

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: VALDENI SANTOS DE LIMA

Nº Sinistro: 3180455605

Vitima: MANOEL EMIDIO DE LIMA

Data do Acidente: 15/07/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180455605**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **VALMI SANTOS DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180455605**

Vitima: **MANOEL EMIDIO DE LIMA**

Data do Acidente: **15/07/2016**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180455605**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Certidão de óbito infor. incorretas
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180455605

Vítima: MANOEL EMIDIO DE LIMA

Data do Acidente: 15/07/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALMI SANTOS DE LIMA

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

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

322.325.962-04

Nome completo da vítima

MANOEL EMÍDIO DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	VALDELUCIA DOS SANTOS DE LIMA	CPF titular da conta	020.876.302-52	Profissão	DO LAR
Endereço	2A DOS NAVEGANTES	Número	1433	Complemento	ABA
Bairro	DISTRITO EXTREMA	Cidade	PORTO VELHO	Estado	RONDÔNIA
Email	REWSO	CEP	76.847-000	Telefone (DDD)	(69)99239-0626

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
4326		9546	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PORTO VELHO, 21 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

Valdelucia dos S. de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

322.375.962-04

Nome completo da vítima

VALMI SANTOS DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	VALMI SANTOS DE LIMA	CPF titular da conta	022.926.482-45	Profissão	AUTÔNOMO
Endereço	RUA DOS NAVEGANTES	Número	1433	Complemento	USA
Bairro	DISTRITO EXTREMA	Cidade	PORTO VELHO	Estado	RONDÔNIA
Email	REWSO	CEP	76.867-000	Telefone (DDD)	(69) 99239-0626

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: BANCO DA AMAZÔNIA NRO. 003 AGENCIA NRO. 178 D/V 3 CONTA NRO. 01273 D/V 7 (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Porto Velho, 21 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

322.375.962-04

Nome completo da vítima

MANOEL EMÍDIO DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	VALDEMI SANTOS DE LIMA	CPF titular da conta	056.074.872-88	Profissão	REWUSO
Endereço	RUA DOS NAVEGANTES	Número	1433	Complemento	CASA
Bairro	DISTRITO EXTREMA	Cidade	PORTO VELHO	Estado	RONDÔNIA
Email	REWUSO	CEP	76.847-000	Telefone (DDD)	(69) 99239-0626

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

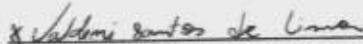
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PORTO VELHO, 21 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83481979
 Comunicação: C2031904
 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

475 749

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1817700 - AULER LEAL DAS NEVES

Município/UF: PORTO VELHO/RO

Fase do dia: Plena noite

Condições da Pista:

Data/Hora do Acidente (hora local): 15/07/2016 19:00 BR: 364 KM: 1.042,0

Sentido da Via: Decrescente

Tipo de Acidente: Colisão traseira

Seca

Restrições de Visibilidade: Outros

Condição meteorológica: Ceu Claro

Sinalização existente: Vertical, Horizontal

Sinalização luminosa: Inexistente

Houve danos ao patrimônio da União?

Não

Data e horário da solicitação: 15/07/2016 19:30

Houve solicitação de perícia?

Sim

Data e horário do

16/07/2016 01:40

A perícia compareceu ao local do sinistro? Sim

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDICÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Não edificada

Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 0

Possui defensa? Não existe Possui melo-fio? Não existe Possui sarjeta? Não existe

Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de Inclinação:

Obstáculo ao Cruzamento: Estado de Conservação do Obstáculo:

Não Informado

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Livre Qtd. de Faixas: 02

Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Superelevação: Não

Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Traçado: Reta Curva Vertical:

Superlargura: Não Largura da Pista (m): 0 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/10/2016 10:13:51

NÚMERO DE CONTROLE: e57222895143278



CROQUI

Local Preservado

Centraal

60

Porto Velho/RO →

LEGENDA:

- Legend for traffic accident diagrams:

 - Automóvel
 - Veículo Trator
 - Pedestre
 - Ponto B
 - Ponto P
 - Ponto C
 - Ônibus
 - Animal
 - Capotagem
 - Caminhão
 - Tombamento
 - Incêndio
 - Local da colisão
 - Marcha à ré
 - Placa de Trânsito
 - Tram
 - Conjugado
 - Objeto Fixo
 - Ponto A'
 - Ponto A
 - Antes da Colisão
 - Marca de Frenagem
 - Veículo Ausente
 - Reboque/Semi-reboque
 - Triângulo de Amarração
 - Veículo de 2 ou 3 rodas
 - Marcha à frente
 - Patinagem ou Derrepagem
 - Depois da Colisão

Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A'

Referência do Ponto B:

Referência do Ponto A/A'

Distância AC (m):

Distância BC (m):

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)
---------	----	--------------------	--------------------	----	--------------------	--------------------

Narrativa da Ocorrência:

No dia 15/07/2016, às 19:00h, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente ocorrido na BR 364, KM 1042, no distrito de Extrema, Municipio de Rio Branco. No local, os veículos e o corpo estavam em sua posição de repouso; O local foi preservado. Uma equipe da Policia Militar do distrito guamecia o local.

O acidente ocorreu quando V2 seguia o fluxo normal da via, deslocando-se no perímetro urbano do distrito de Extrema, Porto Velho/RO no sentido decrescente da via, e impactado em sua traseira por V1, que se deslocava no mesmo sentido de direção. No local havia uma placa de regulamentação R-19 (Velocidade máxima permitida), de 60km/h.

O exame fornece uma representação esquemática do evento. Os condutores não foram submetidos ao teste de alcoolemia, etilômetro, pela indisponibilidade do equipamento durante o atendimento. Não foram encontrados sinais/lesões de intoxicação de qualquer substância psicomotora.

Os demais envolvidos, todos ilesos, encontram-se identificados ao longo deste Boletim. O Dr. Gilson (mat. 3000728562) e pelo APC Janison (mat. 300022633) compareceu ao local do acidente às 01:40h do dia 16/07/2015.

A perícia, composta pelo Perito Edson Rigoli (mat. 300078562) e pelo APC Jânison (mat. 300022000), constatou que a vítima foi enviada ao IML, através da Guia de Remoção de Cadáver e Exame Tanatoscópico nº 22/2016/9º DP, sob responsabilidade do Oficial Meireles Aguiar (mat. 300022000).

A vítima foi enviada ao IML, onde faleceu (número de identificação 300098898).

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/10/2016 10:13:51
NÚMERO DE CONTROLE: e572222895143278



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:

83481979

Comunicação:

C2031904

Encerrada

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NUF-9920	Sequencial: V1	Descrição: Cor: PRETA	Chassi: 8AJFZ29G5A6116898	Renavam: 00255114290
Marca/Modelo:		Ano: 2010	Tipo: Caminhoneta	Emplacamento: CUIABA/MT
Ocupantes: 2	Especie: Categoría:			
Proprietário: WILMAR FRAGA SILVA			CPF/CNPJ: 241.849.851-49	CEP: 78.005-580
Endereço: RUA MINISTRO JOAO ALBERTO 01			Telefones:	
Município/UF:				
Celular:				
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA				
Placa U1: PORTO VELHO/RO	Placa U2: PORTO VELHO/RO - BRASIL	Placa U3: PORTO VELHO/RO - BRASIL	Placa U4: PORTO VELHO/RO - BRASIL	
Origem: PORTO VELHO/RO		Destino: PORTO VELHO/RO - BRASIL		

CIRCUINTO DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo	Saída de Pista? Não	Derrapagem? Não	Capotagem? Não	Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo			Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 110,0	Estado dos Pneus: Bom			
-------------------------------	-----------------------	--	--	--

Descrição do Recolhimento:				
----------------------------	--	--	--	--

DADOS DA CARGA				
Carregamento:	Houve Derramamento de Carga? Não	Extensão dos Danos:	Moeda:	Real-R\$
Valor Total da Carga:	R\$0,00	Produto Perigoso:		

Descrição da Carga:				
---------------------	--	--	--	--

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO				
Tipo de Receptor: Condutor Habilitado	Data/Hora da Recepção (hora local): 16/07/2016 04:30	Motivo:	Entrega	

Responsável pela Recepção: Hilder Afonso Fraga Batista				
--	--	--	--	--

Documento do Responsável: 01503047229				
---------------------------------------	--	--	--	--

Município/UF: PORTO VELHO/RO	Descrição do Encaminhamento: O veículo foi deixado sob a responsabilidade do irmão da condutora, filho do proprietário.			
------------------------------	---	--	--	--

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MZR-8821	Sequencial: V2	Descrição: HONDA XL	Chassi: 9C2JD170WVR003694	Renavam: 00138376492
Marca/Modelo:		Cor: VERMELHA	Ano: 1998	Tipo: Motocicletas
Ocupantes: 1	Especie: Passageiro	Categoría:	Particular	Emplacamento: RIO BRANCO/AC
Proprietário: MANOEL EMÍDIO DE LIMA				CPF/CNPJ: 322.375.962-04
Endereço: AV ERAMINONDAS JACOME NR 2858 CENTRO				CEP: 69.900-000
Município/UF:			Telefones:	
Celular:				
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA				
Placa U1: PORTO VELHO/RO	Placa U2: PORTO VELHO/RO - BRASIL	Placa U3: PORTO VELHO/RO - BRASIL	Placa U4: PORTO VELHO/RO - BRASIL	
Origem: PORTO VELHO/RO - BRASIL		Destino: PORTO VELHO/RO - BRASIL		

CIRCUINTO DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo	Saída de Pista? Não	Derrapagem? Não	Capotagem? Não	Tombamento? Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo			Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0	Estado dos Pneus: Bom			
-----------------------------	-----------------------	--	--	--

Descrição do Recolhimento:				
----------------------------	--	--	--	--

DADOS DA CARGA				
Carregamento:	Houve Derramamento de Carga? Não	Extensão dos Danos:	Moeda:	Real-R\$
Valor Total da Carga:	R\$0,00	Produto Perigoso:		

Descrição da Carga:				
---------------------	--	--	--	--

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO				
Tipo de Receptor: Tercelos	Data/Hora da Recepção (hora local): 16/07/2016 04:30	Motivo:	Entrega	

Responsável pela Recepção: Simone dos Santos de Paula				
---	--	--	--	--

Documento do Responsável: 93622902272				
---------------------------------------	--	--	--	--

Município/UF: PORTO VELHO/RO	Descrição do Encaminhamento: O veículo foi entregue à filha do condutor e proprietário do veículo.			
------------------------------	--	--	--	--

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/10/2016 10:13:51

NÚMERO DE CONTROLE: e572222895143278



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83481979
Comunicação: C2031904
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVIADO

Veículo: V1/NUF-9920

Nome/Apellido: Elizabeth Jesus Fraga
Data de Nascimento: 05/06/1986 Sexo: Feminino Estado Civil: Solteiro

Nome do Pai: Wilmer Fraga Silva
Nome da Mãe: Joana Darque de Jesus
Endereço: BR 364, KM 13, AGROVILA PORTO VERDE
Município/UF: PORTO VELHO/RO Telefones: 69 99365-7108 Celular: (69) 996094550 CEP: -

Grau de Instrução: Superior

Naturalidade: CUIABA/MT Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 008.763.851-70 Documento de Identificação: 15251535 Orgão Expedidor: SSP /MT

Origem: PORTO VELHO/RO - BRASIL Destino: PORTO VELHO/RO - BRASIL

Estado Físico: Ileso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não

Existe Declaração em Anexo? Sim

Transcrição da Declaração:
Estávamos vindo do posto eu e o meu pai quando avistei o motociclista não deu de freia estava em cima e sem sinalização e tentei desviar mas tinha um caminhão vindo na outra direção e acabamos colidindo. Tínhamos acabado de chegar em extrema e encontramos uns amigos e resolvemos dar carona pois eles estavam cheio de sacola/foi quando deixamos eles no posto e voltamos. Sinalização na mao estava muito escuro não deu para ver nada na hora.

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 06065229095/RO Primeira Habilitação: 12/05/2014
Validade CNH: 11/05/2019 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 2,0 Horas Dirigindo: 00:03

Pertences:
Informações Complementares: Não foi realizado o teste de etilômetro pois não havia equipamento disponível.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):
Documento do Responsável: Motivo:
Município/UF:
Descrição do:

CONDUTOR ENVIADO

Veículo: V2/MZR-8821 HONDA XL

Nome/Apellido: Mamede Emídio de Lima
Data de Nascimento: 13/08/1958 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro

Nome do Pai:
Nome da Mãe: Josefa Emídio de Lima CEP: -
Endereço: Rua Presidente Dutra, 135, Bairro São Luiz - Extrema
Município/UF: PORTO VELHO/RO Telefones: 69 3252-2299 Celular:

Grau de Instrução: Analfabeto

Naturalidade: TARAUACA/AC Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: PEDREIRO
CPF: 322.375.962-04 Documento de Identificação: 150951 Orgão Expedidor: SSP /AC

Origem: PORTO VELHO/RO - BRASIL Destino: PORTO VELHO/RO - BRASIL

Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Não Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:
Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 2,5 Horas Dirigindo: 00:03

Pertences:
Informações Complementares:

Tipo de Receptor: DML Responsável pela Recepção: Oriani Meireles Aguiar Data/Hora da Recepção (hora local): 16/07/2016 04:00
Documento do Responsável: 98898 Motivo: Auxílio
Município/UF: PORTO VELHO/RO
Descrição do: O cadáver foi liberado para o funcionário da Polícia Civil do Distrito de Extrema e encaminhado para o IML.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA VERIFICAÇÃO: 26/10/2016 10:13:51
NÚMERO DE CONSELHEIRO: e57222895143278



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83481979
Comunicação: C2031904
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido:	Passageiro	Veículo	V1/NUF-9920 /	Sexo:	Masculino	Data de	25/06/1961
Nome/Apellido:	Wilmar Fraga Silva						
Nome do Pai:	Lidio Alfonso Silva						
Nome da Mãe:	Iracy Fraga						
Endereço:	BR 364, KM 13, Agrovila Porto Verde						
Município/UF:	PORTO VELHO/RO	Naturalidade:	NORTELANDIA/MT	Nacionalidade:	BRASIL	CEP:	
CPF:	241.849.851-41	Documento de Identificação:	274492	Orgão Expedidor:	SSP/MT	Telefones:	69 99986-3033
Estado Civil:	Casado	Grau de Instrução:	Médio	Origem:	PORTO VELHO/RO -	Destino:	PORTO VELHO/RO -
Ocupação Principal:		Socorrido pela PRF?	Não	Usava Cinto?	Ignorado	Usava Capacete?	Não Aplicável
Estado Físico:	Boa						
Existe Declaração em Anexo?	Não						
Transcrição da Declaração:							

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor:	Responsável pela Recepção:	
Documento do Receptor:	Responsável:	Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF:		
Descrição do Encaminhamento:	Motivo:	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/10/2016 10:13:51
NÚMERO DE CONTROLE: e572222895143278



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo:	V1	Placa:	NUF-9920								
Nome do Agente/Assinatura:	AULER LEAL DAS NEVES	Nº BOAT:	83481979								
Registro/Matrícula do Agente:	1817700	Data:	15/07/2016 19:00								
ITENS DANIFICADOS											
Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corte logo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1	X			29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1		X		34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central direito	3		X		41	Assoalho central direito	3		X	
17	Longarina central esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1	X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão dianteira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Porta traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":				4	
25	Porta traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":				0	
						Total de pontos "SIM" + "NA":				4	

Item	Descrição do componente	ITENS NÃO PONTUÁVEIS		SIM	NA
		SIM	NAO		
49	Farol dianteiro	X		55	Faróis
50	Alavanca de direção	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)
51	Defletor de ar	X		57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)
52	Acelerador	X		58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)
53	Freio	X		59	Rodas/pneus
54	Parafusos e engrenagens	X			

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano leve: Até 10 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
 Dano moderado: De 11 a 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
 Dano grave: Acima de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Outros:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
 Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
 Quando não foi possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SENTE: NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VEÍCULO: 00000000000000000000 CIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA: 26/10/2016 10:13:51
 NÚMERO DO RENAVAM: 657222895143278



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMElhADOS

Veículo: V2	Placa: MZR-8821			
Nome do Agente/Assinatura: AULER LEAL DAS NEVES	Nº BOAT: 83481979			
Registro/Matrícula do Agente: 1817700	Data: 15/07/2016 19:00			
Item Descrição - Componentes Não Estruturais				
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X	
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X	
3	Amortecedor(es) trás. (inclusive fixação no chassi).	2	X	
4	Motor e suas fixações.	2	X	
5	Eixo dianteiro traseiro	2	X	
6	Rodas (rotores, raios, flanges, coroa, etc.)	2	X	
7	Asa dianteira e traseira.	2	X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2	X	
9	Assento e apoio do motorista e passageiro	1	X	
10	Engrenagem traseiro deformado (se houver).	1	X	
11	Alavanca de embreagem	1	X	
12	Arreios (sacadas e firmozas)	1	X	
13	Capacete, tampa do tanque e mangueiras.	2	X	
14	Corpo do motor, raios, flanges, etc.)	2	X	
A	Componentes estruturais	3	X	
B	Componentes sup. (folga anormal, danos)	3	X	
C	Motor (desgastes, rompimentos, etc.)	3	X	
D	Corpo do motor (desgastes, desm体现amentos, rompimentos, etc.)	3	X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":				
36				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VÉHICULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

que tenha sido danificado: 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente

que tenha sido danificado: 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais

componentes estruturais, independentemente de que tenham sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Quando não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

na

na

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

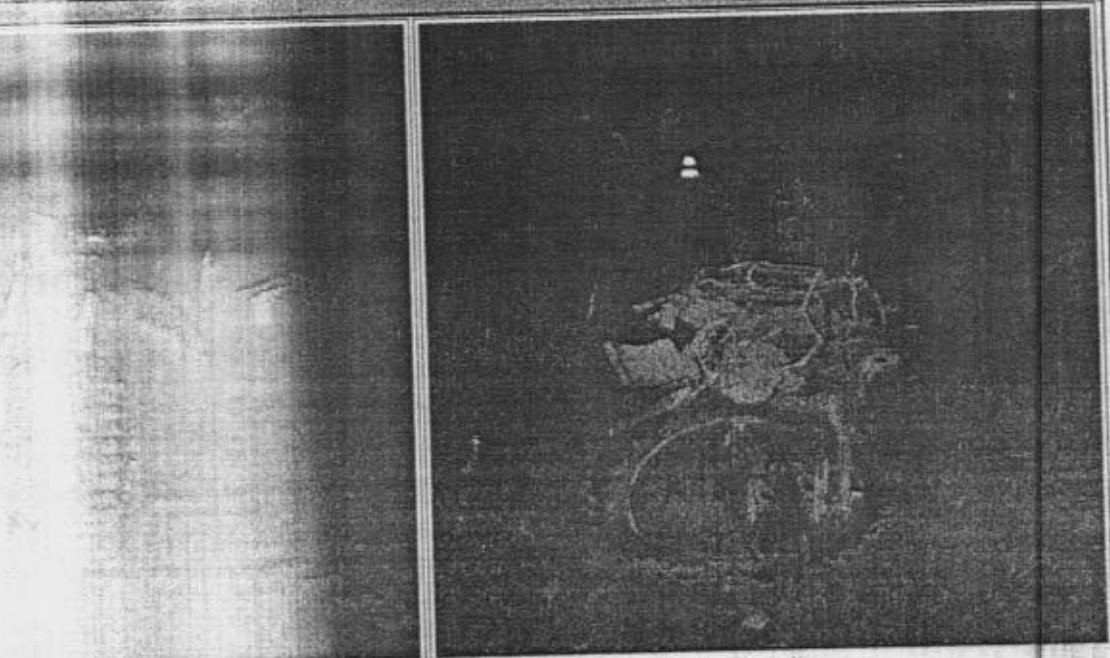
NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFIQUE A AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

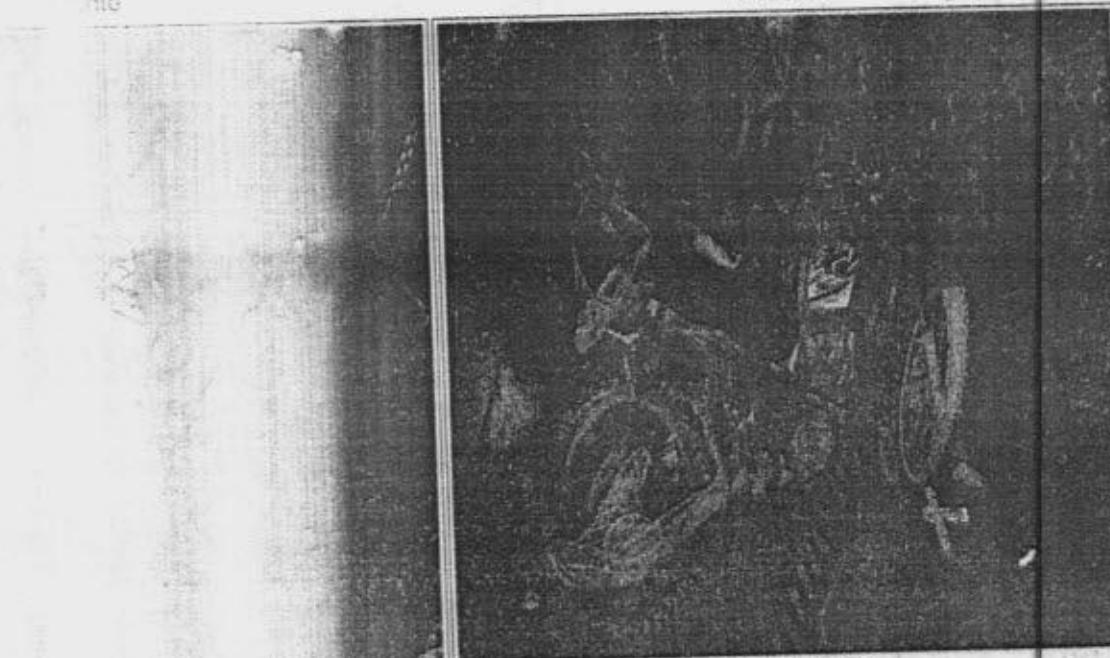
DATA: 26/10/2016 10:13:51
NÚM. ORIG.: e572222895143278

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo	V2	Placa:	MZR-8821
Nome do Agente/Aassinatura:	AULER LEAL DAS NEVES	Nº BOAT:	83481979
Reg.:	Agente: 1817700	Data:	15/07/2016 19:00



Traseira



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

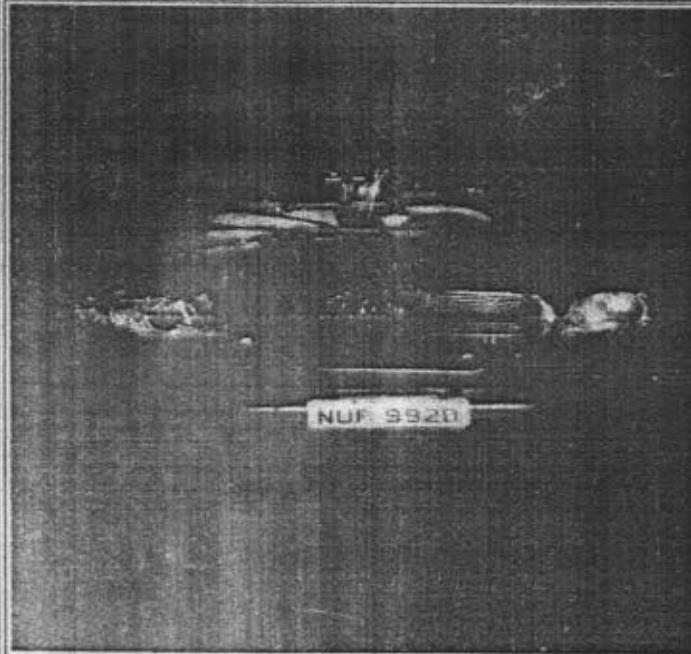
<http://www.dprf.gov.br>

2010 51
2011 73

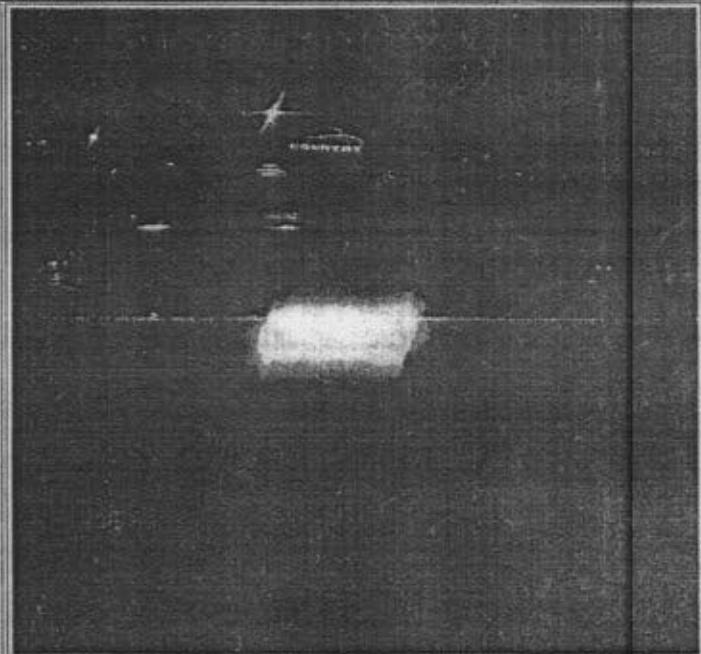


RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

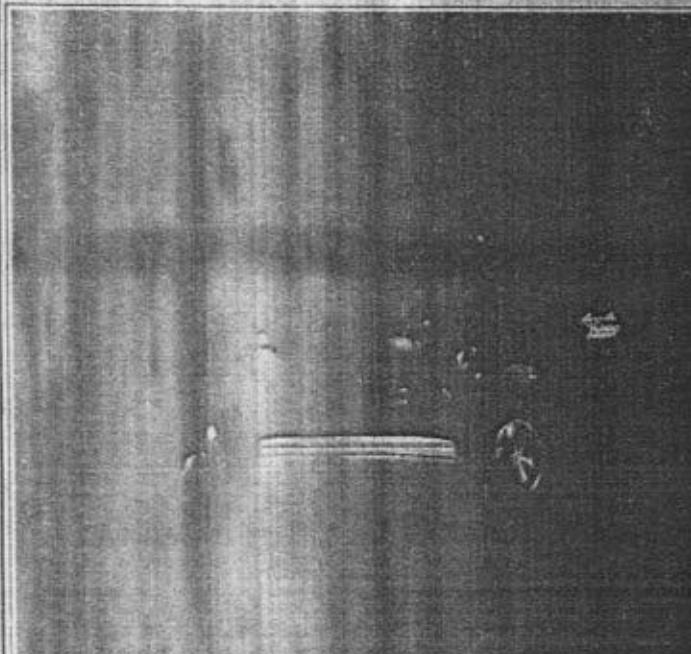
Veículo: V1	Placa: NUF-9920
Nome do Agente/Assinatura: AULER LEAL DAS NEVES	Nº BOAT: 83481979
Registro/Matricula do Agente: 1817700	Data: 15/07/2016 19:00



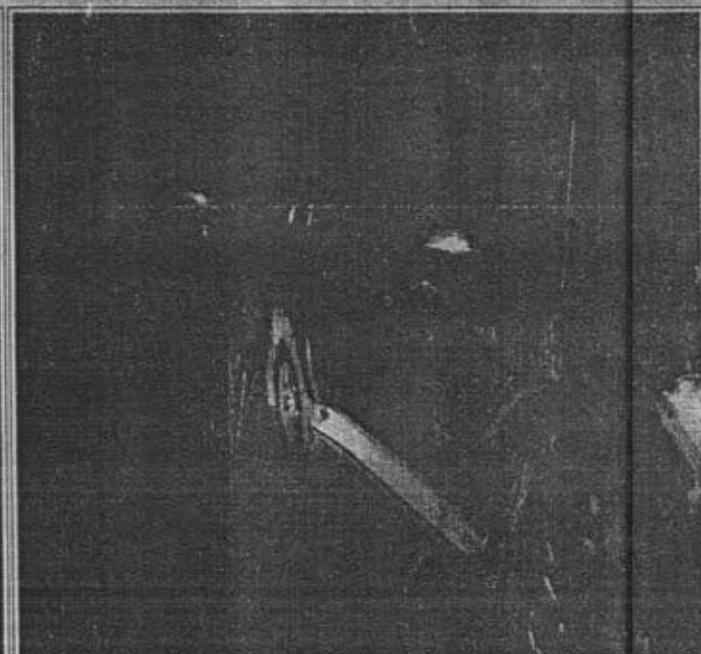
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 26/10/2016 10:13:51
NÚMERO DE CONTROLE: e57222895143278



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO
Nome
MANOEL EMIDIO DE LIMA
Matrícula

157586 01 55 2016 4 00002 206 0000506 47



Sexo Masculino	Cor Parda	Estado civil, idade e profissão Casado, 57 anos e serviços gerais
-------------------	--------------	--

Naturalidade Taraucá-AC ..	Documento de identificação 150951/SSP/AC ..	Eleitor Sim
-------------------------------	--	----------------

Fixação e residência
JOSEFA EMIDIO DE LIMA, o falecido residia na na Rua Travessa dos Navegantes, nº 1433, Bairro São Luiz, em Distrito de Extrema, Porto Velho-RO ..

Data e hora do falecimento
Quinze de julho de dois mil e dezesseis , às 18h 32min ..

Dia
15

Mês
07

Ano
2016

Local do falecimento
a Rodovia Br 364, em Distrito de Extrema, Porto Velho-RO ..

Causas
Traumatismo Raquimedular, Acidente de Trânsito ..

Sepultamento / Cremação (Município e cemitério, se conhecido)
Cemitério Municipal Distrito de Extrema,
Porto Velho-RO ..

Declarante
VALMI SANTOS DE LIMA ..

Nome e número de documento do médico que atestou o óbito
Dr. L'u Cabral, CRM nº 5134-RO ..

Observações / Averbações
Nasceu em data de 13/08/1958. Pelo declarante foi-me dito, que o falecido não deixou bens a inventariar e nem testamento, e que o mesmo era eleitor. Deixou três (3) filhos: VALDELUCIA DOS SANTOS DE LIMA, VALDENI SANTOS DE LIMA e VALMI SANTOS DE LIMA e tinha uma (1) filha falecida: GEOGLIANE SANTOS DE LIMA. Apresentado a Declaração de Óbito do Ministério da Saúde nº 24477051-4, CPF/MF nº 322.375.962-04 Emolumentos : Isento (Face a Lei Federal nº 9.534/97). Selo Digital de Fiscalização : Isento K3AAA10778-B5327 Isento. ..

Nome do Ofício
5º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS

Oficial Registrador
Roberta de Farias Feitosa

Município /UF
Porto Velho - Estado de Rondônia

Endereço
Av. sete de setembro, n. 2347, B. Nossa Senhora das Graças - CEP: 76.804-141 - Fone: (69) 3223-1515

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Porto Velho -RO, 16 de julho de 2016.

Luis Gonzaga Feitosa
Oficial/Substituto

ARPENBRASIL AA 000369325 BRP
Autenticação digitalizada na sede da Arpen Brasil - Rua Presidente Vargas, 100 - Centro - CEP: 78001-000 - Porto Velho - RO

3 Ofício de Registro Civil e Tabelionato de Notas

Selo Digital de Fiscalização A3AEC27810-F6D75
Confira validade em www.tjro.jus.br/consulta/selo

Autentico a presente fotocópia por conferir com original que me foi apresentado. Dou fé. *0216* GIV/NYDd-19003E-10*

Porto Velho-RO, 10 de setembro de 2018.

Em Teste da Verdade.

Douglas da Cruz Magno
Escrevente

Emolumentos: R\$2,54, Fólio: R\$0,51, Selo: R\$1,04, Fundep: R\$0,19, Fundimper: R\$0,19, Fumorpge: R\$0,19, Total = R\$4,56



ESPAÇOS
EM BRANCO

Distribuição Rondônia

CENTRAIS ELÉTRICAS DE RONDÔNIA S.A. - CERON
Av. Imigrantes, 4137 - Industrial - Porto Velho - Rondônia
CNPJ: 05.914.656/0001-66 | Insc. Estadual: 255637
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-01
Registro especial de imposto autorizado pelo SEFAZ/RO/09

este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal 000112328
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi estabelecida
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2017	14/04/2017	30	436,60

MARIA DOS SANTOS
R. DOS NAVEGANTES 1433

CEP: 76.847-000 - EXTREMA

DADOS DA LEITURA	kWh	kVA/h
Atual:	7559	
Anterior:	7534	
Constante de Multiplicação:	1.000	
Consumo Médio:	25	
Consumo Faturado:	30	FCAM

ROT: 11.107.03.06.000667

DATA DA LEITURA
Atual: 07/04/2017
Anterior: 06/03/2017
Próxima Leitura: 05/05/2017
Entrega: 07/04/2017
Apresentação: 07/04/2017

MINIMO

30

RESIDENCIAL		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Período	Código falt.	Média 12 meses
MONO		NKA13003206		1	
DESCRIÇÃO DA CONTA					
HISTÓRICO x mês Mês/Ano CONSUMO PARTE ENT. 30 A R\$ 0,576274 = MAR/17 0 FEVEREIRO 0 JAN/17 141 DEZ/16 134 NOV/16 237 OUT/16 215 SET/16 248 AGO/16 226 JUL/16 162 JUN/16 213 TARIFA SEM TRIBUTO: 0,4 30 0,456180					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
03/2017 436,79

Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/04/2017, em função das contas reagendadas neste faturamento. O seu pagamento poderá gerar, também a inclusão do nome do consumidor no SPN e SENAC. Informamos ainda existirão contas(s) vencida(s) e já reavisa(s) no valor de R\$ 2.061,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

REDUÇÃO MÉDIA DE TARIFA EM ABRIL: 4,74%, DEVOLVENDO PREVISÃO DO EN CARGO DE ENERGIA DE RESERVA DA USINA ANGRA III/CREH ANEEL 2214/17) MAIS INFORMAÇÕES WWW.ANEEL.GOV.BR E CANAIS DE COMUNICAÇÃO.

RESERVADO AO FISCO

BB18.B3D0.5436.6206.D919.FDF4.D449.5893

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Distribuição:	3,78
Energia:	7,25
Transmissão:	0,11
Encargos:	2,56
Tributos:	3,58

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Base de Cálculo:	17,28
Aliquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	2,93
Valor do PIS:	0,11
Valor do COFINS:	0,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE

14,07	28,14	56,29	6,93	13,86	27,72	7,00
0,00						0,00

EXTREMA

02/2017 6,15

ROT: 11.107.03.06.000667

Eletrobras
Distribuição Rondônia

CENTRAIS ELÉTRICAS DE RONDÔNIA S.A. - CERON
Av. Imigrantes, 4137 - Industrial - Porto Velho - RO - 76521-003
CNPJ: 05.914.656/0001-66 | Insc. Estadual: 255637

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1307308-7	436,60
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
04/2017	14/04/2017

Nº da Nota Fiscal: 0001123

83620000004 7 36600020000 1 00000001307 8 3087 130



SEQ.: 00157 UC: 1307308-7 DT.LEIT.: 07/04/2017 T.ENTR.: 01
LEITURA: 7559 MINIMO TOTAL: 436,60 CARGA: 001
DT.VENC.: 14/04/2017 IRREG.: 000 COLETOR: 2713

Distribuição Rondônia

CENTRAIS ELÉTRICAS DE RONDÔNIA S.A. - CERON
Av. Imigrantes, 4137 - Industrial - Porto Velho - Rondônia
CNPJ: 05.914.656/0001-66 | Insc. Estadual: 255637
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-01
Registro especial de imposto autorizado pelo SEFAZ/RO/99

este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal 000112328

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi estabelecida
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)

CONTAS	VENCIMENTO	14/04/2017	30	436,60
--------	------------	------------	----	--------

MARIA DOS SANTOS
R. DOS NAVEGANTES 1433

CEP: 76.847-000 - EXTREMA

DATA DA LEITURA	kWh	kVA/h
Atual:	7559	
Anterior:	7534	
Constante de Multiplicação:	1.000	
Consumo Médio:	25	
Consumo Faturado:	30	FCAM

ROT: 11.107.03.06.000667

DATA DA LEITURA	
Atual:	07/04/2017
Anterior:	06/03/2017
Próxima Leitura:	05/05/2017
Entrega:	07/04/2017
Agendamento:	07/04/2017

MINIMO

30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código fut.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MKA13003206	1		
DESCRIÇÃO DA CONTA					
HISTÓRICO kWh		CONSUMO	30 A R\$ 0,576274 =		
Médiano consumo:		PARC	FBITOS 7/12		
MAR/17 0					
FEV/17 0					
JAN/17 141					
DEZ/16 134					
NOV/16 237					
OUT/16 215					
SET/16 248					
AGO/16 226					
JUL/16 162					
JUN/16 213					
TARIFA SEM TRIBUTO:					
0 A 30 0,456180					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
03/2017 436,79

Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/04/2017, em função das contas reagendadas neste faturamento. O seu pagamento poderá gerar, também a inclusão do nome do consumidor no SPN e SENAC. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 2.061,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

REDUCAO MEDIA DE TARIFA EM ABRIL:4,74%, DEVOLVENDO PREVISAO DO EN CARGO DE ENERGIA DE RESERVA DA USINA ANGRA III/CREH ANEEL 2214/17) MAIS INFORMACOES WWW.ANEEL.GOV.BR E CANAIS DE COMUNICACAO.

RESERVADO AO FISCO

BB18.B3D0.5436.6206.D919.FDF4.D449.5893

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ 436,79

Distribuição:	3,78
Energia:	7,25
Transmissão:	0,11
Encargos:	2,56
Tributos:	3,58

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo:	17,28
Aliquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	2,93
Valor do PIS:	0,11
Valor do COFINS:	0,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE

14,07	28,14	56,29	6,93	13,86	27,72	7,00
0,00						0,00

EXTREMA

02/2017 6,15

ROT: 11.107.03.06.000667

Eletrobras
Distribuição Rondônia

CENTRAIS ELÉTRICAS DE RONDÔNIA S.A. - CERON
Av. Imigrantes, 4137 - Industrial - Porto Velho - RO - 76521-003
CNPJ: 05.914.656/0001-66 | Insc. Estadual: 255637

SEU CÓDIGO 1307308-7 TOTAL A PAGAR - R\$ 436,60

MÊS FATURADO 04/2017 VENCIMENTO 14/04/2017

Nº da Nota Fiscal: 0001123 FCAM

83620000004 7 36600020000 1 00000001307 8 3087 130



SEQ.: 00157 UC: 1307308-7 DT.LEIT.: 07/04/2017 T.ENTR.: 01
LEITURA: 7559 MINIMO TOTAL: 436,60 CARGA: 001
DT.VENC.: 14/04/2017 IRREG.: 000 COLETOR: 2713

Distribuição Rondônia

CENTRAIS ELÉTRICAS DE RONDÔNIA S.A. - CERON
Av. Imigrantes, 4137 - Industrial - Porto Velho - Rondônia
CNPJ: 05.914.656/0001-66 | Insc. Estadual: 255637
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-01
Registro especial de imposto autorizado pelo SEFAZ/RO/09

este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal 000112328

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi estabelecida
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2017	14/04/2017	30	436,60

MARIA DOS SANTOS
R. DOS NAVEGANTES 1433

CEP: 76.847-000 - EXTREMA

dados da leitura	kWh	kVA/h
Atual:	7559	
Anterior:	7534	
Constante de Multiplicação:	1.000	
Consumo Médio:	25	
Consumo Faturado:	30	FCAM

ROT: 11.107.03.06.000667

dados da leitura
Atual: 07/04/2017
Anterior: 06/03/2017
Próxima Leitura: 05/05/2017
Entrega: 07/04/2017
Apresentação: 07/04/2017

MINIMO

30

dados da unidade consumidora					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Período	Código falt.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	NKA13003206		1	
DESCRIÇÃO DA CONTA					
HISTÓRICO kWh					
Médiano consumo:					
MAR/17	0	CONSUMO	30 A R\$ 0,576274 =		
FEV/17	0	PARTE ENT	FBITOS 7/12		
JAN/17	141				
DEZ/16	134				
NOV/16	237				
OUT/16	215				
SET/16	248				
AGO/16	226				
JUL/16	162				
JUN/16	213				
TARIFA SEM TRIBUTO:	0 A 30 0,456180				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
03/2017 436,79

Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/04/2017, em função das contas reagendadas neste faturamento. O seu pagamento poderá gerar, também a inclusão do nome do consumidor no SPV e SERASA. Informamos ainda existirão contas(s) vencida(s) e já reavisa(s) no valor de R\$ 2.061,68 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

REDUÇÃO MÉDIA DE TARIFA EM ABRIL: 4,74%, DEVOLVENDO PREVISÃO DO EN CARGO DE ENERGIA DE RESERVA DA USINA ANGRA III/CREH ANEEL 2214/17) MAIS INFORMAÇÕES WWW.ANEEL.GOV.BR E CANAIS DE COMUNICAÇÃO.

RESERVADO AO FISCO

BB18.B3D0.5436.6206.D919.FDF4.D449.5893

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ 436,79

Distribuição:	3,78
Energia:	7,25
Transmissão:	0,11
Encargos:	2,56
Tributos:	3,58

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo:	17,28
Aliquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	2,93
Valor do PIS:	0,11
Valor do COFINS:	0,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE

14,07	28,14	56,29	6,93	13,86	27,72	7,00
0,00						0,00

EXTREMA

02/2017

6,15

ROT: 11.107.03.06.000667

Eletrobras
Distribuição Rondônia

CENTRAIS ELÉTRICAS DE RONDÔNIA S.A. - CERON
Av. Imigrantes, 4137 - Industrial - Porto Velho - RO - 76521-003
CNPJ: 05.914.656/0001-66 | Insc. Estadual: 255637

SEU CÓDIGO

MÊS FATURADO

TOTAL A PAGAR - R\$

VENCIMENTO

04/2017

14/04/2017

Nº da Nota Fiscal:

000112328 FCAM

83620000004 7 36600020000 1 00000001307 8 3087



SEQ.: 00157 UC: 1307308-7 DT.LEIT.: 07/04/2017 T.ENTR.: 01
LEITURA: 7559 MINIMO TOTAL: 436,60 CARGA: 001
DT.VENC.: 14/04/2017 IRREG.: 000 COLETOR: 2713

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Josineide Ferreira da Fonseca inscrito (a) no CPF /CNPJ 036.180.574 / 82, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Valde Lucia dos Santos de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.876.302 / 32, do sinistro de DPVAT colertura ÓBITO da Vítima Manoel Emílio de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 322.375.962 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	RUA JOÃO PAULO I	Número	2400	Complemento	QD 9 CS B
Bairro	ARGIA BRANCA	Cidade	PORTO VENHO	Estado	RO
Email	Rewso	Telefone comercial (DDD)	(69) 99239-0626	Telefone celular (DDD)	(69) 99239-0626

Porto Velho, 22 de Agosto de 2018
Local e Data

Josineide Ferreira da Fonseca

Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: MANOEL GMÍDIO DE LIMA	CPF: 322.375.962-04	Data do óbito: 15/07/2016
Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: Nº vivos: 3 Nº falecidos: 1
Deixou companheiro(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
----------------	------

Local/data:	Assinatura do cônjuge:
-------------	------------------------

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
----------------	------

Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):
-------------	------------------------------------

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: VALDELUCIA DOS SANTOS DE LIMA	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF: 020.876.302-32
--	--	-------------------------------

Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura do Herdeiro Legal: Valdelucia dos Santos de Lima
---	---

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo: VALMI SANTOS DE LIMA	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF: 022.926.482-45
---	--	-------------------------------

Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura do Herdeiro Legal: Valmi Santos de Lima
---	--

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo: VALDENI SANTOS DE LIMA	Grau de parentesco com a vítima: FILHO	CPF: 056.074.872-88
---	--	-------------------------------

Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura do Herdeiro Legal: Valdeni Santos de Lima
---	--

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo: ALLYNE FERREIRA DOS SANTOS	CPF: 029.313.352-23	Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura: Allyne Ferreira dos Santos
---	-------------------------------	---	--

Assinatura: Edimara Barbosa da Silva	Local/data: Porto Velho, 22/08/2018
--	---

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: MANOEL GMÍDIO DE LIMA	CPF: 322.375.962-04	Data do óbito: 15/07/2016
Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: Nº vivos: 3 Nº falecidos: 1
Deixou companheiro(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
----------------	------

Local/data:	Assinatura do cônjuge:
-------------	------------------------

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
----------------	------

Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):
-------------	------------------------------------

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: VALDELUCIA DOS SANTOS DE LIMA	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF: 020.876.302-32
--	--	-------------------------------

Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura do Herdeiro Legal: Valdelucia dos Santos de Lima
---	---

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo: VALMI SANTOS DE LIMA	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF: 022.926.482-45
---	--	-------------------------------

Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura do Herdeiro Legal: Valmi Santos de Lima
---	--

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo: VALDENI SANTOS DE LIMA	Grau de parentesco com a vítima: FILHO	CPF: 056.074.872-88
---	--	-------------------------------

Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura do Herdeiro Legal: Valdeni Santos de Lima
---	--

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo: ALLYNE FERREIRA DOS SANTOS	CPF: 029.313.352-23	Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura: Allyne Ferreira dos Santos
---	-------------------------------	---	--

Assinatura: Edimara Barbosa da Silva	Local/data: Porto Velho, 22/08/2018
--	---

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: MANOEL GMIDIO DE LIMA	CPF: 322.375.962-04	Data do óbito: 15/07/2016
Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: Nº vivos: 3 Nº falecidos: 1
Deixou companheiro(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
----------------	------

Local/data:	Assinatura do cônjuge:
-------------	------------------------

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
----------------	------

Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):
-------------	------------------------------------

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: VALDELUCIA DOS SANTOS DE LIMA	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF: 020.876.302-32
--	--	-------------------------------

Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura do Herdeiro Legal: Valdelucia dos Santos de Lima
---	---

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo: VALMI SANTOS DE LIMA	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF: 022.926.482-45
---	--	-------------------------------

Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura do Herdeiro Legal: Valmi Santos de Lima
---	--

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo: VALDENI SANTOS DE LIMA	Grau de parentesco com a vítima: FILHO	CPF: 056.074.872-88
---	--	-------------------------------

Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura do Herdeiro Legal: Valdeni Santos de Lima
---	--

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

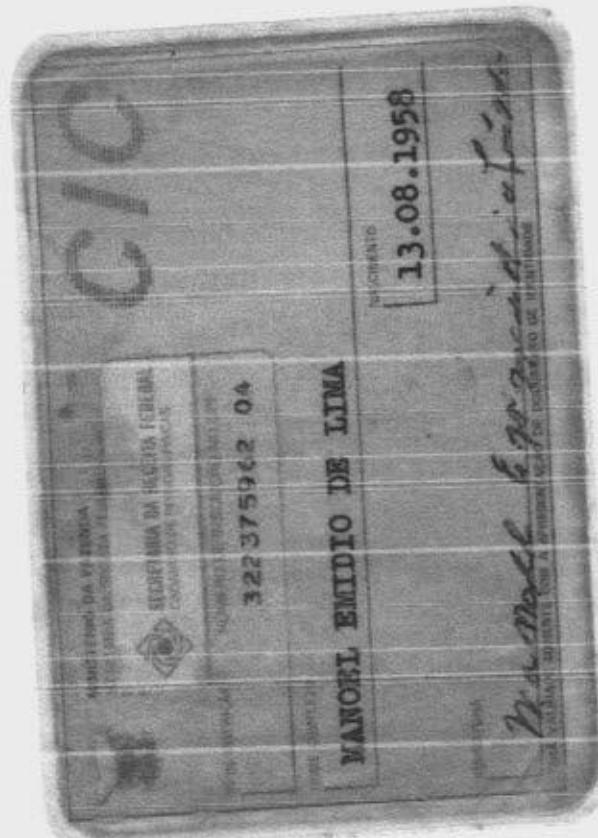
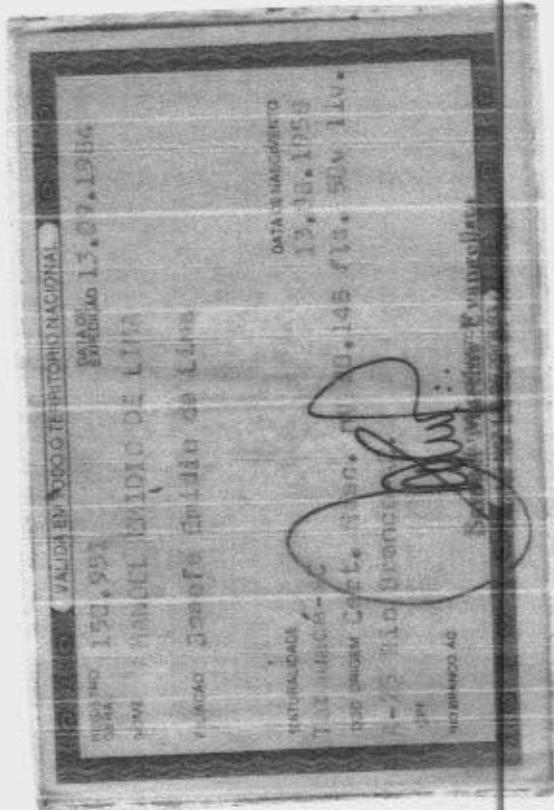
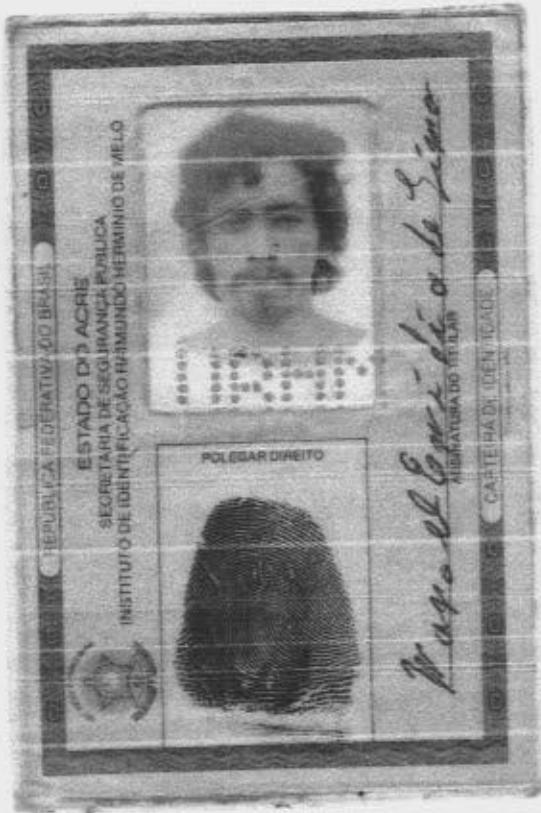
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

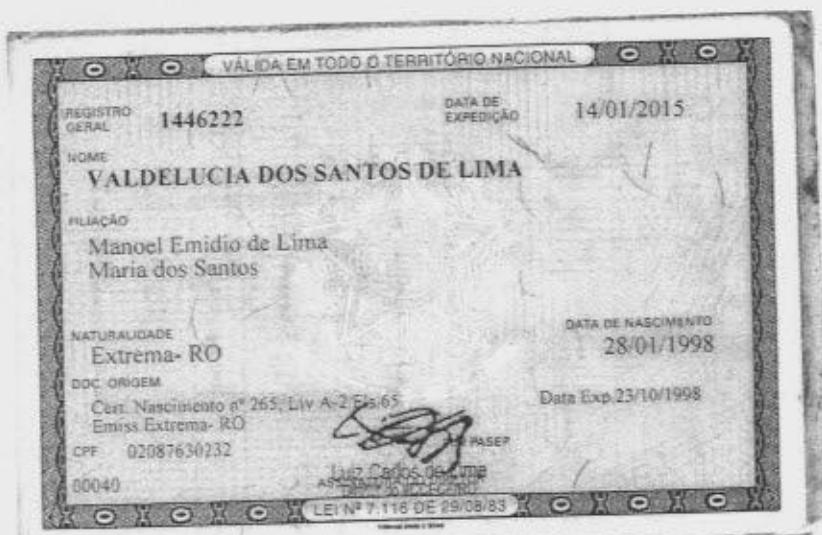
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo: ALLYNE FERREIRA DOS SANTOS	CPF: 029.313.352-23	Local/data: Porto Velho, 22/08/2018	Assinatura: Allyne Ferreira dos Santos
---	-------------------------------	---	--

Assinatura: Edimara Barbosa da Silva	CPF: 702.753.422-39	Local/data: Porto Velho, 22/08/2018
--	-------------------------------	---

DUNS.001 V001/2018	Assinatura: Edimara Barbosa da Silva
--------------------	--







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO N.		AL
REGISTRO GERAL	1200451	DATA DE EXPEDIÇÃO
NO ME	VALDEIR SANTOS DE LIMA	
FILIAÇÃO		
VALDEIR SANTOS DE LIMA		
VALDEIR SANTOS DE LIMA		
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO
SANTOS - SP		
DOC. ORIGINAIS		08/08/1992
QUERO SABER SE PODE VOTAR		LEI 1-A
PLACAR DE CIDADÃO - 1-A		07/08/1992
LEI N° 7.116 DE 29/06/83		







AUTO DE RECONHECIMENTO DE CADÁVER

Ao(s) 5 de dezembro de 2017, nesta cidade de Porto Velho, na sede da Central de Flagrantes, presente o(a) Delegado(a) Plantonista, **Dr. MARCOS BARP DE ALMEIDA**, comigo **RODRIGO CESAR MONTENEGRO BENNESBY**, Escrivão, ao final assinado, na presença da(s) **1ª Testemunha: PROTÁSIO ALVES BARBOSA FILHO**, que apresentou o documento de identidade, CNH nº 1298734461, que ao final assina(m). Compareceu o(a) **RECONHECEDOR(A): GILMAR DE SOUSA**, brasileiro(a), casado, Pedreiro, apresentou o documento de identidade, RG, nº 1396990/RO, filho(a) de Noel José de Sousa e de Iraci Fernandes de Sousa, nascido(a) aos 29/11/1973, natural de Porto Velho/RO, residente na rua Patrick Canuto, nº 2426, Setor 7, município de Jaru/RO, Tel. 99226.8874. Tendo informado a esta Autoridade Policial que esteve no IML desta capital, juntamente da(s) testemunha(s) acima citada(s), na presente data, onde reconheceu de forma insofismável o cadáver de seu irmão, **ALDEMIRO DE SOUZA**, filho(a) de Noel José de Sousa e de Iraci Fernandes de Sousa, nascido aos 01/02/1976, natural de Salto do Lontra/PR, tendo informado que o motivo da morte fora Acidente de Trânsito. E nada mais havendo, em seguida encerrou-se o presente Auto que vai assinado por todos.....

Autoridade Policial:

Reconhecedor(a):

GILMAR DE SOUSA

1ª Testemunha:

PROTÁSIO ALVES BARBOSA FILHO

Escrivão de Polícia:

PROCURAÇÃO

Outorgante: VANDELUCIA DOS SANTOS DE LIMA brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRA, profissão: DOMÉSTICA, residente e domiciliado à Rua: TRAV. NAVEGANTES, nº: 1433, bairro: SAO LUIZ - DISTR. GOREM, Município de PORTO VENHO, estado de(o) RONDÔNIA, cep: 78.300-000, portador(a) do RG nº 1446222, SSP/RO e CPF nº 020.876.302-32.

Outorgado: Josineide Ferreira da Fonseca, brasileira, divorciada, autônoma, residente e domiciliada à Rua João Paulo I, nº 2400, bairro Areia Branca, município de Porto Velho, Estado de Rondônia, cep 76.810-154, portadora do RG nº 44083, DRT/PE e CPF nº 036.180.574-82

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui a outorgada sua bastante procuradora, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) MUNOZ GOMES DE LIMA, ocorrido em 15.07.16., conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento da quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

PORTO VELHO 22 de AGOSTO de 2018

Outorgante

CPF N° 020.876.302-32

OBS.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358285/18

Vítima: MANOEL EMIDIO DE LIMA

CPF: 322.375.962-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2016

Titular do CPF: MANOEL EMIDIO DE LIMA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

JOSINEIDE FERREIRA DA FONSECA : 036.180.574-82

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

VALDENI SANTOS DE LIMA : 056.074.872-88

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

VALMI SANTOS DE LIMA : 022.926.482-45

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

VALDELUCIA DOS SANTOS DE LIMA : 020.876.302-32

Autorização de pagamento
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 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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/09/2018
Nome: JOSINEIDE FERREIRA DA FONSECA
CPF: 036.180.574-82

JOSINEIDE FERREIRA DA FONSECA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: Monica Cristina Cavalcante Alves
CPF: 261.919.428-85

Monica Cristina Cavalcante Alves