigos Utilizados: -

Marcas Pessoais

Recebedor

Nome: -

Função: -

Encaminhamento - Destino: PRONTO SOCORRO

Ordem: 2 Qualificação: CONDUTOR

Nome: LARA BERNARDES LIMA/VITIMA

Telefone: -

Nascimento: 17/08/1987

Sexo: FEMININO Apellido: -

RG: 7841345

Expedidor: -

CPF: 02693553164

CNH: 03858309701

Categoria: B

UF: -

Estado Civil: -

Título de Eleitor: -

Escolaridade: -

Profissão: -

Naturalidade: -



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:	
	038 220 341 00	Cleodiane Batista de Oliveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP - Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Waldin Gabriel Oliveira Silva		707 289 021 17	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Estudante	Rua João Davino	09	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Matuca	Maceio	AL	57035 554
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

RENDA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0221 6 CONTA: 54514 7

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

AGÊNCIA: _____ 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:
		08/12/2014
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Filho		
Vítima teve filhos?	☒ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: 3
		Falecidos:
		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 àquele beneficiário 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Maceio 15-04-2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Kalvne Almeida Marcelino

CPF: 072.997.194-43

Assinatura

2ª | Nome: Walk Pablo Fernandes Silva

CPF: 080.515.284-92

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.



PODER
JUDICIÁRIO
DE ALAGOAS

Juízo de Direito - 3ª Vara Cível da Capital
Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes,
Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3509, Maceió-AL - E-mail:
vcivel3@tjal.jus.br

Autos nº: 0719839-72.2019.8.02.0001

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: Waldir Gabriel Oliveira Silva e outro

Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

DECISÃO

1. Inicialmente, verifica-se que a parte autora juntou os documentos que comprovam a necessidade da concessão do benefício da assistência judiciária gratuita, razão pela qual DEFIRO referida pretensão.
2. No mais, haja vista a grande quantidade de processos em trâmite nesta vara e a superlotação da pauta de audiência, o que acaba inviabilizando a realização da audiência preliminar. Atento, ainda, ao princípio da razoável duração do processo, deixo para momento oportuno a análise da conveniência de designar a realização de Audiência de Conciliação de que trata o artigo 334 do Novo Código de Processo Civil, especialmente considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo.
3. Determino, pois, a CITAÇÃO a parte ré para oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de que se presumam verdadeiros os fatos alegados na inicial, porquanto a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.
4. Cumpra-se.

Maceió , 29 de julho de 2019.

Henrique Gomes de Barros Teixeira
Juiz de Direito



PODER
JUDICIÁRIO
DE ALAGOAS
ESTADO DE ALAGOAS
PODER JUDICIÁRIO

Juízo de Direito da 3ª Vara Cível da Capital

Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes, Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3509, Maceió-AL - E-mail: vcivel3@tjal.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO

Processo Digital nº: 0719839-72.2019.8.02.0001
Classe – Assunto: **Procedimento Ordinário - Seguro**
Autor: Waldir Gabriel Oliveira Silva
Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Destinatário:

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro

Rio de Janeiro-RJ

CEP 20031-205

Fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** para oferecer resposta no prazo e com as advertências abaixo assinalados .

PRAZO: O prazo para oferecer resposta aos termos da petição inicial, a qual deverá ser apresentada por petição, é de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC).

ADVERTÊNCIAS:

01) Não sendo oferecida contestação no prazo marcado, o réu será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344 do CPC).

OBSERVAÇÃO: Este processo tramita eletronicamente. A íntegra do processo poderá ser visualizada mediante acesso ao sítio do Tribunal de Justiça de Alagoas, na internet, no endereço www.tjal.jus.br, sendo considerado vista pessoal (art. 9º, § 1º, da Lei Federal nº11.419/2006). Petições, procurações, contestação etc, devem ser trazidos ao Juízo por peticionamento eletrônico.

Maceió, 30 de julho de 2019. Sandra Buarque Nunes de Lima - Analista



AVISO DE RECEBIMENTO

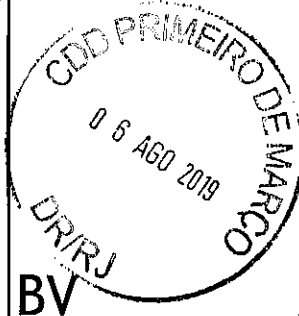
Digital

02/08/2019
 LOTE: 2130



ATENÇÃO:
Posta restante de
20 (vinte) dias
corridos.

CARIMBO
UNIDADE DE ENTREGA



RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTEIRO


 Anna Claudie
 Tel.: 0.957 275

DESTINATÁRIO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro

Rio de Janeiro, RJ

20031-205

AR061822481VU



TENTATIVAS DE ENTREGA

1^a _____/_____/_____ : _____ h

2^a ____/____/____ : ____ h

3^a ____/____/____ : ____ h

MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO

1 Mudou-se

5 Recusado

2 Endereço insuficiente

6 Não procurado

3 Não existe o número

7 Ausente

4 Desconhecido

8 Falecido

9.2 Outros

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO ARQUIVO: _____

Centralizador Regional

PARA USO EXCLUSIVO DO REMETENTE (OPCIONAL)

ASSINATURA DO RECEBEDOR

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR

DATA DE ENTREGA

Nº DOCUMENTO DE IDENTIDADE

ELIANE DE SOUZA CRUZ VIEIRA
FONE: 20.993.830-7