
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

Carta nº 13426292



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



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 e 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	VALDEUCIA DOS SANTOS DE LIMA		CPF titular da conta	020.876.302-32	Profissão	DO LAR	
Endereço	RUA DOS NAVEGANTES		Número	1433	Complemento	CASA	
Bairro	DISTRITO EXTREMA	Cidade	PORTO VELHO	Estado	RONDONIA	CEP	76.847-000
Email	REWSO		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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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

4326 (Informar dígito se existir)

9546 (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 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

*Valdeucia 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

MANOEL EMÍLIO 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 CASA
Bairro DISTRITO EXTREMA	Cidade PORTO VELO	Estado RONDONIA	CEP 76.842-000
Email REWSO		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

- ☒ **RECUSO INFORMAR**
☐ **SEM RENDA**
☐ **ATÉ R\$ 1.000,00**
☐ **R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**
- ☐ **R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00**
☐ **R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00**
☐ **R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00**
☐ **ACIMA DE R\$ 10.000,00**

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

- ☐ **BRASESCO (237)**
☐ **BANCO DO BRASIL (001)**
☐ **ITAU (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

BANCO DA AMAZONIA

NRO

003

AGÊNCIA

NRO.

178

(Informar dígito se existir)

D/V

3

CONTA

NRO.

01273

(Informar dígito se existir)

D/V

7

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 VELO, 21 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

Valmi Santos 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

MANOEL EMÍLIO 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 REUSO
Endereço RUA DOS NAVEGANTES		Número 1433	Complemento CASA
Bairro DISTRITO EXTREMA	Cidade PORTO VELHO	Estado RONDONIA	CEP 76.847-000
Email REUSO		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

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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 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

Valdeci Santos de Lima

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: Seca
Sinalização existente: Vertical, Horizontal
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Sim
A perícia compareceu ao local do sinistro? Sim
Data/Hora do Acidente (hora local): 15/07/2016 19:00
Tipo de Acidente: Colisão traseira
Restrições de Visibilidade: Outros
Sentido da Via: Decrescente
Sinalização luminosa: Inexistente
Condição meteorológica: Céu Claro
Data e horário da solicitação: 15/07/2016 19:30
Data e horário do: 16/07/2016 01:40

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:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano
Tipo de Localidade: Não edificada
Existente acostamento? Sim
Estado de Conservação: Bom
Há desnível? Não
É pavimentado? Sim
Largura (m): 0
Possui defesa? Não existe
Possui meio-fio? Não existe
Possui sarjeta? Não existe
Existente canteiro central? Não
Estado de Conservação:
Largura (m): 0
Tipo de inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado
Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular
Ocupação: Livre
Cerca: Não existe
Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom
Tipo: Simples
Qtd. de Faixas: 02
Tipo de Pavimento: Asfalto
Perfil:
Traçado: Reta
Curva Vertical:
Superlarga: Não
Largura da Pista (m): 0
Estreitamento: Não Existe
Superelevação: Não

TEXTO DESCRITIVO 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: e572222895143278



Local Preservado

Cond V2

60

Rio Branco/AC

Porto Velho/RO

LEGENDA:

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

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ 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, município de Porto Velho/RO. A equipe chegou ao local às 23:30h, encontrando os veículos e o corpo em sua posição de repouso; O local foi preservado. Uma equipe da Polícia Militar do distrito guarnecia o local.

A via estava com sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. As condições ambientais eram boas, céu claro, e não havia sinais de ter havido precipitação pluviométrica no momento do acidente.

O acidente, uma colisão traseira, envolveu o veículo ITOYOTA HILUX CD4x4 SRV, cor preta, de placas NUF-9920/MT, doravante denominado de V1, e o veículo HONDA/XLR 125, cor vermelha, de placas MZR-8621/AC, doravante denominado de V2. O acidente vitimou fatalmente o Sr. Manoel Emídio de Lima, CPF 322.375.962-04, condutor de V2, encontrado ao lado do veículo. O capacete do vitimado encontrava-se ao lado de V2 quando da chegada da equipe.

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 foi 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 croqui 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/vestígios de ingestão de qualquer substância psicoativa.

Os demais envolvidos, todos Resos, encontram-se identificados ao longo deste Boletim.

A perícia, composta pelo Perito Edson Rigoli (mat. 300078562) e pelo APC Janison (mat. 300022633) compareceu ao local do acidente às 01:40h do dia 16/07/2016. A vítima foi enviada ao IML, através da Guia de Remoção de Cadáver e Exame Tanatoscópico nº 22/2016/9ª DP, sob responsabilidade de Orliani Meireles Aguiar (mat. 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
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NUF-9920 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 8AJFZ29G5A6116898 Renavam: 00255114290
Marca/Modelo: Cor: PRETA Ano: 2010 Tipo: Caminhoneta Emplacamento: CUIABA/MT
Ocupantes: 2 Espécie: Categoria: CPF/CNPJ: 241.849.851-49
Proprietário: WILMAR FRAGA SILVA CEP: 78.005-580
Endereço: RUA MINISTRO JOAO ALBERTO 01 Telefones:
Município/UF: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: PORTO VELHO/RO - BRASIL Destino: PORTO VELHO/RO - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA 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: Helder 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 Emplacamento: RIO BRANCO/AC
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular CPF/CNPJ: 322.375.962-04
Proprietário: MANOEL EMÍDIO DE LIMA CEP: 69.900-000
Endereço: AV ERAMINHONDAS JACOME NR 2858 CENTRO Telefones:
Município/UF: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: PORTO VELHO/RO - BRASIL Destino: PORTO VELHO/RO - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA 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: Terceiros 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 ENVOLVIDO

Veículo: V1/NUF-9920
Nome/Apelido: Elizabeth Jesus Fraga
Data de Nascimento: 05/06/1986 Sexo: Feminino Estado Civil: Solteiro
Nome do Pai: Wilmar 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
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 Usava Capacete? Não Aplicável
Estado Físico: Ileso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? 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 moa 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 do Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):
Documento do Responsável: Motivo:
Município/UF:
Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/MZR-8821 HONDA XL
Nome/Apelido: Manoel Emídio de Lima
Data de Nascimento: 13/08/1958 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro
Nome do Pai:
Nome da Mãe: Josefa Emídio de Lima
Endereço: Rua Presidente Dutra, 135, Bairro São Luiz - Extrema
Município/UF: PORTO VELHO/RO Telefones: 69 3252-2299 Celular:
Grau de Instrução: Analfabeto
Naturalidade: TARAUCÁ/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 Usava Capacete? Sim
Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Existe Declaração em Anexo? Não
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:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo do Receptor: IML Responsável pela Recepção: Orani Meireles Aguiar Data/Hora da Recepção (hora local): 16/07/2016 04:00
Documento do Responsável: 301568898 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 EMISSÃO: 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

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V1/NUF-9920 / Sexo: Masculino Data de: 25/06/1961
Nome/Apelido: Wilmar Fraga Silva
Nome do Pai: Lidio Atonso Silva
Nome da Mãe: Iracy Silva Fraga CEP:
Endereço: BR 364, km 13, Agrovila Porto Verde
Município/UF: PORTO VELHO/RO Naturalidade: NORTELANDIA/MT Nacionalidade: BRASIL
CPF: 241.849.851-40 Documento de Identificação: 274492 Órgão Expedidor: SSP/MT Telefones: 09 99986-3033
Estado Civil: Casado Grau de Instrução: Médio
Ocupação Principal: Origem: PORTO VELHO/RO - Destino: PORTO VELHO/RO -
Estado Físico: Ilhéu Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

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

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

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

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 corta fogo	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 esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X		
17	Coluna central externa 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	Lâmina traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":				4		
25	Ala traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":				0		
										Total de pontos "SIM" + "NA":		4

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag do motorista	X		55	Faróis		X
50	Air Bag do passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Escudo lateral do V		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Alca de segurança	X		59	Rodas/pneus		X
54	Trilhos de acesso aos pneus		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Média monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Grande monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

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

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

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

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

DATA DE EMISSÃO: 26/10/2016 10:13:51
NÚMERO DO DOCUMENTO: e572222895143278



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

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	Valor	SIM	Não	NA
1	Guião, 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) tras. (inclusive fixação no chassi).	2	X		
4	Motor e suas fixações.	2	X		
5	Eixo do eixo traseiro	2	X		
6	Eixo traseiro (eixo, eixo, raios, flanges, coroa, etc.)	2	X		
7	Eixo traseiro (eixo, eixo, raios, flanges, coroa, etc.)	2	X		
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2	X		
9	Eixo do eixo do condutor e passageiro	1	X		
10	Capacete traseiro deformado (se houver).	1	X		
11	Ala	1	X		
12	Assento (fixação e firmeza)	2	X		
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Eixo traseiro (eixo, eixo, raios, flanges, etc.)	2	X		
A	Componentes estruturais	3	X		
B	Componentes estruturais (folga anormal, danos)	3	X		
C	Componentes estruturais (folga anormal, danos)	3	X		
D	Componentes estruturais (folga anormal, danos)	3	X		

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":

36

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Nenhum dano: Nenhum dano, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente
- ☐ Dano leve: Dano leve, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes
- ☒ Dano grave: Dano grave, somando os pontos de todos os itens 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

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

NAO = Item não danificado ou Não Existente

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

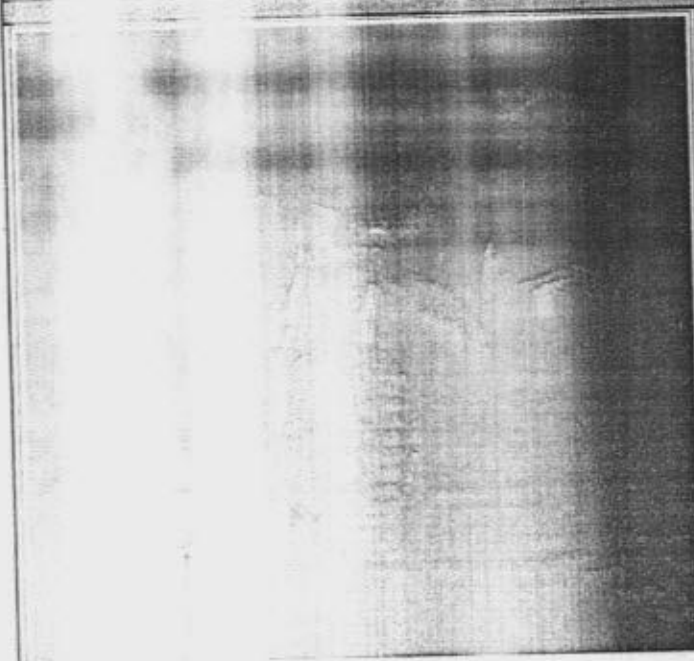
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA: 26/10/2016 10:13:51
NÚMERO: e572222895143278

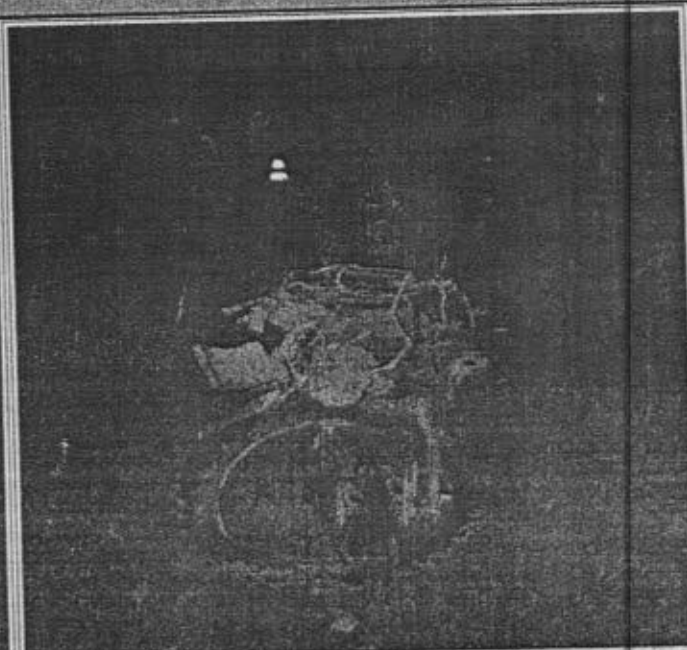


RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

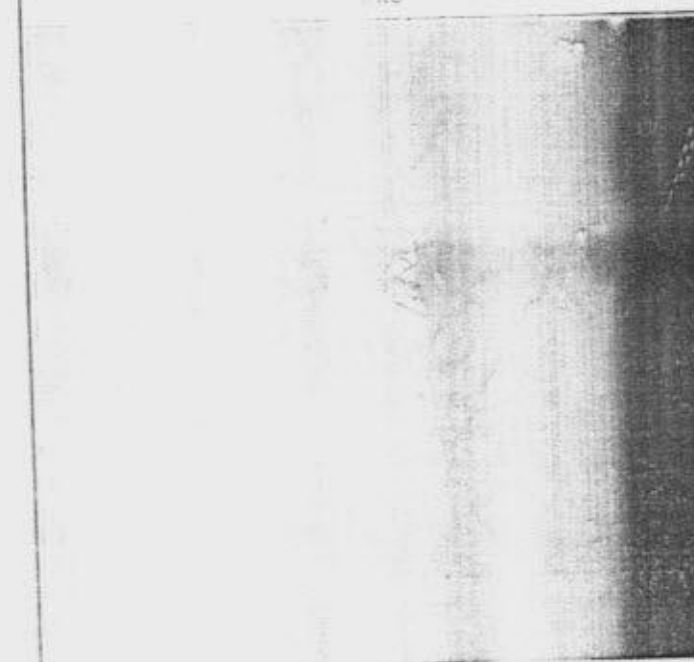
Veículo: V2	Placa: MZR-8821
Nome do Agente/Assinatura: AULER LEAL DAS NEVES	Nº BOAT: 83481979
Registro Profissional: 1817700	Data: 15/07/2016 19:00



Frontal



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA:

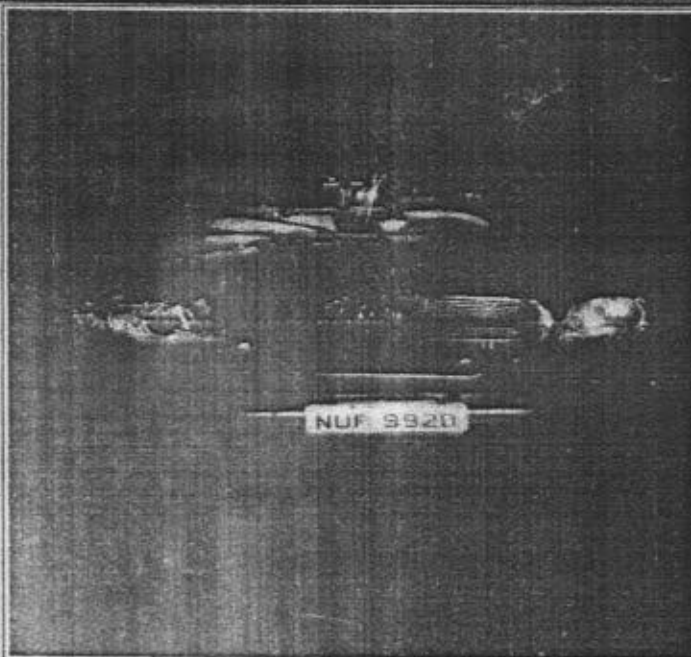
URL: <http://www.dprf.gov.br>

2: 2016/07/15 19:00
2: 2016/07/15 19:00

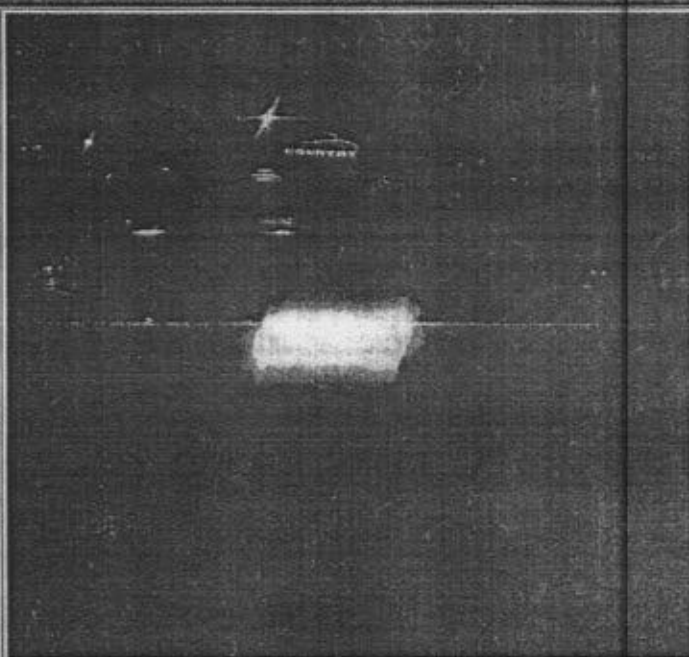
STATUS: ENCERRADA

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

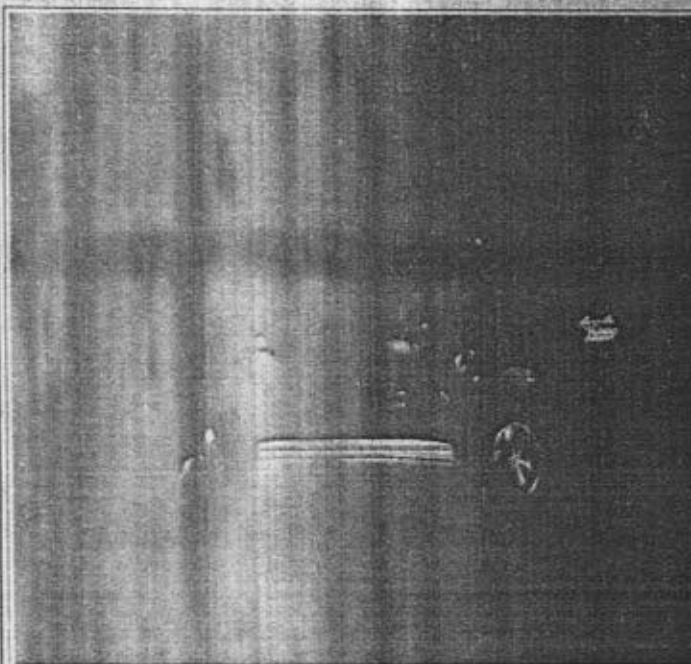
Veículo: V1	Placa: NUF-9920
Nome do Agente/Assinatura: AULER LEAL DAS NEVES	Nº BOAT: 83481979
Registro/Matricula do Agente: 1817700	Data: 15/07/2016 19:00



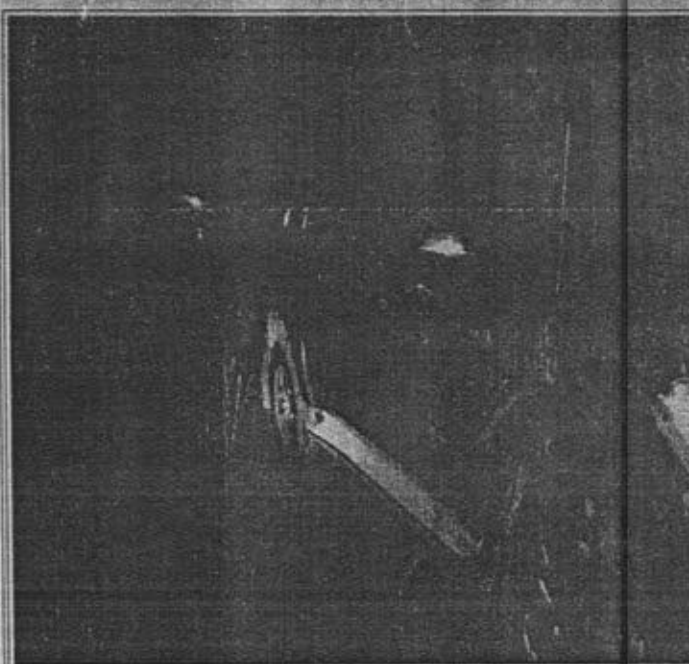
Frente



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: e572222895143278

Distribuição Rondônia

CENTRAIS ELÉTRICAS DE RONDÔNIA S.A. - CERON
Av. Integrantes, 4137 - Industrial - Porto Velho - Rondônia
CNPJ 05.914.650/0001-66 [Ins. Estadual 255637]
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-01
Regime especial de impostos instituído pela SEFAZ/RO/00

Nº da Nota Fiscal 000112328

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi estabelecida pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	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

ROT: 11.107.03.06.000667

DADOS DA LEITURA	kWh	kVA/h	DATAS DA LEITURA
Atual:	7559		Atual: 07/04/2017
Anterior:	7534		Anterior: 08/03/2017
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 05/05/2017
Consumo Medido:	25		Extensão: 07/04/2017
Consumo Faturado:	30	FCAM	Apresentação: 07/04/2017

MINIMO

Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Fase	Código Fut.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MKA13003206		1	

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAR/17 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,576274 =
FEV/17 0	PARC. ENT. FBTOS 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 SENSIBILIZADORA:	
0 A 30 - 0,456100	

MENSAGENS IMPORTANTES / APROVISÃO DE VENCIMENTO

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

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/04/2017, em função das contas reatadas nesta fatura. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor no SPC e CEREN. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reatada(s) no valor de R\$ 2.061,60 (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 (REH 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\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 3,78	Base de Cálculo: 17,28
Energia: 7,25	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,11	Valor do ICMS: 2,93
Encargos: 2,56	Valor do PIS: 3,11
Tributos: 3,58	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			0,00
EXTREMA					02/2017	6,15

ROT: 11.107.03.06.000667

Eletrobras
Distribuição Rondônia

CENTRAIS ELÉTRICAS DE RONDÔNIA S.A. - CERON
Av. Integrantes, 4137 - Industrial - Porto Velho - RO - 75021-003
CNPJ 05.914.650/0001-66 [Ins. Estadual 255637]

SEU CÓDIGO

1307308-7

TOTAL A PAGAR - R\$

436,60

MÊS FATURADO

04/2017

VENCIMENTO

14/04/2017

Nº da Nota Fiscal:

000112328 FCAM

83620000004 7 36600020000 1 00000001307 8 3087. 3 0



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. Integrantes, 4137 - Industrial - Porto Velho - Rondônia
CNPJ 05.914.650/0001-66 | Ins. Estadual 255637
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-81
Regime especial de impostos instituído pela SEFAZ/RO/00

Nº da Nota Fiscal 000112328

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi estabelecida pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	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

ROT: 11.107.03.06.000667

DADOS DA LEITURA	kWh	kVA/h	DATAS DA LEITURA
Atual:	7559		Atual: 07/04/2017
Anterior:	7534		Anterior: 08/03/2017
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 05/05/2017
Consumo Medido:	25		Extensão: 07/04/2017
Consumo Faturado:	30	FCAM	Apresentação: 07/04/2017

MINIMO

Class/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fut.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MKA13003206		1	

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAR/17 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,576274 =
FEV/17 0	PARC. ENT. FBTOS 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 SENSIBILIZADORA:	
0 A 30 - 0,456100	

MENSAGENS IMPORTANTES / APROVISÃO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/04/2017, em função das contas reatadas nesta fatura. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor no SPT e CERHA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reatada(s) no valor de R\$ 2.061,60 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
03/2017	436,79	

REDUÇÃO MÉDIA DE TARIFA EM ABRIL: 4,74%, DEVOLVENDO PREVISÃO DO EN CARGO DE ENERGIA DE RESERVA DA USINA ANGRA III (REH 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\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 3,78	Base de Cálculo: 17,28
Energia: 7,25	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,11	Valor do ICMS: 2,93
Encargos: 2,56	Valor do PIS: 3,11
Tributos: 3,58	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			0,00
EXTREMA					02/2017	6,15

ROT: 11.107.03.06.000667

Eletrobras
Distribuição Rondônia

CENTRAIS ELÉTRICAS DE RONDÔNIA S.A. - CERON
Av. Integrantes, 4137 - Industrial - Porto Velho - RO - 75021-003
CNPJ 05.914.650/0001-66 | Ins. Estadual 255637

SEU CÓDIGO

1307308-7

TOTAL A PAGAR - R\$

436,60

MÊS FATURADO

04/2017

VENCIMENTO

14/04/2017

Nº da Nota Fiscal:

000112328 - FCAM

83620000004 7 36600020000 1 00000001307 8 3087. 3 0



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 05.914.650/0001-66 [Ins. Estadual 255637]
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-01
Regime especial de impostos instituído pela SEFAZ/RO/00

Nº da Nota Fiscal 000112328

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi estabelecida pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	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

ROT: 11.107.03.06.000667

DADOS DA LEITURA	kWh	kVA/h	DATAS DA LEITURA
Atual:	7559		Atual: 07/04/2017
Anterior:	7534		Anterior: 08/03/2017
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 05/05/2017
Consumo Medido:	25		Extensão: 07/04/2017
Consumo Faturado:	30	FCAM	Apresentação: 07/04/2017

MINIMO

Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fut.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MKA13003206		1	

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAR/17 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,576274 =
FEV/17 0	PARC. ENT. FBTOS 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 TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,456100	

MENSAGENS IMPORTANTES / APROVISÃO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/04/2017, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá gerar, também a inclusão do nome do consumidor no SPT e CERHCA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 2.061,60 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
03/2017	436,79	

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

RESERVANDO AO FISCO

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 3,78	Base de Cálculo: 17,28
Energia: 7,25	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,11	Valor do ICMS: 2,93
Encargos: 2,56	Valor do PIS: 3,11
Tributos: 3,58	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			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 - 75021-003
CNPJ 05.914.650/0001-66 [Ins. Estadual 255637]

SEU CÓDIGO

1307308-7

TOTAL A PAGAR - R\$

436,60

MÊS FATURADO

04/2017

VENCIMENTO

14/04/2017

Nº da Nota Fiscal:

000112328 FCAM

83620000004 7 36600020000 1 00000001307 8 3087. 3 0



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



CENTRAIS ELÉTRICAS DE RONDÔNIA S.A. - CERON
Av. Imigrantes, 4137 - Industrial - Porto Velho - Rondônia
CNPJ: 05.914.850/0001-86 | Ins. Estadual: 255637
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-81
Recibo de emissão autorizado pelo SIAZOR

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO



1º de Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CÓDIGO	VENCIAMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
--------	-------------	---------------	---------------------

JOSINEIDE FERREIRA DA FONSECA
R. JOAO PAULO 2400 CASA 3 QUADRA 9 AREIA BRANCA F3064725 000
CONDOMÍNIO RIVIERA
CEP: 78.900-000 - PORTO VELHO

ROT: 7.001.04.24.000930

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	23630	Atual:	06/06/2018
Anterior:	1,000	Anterior:	08/08/2018
Constante de Multiplicação:	125	Próxima Leitura:	06/07/2018
Consumo Medido:	125	Emissor:	07/07/2018
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentação:	31
Forma de Faturamento:		Dias de Consumo:	
Fator de Potência:			

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fiel	Média 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	----------------

HISTÓRICO kWh		CONSUMO	
MAI/18	104	125	0,526814
ABR/18	163		
MAR/18	160		
FEV/18	153		
JAN/18	199		
DEZ/17	255		
NOV/17	243		
OUT/17	219		
SET/17			
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 125 - 0,494000			

ATENÇÃO: ATRAVÉS DO PROCESSO JUDICIAL Nº 55-55.2017-4-01.4100/RO, DOU
DAS: WWW.ANEEL.GOV.BR
REAJ TAR MÉDIA 8,27%. RES HOMOLOG 2350/2017/ANEEL VIG 30/11/2017
ATENÇÃO! VOCE É BENEFICIÁRIO DA SEJA DIGITAL? ACESSE WWW.SEJADI
GITAL.COM.BR/KIT OU LIGUE GRÁTIS PARA 147
Parabéns! Até o dia 03/07/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

D252.8743.2A08.580A F574.3466.3CD4.8948

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	30,73			Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	1,11			Alíquota ICMS:	13,32
Transmissão:	9,15			Valor do ICMS:	0,58
Encargos:	16,60			Valor do PIS:	2,70
Tributos:				Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC			FIC			DMIC		DICRI	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
6,87	13,74	27,48	3,73	7,47	14,95	3,97			
Limite	0,28		1,00			0,28			
Realizado	AREAL					05/2018			32,21
Conjunto						Período de apuração:			

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 COAF**².

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 / F2,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VALDELUCA DOS SANTOS DE LIMA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 020.876.302 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura ÓBITO da Vítima
MANOEL EMÍDIO DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 322.975.962 / 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 Líder-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 <u>RUA JOÃO PAULO I</u>		Número <u>2400</u>	Complemento <u>QD 9 CSB</u>
Bairro <u>ÁRGIA BRANCA</u>	Cidade <u>PORTO VELHO</u>	Estado <u>RO</u>	CEP <u>76.810-154</u>
Email <u>Rewso</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(69) 99239-0626</u>	Telefone celular (DDD) <u>(69) 99239-0626</u>

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 EMÍLIO 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 N° falecidos: 1	*Deixou nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
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: VADELUCIA 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: VALDEMI 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: Valdemi 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):	
ALLYNE FERRGIRA DOS SANTOS	EDIMAR BARBOSA DA SILVA	
CPF: 029.373.352-23	Local/data: PORTO VELHO, 22/08/2018	CPF: 702.753.422-39
Assinatura: Allyne Ferreira dos Santos	Assinatura: Edimar 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 EMÍLIO 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 nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
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: VADELUCIA 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: VALDEMI 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: Valdemi 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):	
ALLYNE FERRGIRA DOS SANTOS	EDIMAR BARBOSA DA SILVA	
CPF: 029.373.352-23	Local/data: PORTO VELHO, 22/08/2018	CPF: 702.753.422-39
Assinatura: Allyne Ferreira dos Santos	Assinatura: Edimar 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 EMÍLIO 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 nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
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):

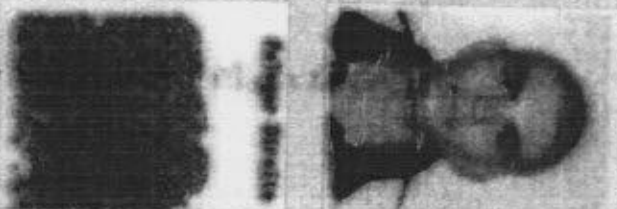
Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: VADELUCIA 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: VALDEMI 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: Valdemi 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):	
ALLYNE FERRGIRA DOS SANTOS	EDIMAR BARBOSA DA SILVA	
CPF: 029.373.352-23	Local/data: PORTO VELHO, 22/08/2018	CPF: 702.753.422-39
Assinatura: Allyne Ferreira dos Santos	Assinatura: Edimar Barbosa da Silva	Local/data: PORTO VELHO, 22/08/2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO



Valdeni Santos de Lima
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1206451-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/09/2011

NOME **VALDENI SANTOS DE LIMA**

FILIAÇÃO

ROSELI SANTOS DE LIMA

ANILIA DOS SANTOS

NATURALIDADE

BRASIL - AC

DOC. ORDEM

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

LEV 1-A

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
056.074.872-88

Nome
VALDENI SANTOS DE LIMA

Nascimento
08/06/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JOSINEIDE FERREIRA DA FONSECA

DOC. IDENTIFICAD. / OUT. IDENTIFICAD.
44083 **DT** **PE**

CV
035.180.574-62 **DATA NASCIMENTO**
18/11/1976

IRACAO
JOSE MOTA DA FONSECA
HELENA FERREIRA DE
MELO FONSECA

RENASC **ACC** **CALHA**
E

Nº REGISTRO
03295177801 **VALIDADE**
25/01/2020 **1ª EMISSAO**
02/06/2004

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO;

Josineide Ferreira da Fonseca
SECRETARIA DE FUNDACAO

LOCAL
PORTO VELHO, RO **DATA EMISSAO**
09/03/2015

Ass. do Superintendente
Ass. do Superintendente
Ass. do Superintendente

05354529707
RO701866200

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VALIDADE EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
1080809630

PROVIDO PLASTIFICAR
1080809630



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: VALDELUCIA DOS SANTOS DE LIMA brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRA, profissão: DOMESTICA, residente e domiciliado à Rua: TV NAVEGANTES, nº 1433, bairro: SÃO LUIZ - DIST. GUTERMA, Município de PORTO VELHO, estado de(o) RONDÔNIA, cep: 78.900.000, 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) MANOEL GIDIO 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.

3º OFÍCIO
PORTO VELHO, 22 de AGOSTO de 2018
Valdelucia dos Santos de Lima

Outorgante

CPF Nº 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

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/07/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL EMIDIO DE LIMA

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