

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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023424

Vítima: JOSIVAN FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 17/11/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SIMONE MENDONCA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 13 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023424

Vítima: JOSIVAN FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 17/11/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIMONE MENDONCA

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 interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

539.895.112-20

4 - Nome completo da vítima:

Jamille Mendonça Ferreira Santos

5 - Nome completo:

Jamille Mendonça Ferreira Santos

6 - CPF:

— 11 —

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua JOSE VIEIRA Sampaio

9 - Número:

S/N

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

CAROÉ BE.

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.378.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (95) 9145-0332

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Simone Mendonça

18 - CPF do Representante Legal:

010.684.172-69

19 - Profissão do Representante Legal:

— 11 —

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 3783

4

CONTA: 7793

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

17.11.2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Filha

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/11/2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 939.895.112-20 4 - Nome completo da vítima: José Vitor Ferreira Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: João Miguel Mendonça Ferreira Santos - II - 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua José Vieira Sampaio 9 - Número: 51N 10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Caraoibe 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.378.000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (45) 9145-0332

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Simone Mendonça 18 - CPF do Representante Legal: 010.684.172-69 19 - Profissão do Representante Legal: - II -

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 17.11.2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 2 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Preto - SP 15/11/2018
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha os(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do atestado ou Ato:	3 - CPF da vítima: 039.809.132-20	4 - Nome completo da vítima: Simone Mendonça Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - PPF:	7 - Profissão:	8 - Endereço:
9 - Bairro:	10 - Idade:	11 - Cidade:	12 - Estado:
13 - CEP:	14 - Telefone:	15 - E-mail:	16 - TI (DDD): 69-328.000 17 - Número: 9319145-0332

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Simone Mendonça	18 - CPF do Representante Legal: 010.684.172-69	19 - Profissão do Representante Legal: 11		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovará ata (ANEXAR CóPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> REÚSO EXPIRADO <input type="checkbox"/> SEM RENOVA			<input type="checkbox"/> R\$0,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.901,00 ATÉ R\$5.000,00
			<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:			<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CORRENTE POUPLANÇA (momento para os bancos abertos/estabelecidos)			<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Títulos abertos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
AGÊNCIA:	CONTA:	(Inserir o dígito de verificação)	AGÊNCIA:	CONTA:
(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recorrendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.191/74), uma vez que:

- Não tenho IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 [inventar] dias do pedido.

Após o encerramento da análise da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação médica da Seguradora Lider para verificação da existência a quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente veicular causado por veículo dirigido, conforme o disposto na Lei 8.191/74.

Declaro que esta autorização não significa previsão concreta com a futura avaliação médica ou referência ao destino de carreiras e avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (noivo)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da óbito da vítima:	17.11.2018
25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou compatrioto(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou compatrioto(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar	30 - Vítima deixou	31 - Vítima	32 - Setinha amarrada, intuirar	33 - Vítima deixou	34 - Vítima viveu
telefônico?	<input type="checkbox"/> Não	Vivos:	naeiro (verbaço)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		

Estou ciente de que a Seguradora Lider pegará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários cuja representarão e provarem sua condição, estando clara, ainda, de que qualquermissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal (por infração do artigo 291 do Código Penal).

24
Imóvel
cujos
direitos
de
vítima
sao
transferidos

35 - Nome legível de quem assina a pedida (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedida (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedida (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 15/11/18

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do atestado ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
539.895.442-20 Simone Mendonça Santos			

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE) 166AL - CIRCULAR SUSEP NR 415/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):	17 - Telefone:	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

18 - Nome completo do Representante Legal:	19 - CPF do Representante Legal:	20 - Profissão do Representante Legal:
Simone Mendonça	010.684.172-69	[L]

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

21 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> REÚSO: INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

22 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DA BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para estabelecimentos bancários que realizam saque)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (partes os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Name do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: **010** CONTA: **7783-1** Agência: **7793-3** CONTA: **7793-3**

(Inserir o digito de verificação) (Inserir o digito de verificação) (Inserir o digito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recorrendo o débito, desse já é somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRÉ-ENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que cumpri impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para no final do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 [noventa] dias do pedido.

Apresentado seu representante ou laura do IML, convidando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às justas autorizações, conforme o disposto na Lei 8.194/74.

Declaro que esta Autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRÉ-ENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na OVI) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da morte da vítima: **17.11.2018**

25 - Seu nome completo: 26 - Vítima deixou (compartilho): Sim Não 27 - Seu nome deixou (compartilho), informar o nome completo:

28 - Vívo: Sim Morto 29 - Se entre filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima faleceu Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima Vírus? Sim Não

Este cliente já que a Seguradora Lider pagará, caso devide, a indenização do Seguro DPVAT por morte águas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estende-se ao todo, de que qualquer ameaça ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal ou infração de artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprссão digital da pessoa que assina o pedido (a rogo) 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____ Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Ter. vlt - 28/10/2018** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

572320



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM N° 815/18	DELEGADO: AO DELEGADO TITULAR
DATA: 18/11/2018	ATENDENTE: GERALDO PANTOJA
HORA: 13h43min	LOCAL: RUA JOSE VIEIRA SAMPAIO, SN, CENTRO, CAROEBE DATA: 18/11/2018 HORA: 00H05MIN

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: ROP CR622018 SGT/PM ITALO	RG:	CPF:
END: Tel: (95)		

DADOS DA VITIMA

NOME: JOSIVAN FERREIRAA SANTOS	RG: 3811328/RR	CPF:
END: PJ		
FILIAÇÃO:		
GRAU DE INSTRUÇÃO:		
COR / IDADE: 24 ANOS PROFISSAO: MECÂNICO		
DATA DE NASCIMENTO:		
ESTADUALIDADE:		
NACIONALIDADE:		

DADOS DO INFRATOR

NOME:	RG:	CPF:
END:		

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
A TIPIFICAR		

BREVE RELATO DOS FATOS: A Guarda Civil Militar para nos relatar que, foram acionados para uma ocorrência de acidente de trânsito, e que ao chegar ao local encontraram a vítima gravemente ferida, e que segundo testemunha, a vítima conduzia a motocicleta CG 125 TITAN AZUL PLACA NAK 4317, que colidiu com o caminhão MERCEDES BENZ AZUL PLACA JXK 1127, que estava estacionado. que após o acidente o Samu chegou juntamente com o médico DR. Ruan Carlos, que constatou o óbito da vítima, e como foi informado que a Perícia e o IML, dificilmente iria comparecer, o médico, autorizado pelo Delegado Titular desta Delegacia, fizeram todos os procedimentos para a documentação de constatação de óbito e liberação do corpo da vítima aos familiares, conforme orientação do agente plantonista desta DP, e que o veículo fora entregue junto com o ROP. É o breve relato.

COMUNICANTE

ATENDENTE

AVISO: 1 - SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

AVISO: 2 - O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúncia Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- Fato Atípico (Arquivar); Intimar comunicante; Aguardar audiência agendada;
 OM ao SO, relatório em _____ dias - APC _____ : Aguardar novos fatos ou representação;
 Outra(s) providência(s);
 Elabore-se _____ art(s).

09/10/18

Delegado(a) da Polícia Civil



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Registro Civil das Pessoas Naturais



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME
JAMYLLE MENDONÇA FERREIRA SANTOS

MATRÍCULA
158113 01 55 2016 1 00014 100 0004000 50

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENO	DIA	MÊS	ANO
ONZE DE MARÇO DE DOIS MIL E DEZESSEIS	11	03	2016

HORA DE NASCIMENTO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
15:07	RORAINÓPOLIS - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
RORAINÓPOLIS - RR	HOSPITAL REGIONAL SUL GOV OTTOMAR DE SOUSA PINTO	FEMININO

FILIAÇÃO	JOSIVAN FERREIRA SANTOS SIMONE MENDONÇA
----------	--

AVOS	JOEL DA SILVA SANTOS ELCI FERREIRA SANTOS MARLUCE DE SOUZA MENDONÇA
------	---

GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
NÃO	NADA CONSTA

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO)	Nº DA DECL. DE NASCIDO VIVO
VINTE E NOVE DE MARÇO DE DOIS MIL E DEZESSEIS	30674298057

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Registro feito no Livro A 0014, às fls. 100, sob o nº 4000. DECLARANTE: JOSIVAN FERREIRA SANTOS.

NOME DO OFÍCIO: OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

IDENTIFICAÇÃO DA SERVENTIA (CNS): 158113

OFICIAL(A): INÉS MARIA VIANA MARASCHIN

MUNICÍPIO: RORAINÓPOLIS-RR

ENDEREÇO: AV DRA YANDARA, S/N - CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé
RORAINÓPOLIS - RR, 28 de março de 2016.

ZÁLIA VIANA MARIANO
ESCREVENTE AUTORIZADA
Isália Viana Mariano
Escrevente Autorizada
RORAINÓPOLIS - RR

396777

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
JOÃO MIGUEL MENDONÇA FERREIRA SANTOS
MATRÍCULA:
168121 01 65 2018 1 00042 297 0016862 92

DATA DE NASCIMENTO POR EXTESSO

Treze de fevereiro de dois mil dezeto

DA	Mes	ANO
13	02	2018

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

11:45

Rorainópolis/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

São Luiz/RR

LUGAR DE NASCIMENTO

Hosp. Regional Sul Governador Ottonar
de Souza Pinto

SEXO

mascúfino

FILIAÇÃO

JOSIVAN FERREIRA SANTOS e SIMONE MENDONÇA

AVOS

Paterno: Joel da Silva Santos e Eti Ferreira Santos

Materno: Marluce de Souza Mendonça

SEMSO

NOME EMATRÍCULA DO(S) GENÉO(S)

Não

DATA DO REGISTRO POR EXTESSO

Treze de março de dois mil dezeto

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO

30753030618

OBSERVAÇÕES

Inscrito no Cadastro de Pessoa Física CPF nº.070.519.872-32, conforme Instrução
Normativa RFB 1548/15

Encolamentos Isentos.

NAME DO CURSO: CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR
OFICIAL REGISTRAR: Tiago Natai Vieira
MUNICÍPIO/COMARCA: São Luiz/RR
ENDERECO: Travessa Rodoviária, nº 88, Centro, São Luiz/RR.
CEP: 69340-000. Telefone: (68) 3637-1708.
Email: cartorioela@gmail.com

O conteúdo da certidão é Verdadeiro. São F
São Luiz, 13 de março de 2018.

TIAGO NATAI VIEIRA
Registrado



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

JOSIVAN FERREIRA SANTOS

MATRÍCULA:

158121 01 55 2019 4 00004 207 0000976 26

SEXO

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

masculino

Parda

sólteiro e 24 anos de idade

NATURALIDADE

Caroebe-RR

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

381132-8 - SESP/RR

ELEITOR

SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de Joel da Silva Santos e Elci Ferreira Santos. Residência: Rua João Nilo, S/N dos Estados - Caroebe\RR

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Dezessete de novembro de dois mil dezoito. Hora: 00:30

DIA

MÊS

ANO

17

11

2018

LOCAL DE FALECIMENTO

Rua José Viera Sampaio, S/N, Bairro Bela Vista, Caroebe-RR em(na) Caroebe/RR

CAUSA DA MORTE

a) Trauma Crânio Encefálico, b) Fratura Exposta Craneal, c) Acidente de Moto

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO

E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO

DECLARANTE

Cemitério de Caroebe-RR

JOEL DA SILVA SANTOS

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

pelo(a) doutor(a) JUAN CARLOS PEREZ LORENZO, CRM nº 1318

OBSERVAÇÕES

Profissão: Autonomo. O falecido era eleitor, não deixou bens a inventariar e não deixou testamento conhecido. O falecido deixou 2 filho(s)..

Emolumentos Isentos.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR

OFICIAL REGISTRADOR: Tiago Natari Vieira

MUNICÍPIO/COMARCA/UF: São Luiz/RR

ENDEREÇO: Travessa Rodoviária, nº 68, Centro, São Luiz/RR

CEP: 69.370-000. Telefone: (95) 3537-1706.

Email: cartoriosla@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
São Luiz, 10 de janeiro de 2019

GEORDÂNIA PONTES DA SILVA
2ª Substituta

Geordânia Pontes da Silva
Substituta

CARTÓRIO LOUREIRO

AV VILA BOA, Nº 533 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3628-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

AUT. Confere com o Documento Original Apresentado. Dou fé.
LAF. Em testemunho _____ da verdade.

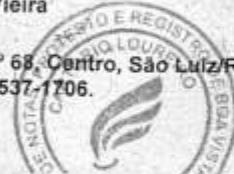
Boa Vista-RR, 16/12/2018 N° Ticket: 00142

Emol. 245, FUNDEJURR 0,25 FISC 0,10 FECON 0,10 ISS 0,10W/ S&P

Selo RECFIR15834545J4.J2248OJVWC11

Consulte seu selo <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 16435753253



ARPENBRASIL AA 011647560 BRP
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS INSTITUCIONAIS DE PERNAMBUCO



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4345127

ELVIRA GOMES DA SILVA SANTOS

R. JOSE VIEIRA SAMPAIO, S/N , CASA

CENTRO

69000000 CAROEBE

RR

CÓDIGO ÚNICO 5270081	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 29-NOV-19 a 31-DEC-19
CONSUMO (kWh) 221	VENCIMENTO 16-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 178,85

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
5270081MÊS
12/2019TOTAL A PAGAR
R\$ 178,85

836100000014.788500750005.000000005272.008112190056





RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4345127

ELVIRA GOMES DA SILVA SANTOS

R. JOSE VIEIRA SAMPAIO, S/N , CASA

CENTRO

69000000 CAROEBE

RR

CÓDIGO ÚNICO 5270081	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 29-NOV-19 a 31-DEC-19
CONSUMO (kWh) 221	VENCIMENTO 16-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 178,85

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
5270081MÊS
12/2019TOTAL A PAGAR
R\$ 178,85

836100000014.788500750005.000000005272.008112190056





RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4345127

ELVIRA GOMES DA SILVA SANTOS

R. JOSE VIEIRA SAMPAIO, S/N , CASA

CENTRO

69000000 CAROEBE

RR

CÓDIGO ÚNICO 5270081	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 29-NOV-19 a 31-DEC-19
CONSUMO (kWh) 221	VENCIMENTO 16-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 178,85

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
5270081MÊS
12/2019TOTAL A PAGAR
R\$ 178,85

836100000014.788500750005.000000005272.008112190056



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do documento do ASU:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

620.845.112-20 Fernanda Ferreira Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Jennyelle Mendonça Ferreira Santos

6 - CPF:

— — —

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Carapebus

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

69.378.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): (99) 9146-0332

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOS E CURADORES) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Simone Mendonça

18 - CPF do Representante Legal:

010.684.172-69

19 - Profissão do Representante Legal:

— — —

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

20 - RENDA MENSAL NO TITULAR DA CONTA:

 HABUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00

 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ACIMA DE R\$ 5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (some um para os bancos abaixo. Se houver mais de uma opção) Bradesco (257) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: 3783

4

CONTA: 7793

3

(Inserir o digito de verif.)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quicando total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDO NO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

 Declaro, sói os planos da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da pedido.

Solicito o prosseguimento na análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento que a seguir apresento, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica preventiva, caso necessário, às curas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o Disposto na Lei 6.134/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, desse documento ou seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE CRIMES BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do vítima: Solteiro Casado (na CM) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito/automa: 17.11.2018

25 - Grau parentesco com a vítima: 26 - Vítima teve ou tem companheiro(a): Sim Nao 27 - Se a vítima deixou compatriota(s), informar o nome completo:
Tutor(a)

28 - Vítima é: Sim 29 - Se tem filhos, informar: Sim 30 - Vítima deixou: Sim 31 - Vítima é: Sim 32 - Se tem irmãos, informar: Sim 33 - Vítima é: Sim
tutor(a) filhos? Nao vivos? Falecidos? Nao vivos? Falecidos? Nao

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT para morte à(s) três beneficiários que se apresentarem. E provarei, caso constate, atestando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a abrigação de ressarcimento ao valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista na artigo 209 do Código Penal.

94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050
1051
1052
1053
1054
1055
1056
1057
1058
1059
1050
1051
1052
1053
1054
1055
1056
1057
1058
1059
1060
1061
1062
1063
1064
1065
1066
1067
1068
1069
1060
1061
1062
1063
1064
1065
1066
1067
1068
1069
1070
1071
1072
1073
1074
1075
1076
1077
1078
1079
1070
1071
1072
1073
1074
1075
1076
1077
1078
1079
1080
1081
1082
1083
1084
1085
1086
1087
1088
1089
1080
1081
1082
1083
1084
1085
1086
1087
1088
1089
1090
1091
1092
1093
1094
1095
1096
1097
1098
1099
1090
1091
1092
1093
1094
1095
1096
1097
1098
1099
1100
1101
1102
1103
1104
1105
1106
1107
1108
1109
1100
1101
1102
1103
1104
1105
1106
1107
1108
1109
1110
1111
1112
1113
1114
1115
1116
1117
1118
1119
1110
1111
1112
1113
1114
1115
1116
1117
1118
1119
1120
1121
1122
1123
1124
1125
1126
1127
1128
1129
1120
1121
1122
1123
1124
1125
1126
1127
1128
1129
1130
1131
1132
1133
1134
1135
1136
1137
1138
1139
1130
1131
1132
1133
1134
1135
1136
1137
1138
1139
1140
1141
1142
1143
1144
1145
1146
1147
1148

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº da placa do ASEL:

3 - CPF da vítima:

030.896.112-20

4 - Nome completo da vítima:

Simeon Mendes Ferreira Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (MÍNIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

José Simeon Mendes Ferreira Santos

6 - CPF:

111.368.000-00

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Zona Rural

13 - Estado:

CA

14 - Fone:

69.376.000

15 - Te. (DDUO):

(61) 345-0332

16 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DAIS 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

010.684.172-69

19 - Profissão do Representante Legal:

11

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SPM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (selecione seu banco preferido. Adicione uma opção)

Bradesco (207) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (204)

CONTA CORRENTE (selecione banco)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 3283 | CONTA: 7793 | B

(Inserir o dígito de verif.) (Inserir o dígito de verif.) (Inserir o dígito de verif.) (Inserir o dígito de verif.)

Autorizo à Seguradora Lider a credêrter na conta bancária informada, do minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sem reservas após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o preenchimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Dá-se a entender que este autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso

DECLARAÇÃO DE DADOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (e Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo | 24 - Data da óbito da vítima: 17.11.2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compatrioto(a): Sim Não | 27 - Se a vítima deixou compatrioto(s), informar o nome completo:
+ 4280

28 - Vítima: Sim | 29 - Setinha (vivo, falecido): Vivo | 30 - Vítimadela: Sim | 31 - Vítima: Sim | 32 - Setinha (morte, falecida): Morta | 33 - Vítima deixou: Sim
familiar? Não | Vívo: Falecido: Morto/falecida: Não | morta/falecida: Não | falecida: Não | pais/avôs/vóis? Não | pais/avôs/vóis? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem esta condição, esclarecendo, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da quem assina o pedido (a rogo):

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):

36 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

40 - Local e Data: Rio de Janeiro 15/11/2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL NOME	381132-8	DATA DE EXPEDIÇÃO 09/09/2008
JOSIVAN FERREIRA SANTOS		
FILHINHO		
JOEL DA SILVA SANTOS		
ELCI FERREIRA SANTOS		
NATURALIDADE		
CAROÉBE - RR		
DOC. ORIGEM		
CERTO NASC 6180 FLS 90V LIV A-9		
SÃO LUIZ DO ANAUÁ - RR		
1 VIA	Rita de Cássia Coelho de Araújo Diretora do ITC	DATA DE NASCIMENTO 15/06/1994
LEI N°7.116 DE 20/06/90		
P 13		

MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria da Receita Federal	
CPF – CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
Nome	JOSIVAN FERREIRA DOS SANTOS
Nº de Inscrição	Data do Nascimento
539895112- 20	15/07/1994



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

JOÃO MIGUEL MENDONÇA FERREIRA SANTOS

MATRÍCULA:

158121 01 55 2018 1 00042 297 0016862 92

DATA DE NASCIMENTO POR EXTESSO

Treze de fevereiro de dois mil dezoito DIA 13

MÊS 02

ANO 2018

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

11:45

Rorainópolis/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

São Luiz/RR

Hosp. Regional Sul Governador Ottomar
de Souza Pinto

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

JOSIVAN FERREIRA SANTOS e SIMONE MENDONÇA

AVÓS

Paternos: Joel da Silva Santos e Elci Ferreira Santos

Maternos: Marluce de Souza Mendonça

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Não

DATA DO REGISTRO POR EXTESSO

Treze de março de dois mil dezoito

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30753030618

OBSERVAÇÕES

Inscrito no Cadastro de Pessoa Física CPF nº.070.519.872-32, conforme Instrução
Normativa RFB 1548/15

Emolumentos Isentos.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR

OFICIAL REGISTRADOR: Tiago Natari Vieira

MUNICÍPIO/COMARCA/UF: São Luiz/RR

ENDEREÇO: Travessa Rodoviária, nº 68, Centro, São Luiz/RR -

CEP: 69.370-000. Telefone: (65) 3637-1705.

Email: cartorioficial@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
São Luiz, 13 de março de 2018

TIAGO NATARI VIEIRA
Registrador

99018 BRP

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 354932-1

DATA DE
EXPEDIÇÃO 12/01/2007

NOME SIMONE MENDONÇA

FILIAÇÃO:

MARLUCE DE SOUZA MENDONÇA

NATURALIDADE

MANAUS - AM

DOC. ORIGEM

CERTO NASC 600 FLS 039 LIV A:171

6 OF MANAUS - AM

CPF

1 VIA

Rua de Clássia Coelho de Araújo
Diretora do DDC

P-5



AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é
verdade e dou a Roraima - RR, 30 de dezembro de 2019.
SELO TURF: RECFIR168113W1L688KECFMENK68, Data/Hora: 30/12/2019
11:11:30 - Total: R\$ 4,50, Emolumentos: R\$ 2,45, FECOM: R\$ 0,10,
FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,10, FUNDEJUR: R\$ 0,25, ISS: R\$ 0,10, Selo: R\$
1,50. Consulte em <https://licitades.poderjudicial.com.br>
ROSILENE GOMES DE LIMA - Escrivane Autorizada

E REGISTRO CIVIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

010.684.172-69

Nome

SIMONE MENDONCA

Nascimento

08/09/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Assinatura do Titular

CARTÓRIO

DE NOTAS PÓS-EXAMES

EXERCITANTE

CARTERA DE IDENTIFICAÇÃO

tabramendona@gmail.com 55 95 3238.2068

Rua Pedro Daniel da Silva, 1825 - Centro

Roraima/RR - CEP: 69.373-000

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é
verdade e dou a Roraima - RR, 30 de dezembro de 2019.
SELO TURF: RECFIR168113W1L688KECFMENK68, Data/Hora: 30/12/2019
11:11:30 - Total: R\$ 4,50, Emolumentos: R\$ 2,45, FECOM: R\$ 0,10,
FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,10, FUNDEJUR: R\$ 0,25, ISS: R\$ 0,10, Selo: R\$
1,50. Consulte em <https://licitades.poderjudicial.com.br>
ROSILENE GOMES DE LIMA - Escrivane Autorizada

E REGISTRO CIVIL

dígito verificador: 00

as 16:58:13 do dia 18/01/2013 (hora e data de Brasília)

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante emitido pela

www.receita.fazenda.gov.br

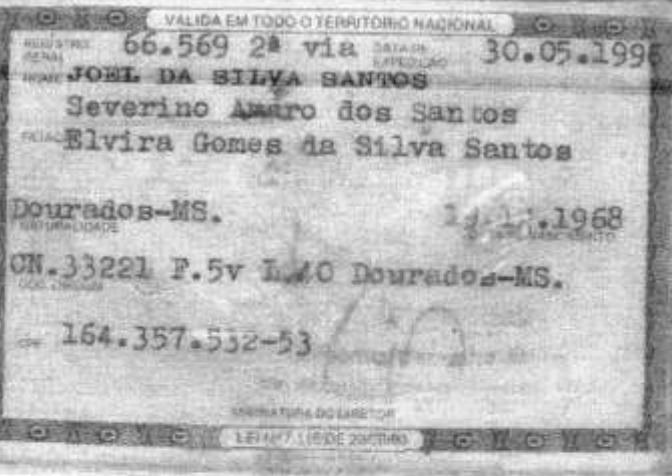
A autenticidade desse comprovante deverá

ser confirmada na internet, no endereço

D5FD.C070.JAAD2.9644

CÓDIGO DE CONTROLE





Declaração de Óbito

18013922-3

I Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito	<input type="checkbox"/> Data do óbito	<input type="checkbox"/> Hora	<input type="checkbox"/> Cartório SUS	<input type="checkbox"/> Materializado		
	<input type="checkbox"/> Fetal	<input type="checkbox"/> Não Fetal	<input type="checkbox"/> Morto do Falecido	Aviso: Use este formulário para óbitos naturais.			
II Residência	<input type="checkbox"/> Nome do Pai	<input type="checkbox"/> Nome da Mãe					
	<input type="checkbox"/> Data de nascimento	<input type="checkbox"/> Idade	Alunos de 1º ano	Alunos de 2º ano	<input type="checkbox"/> Situação conjugal		
		Ano completo	Meses	Dias	Horas	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Separado/vivendo juntos
						<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> União informal
						<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Ignorado
		<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída)	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Raca/Cor			
		Nível	<input type="checkbox"/> M. Masculino	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Parda		
		<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> F. Feminino	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Amarela		
		<input type="checkbox"/> Fundamental I (1º a 4º Série)	<input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Indígena			
		<input type="checkbox"/> Fundamental II (5º a 8º Série)	<input type="checkbox"/> Superior completo				
	<input type="checkbox"/> Legenda:rua, praça, avenida, etc.	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual			Código CBO 2002		
		Informar anterior, se aposentado / desempregado.					
III Ocorrência	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito	<input type="checkbox"/> Número	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> CEP			
		<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Municipio de residência	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF		
	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito	<input type="checkbox"/> Estabelecimento			Código CNES		
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Ignorado				
<input type="checkbox"/> Outros inst. sócio	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> Ignorado					
<input type="checkbox"/> Endereço da ocorrência, se for do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)	<input type="checkbox"/> Número	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> CEP				
<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Municipio de ocorrência	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF			
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS PÉTALAS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE							
IV Faleceu menor que 1 ano	<input type="checkbox"/> Idade (anos)	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída)	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual	Informar anterior, se aposentada / desempregada			
			<input type="checkbox"/> Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Médio (até 2º grau)	<input type="checkbox"/> Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Fundamental I (1º a 4º Série)	<input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Fundamental II (5º a 8º Série)	<input type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Número de filhos vivos	<input type="checkbox"/> N.º de semanas de gestação	<input type="checkbox"/> Tipo de gravidez	<input type="checkbox"/> Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Morte em relação ao parto		
	Kids	V.25	<input type="checkbox"/> Unica	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Antes		
	1	1	<input type="checkbox"/> Dupla	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Durante		
	0	0	<input type="checkbox"/> Tríplo e mais	<input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Depois		
	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Ignorada		
ÓBITO DE MULHER EM TRIMESTRE AVANÇADO							
<input type="checkbox"/> A morte ocorreu:	<input type="checkbox"/> No parto	<input type="checkbox"/> On 48 dias a 1 ano após a parto	<input type="checkbox"/> Recém-nascido, medias durante a época que ocorreu a morte?	DIAGNÓSTICO CONSIDERADO			
	<input type="checkbox"/> No parto	<input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto	<input type="checkbox"/> Não uterina (excluindo períodos de lactação)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA						
Parte I							
Ocorre em todos os tipos de óbito, natural ou não.							
Parte II							
Outras condições significativas que contribuem para a morte, e que não entram, porém, na causa principal.							
V Condições e circunstâncias do óbito	<input type="checkbox"/> Causas antecedentes	Deve ser o motivo que levou à morte.					
	Parte I						
	Outras condições antecedentes que contribuem para a morte, e que não entram, porém, na causa principal.						
VI Medico							
<input type="checkbox"/> Nome do Médico	<input type="checkbox"/> CRM	<input type="checkbox"/> Óbito atestado por Médico	Município e UF do SVO ou INI				
<input type="checkbox"/> Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	<input type="checkbox"/> Data do atestado	<input type="checkbox"/> Assinatura	UF				
VII Causas externas							
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE Morte NÃO NATURAL (Informações da carceraria, instituição carcerária)							
<input type="checkbox"/> Tipo	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Acidente do trabalho	<input type="checkbox"/> Morte	<input type="checkbox"/> Fonte de informação	<input type="checkbox"/> Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Suicídio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Crime	<input type="checkbox"/> Dose de Ocasional	<input type="checkbox"/> Família		
	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> N/a	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Outra		
VIII Carcereiro							
SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO							
Endereço (rua, praça, avenida, etc.)							
<input type="checkbox"/> Cartório	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Registro	<input type="checkbox"/> Data				
<input type="checkbox"/> Município							
<input type="checkbox"/> Declarante	<input type="checkbox"/> Testemunhas						
	A						
	B						
Localid. S/ Médico							



CARTÓRIO
DE NOTAS, PROTESTOS
E REGISTRO CIVIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1º TABELIONATO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL E
PROTESTOS DE TÍTULOS DA COMARCA DE
RORAINÓPOLIS



Inês Maria Viana Maraschin - Tabeliã

Av. Dra. Yandara s/n. Centro, Rorainópolis/RR - CEP: 69.373-000. Fone: (95) 3238-2068 Email: taborrainopolis@gmail.com

LIVRO Nº 051

ATO Nº 03296

FLS 150
1º TRASLADO

PROCURAÇÃO QUE FAZ E ASSINA NA FORMA ABAIXO DECLARADA

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos trinta (30) dias do mês de dezembro (12) do ano de dois mil e dezenove (2019), neste município de Rorainópolis - Estado de Roraima, perante mim, Escrevente Autorizada, compareceu como OUTORGANTE SIMONE MENDONÇA, brasileira, solteira, do lar, filha de Marluce de Souza Mendonça, nascida em 08/09/1991, portadora da cédula de identidade RG nº 354932-1 SSP/RR emitida em 12/01/2007, e inscrita no CPF/MF sob o nº 010.684.172-69, residente e domiciliada na Vila Jundiá, Rorainópolis/RR, identificada como a própria, conforme documentos apresentados para lavratura desta procuração, do que dou fé. Pela parte, me foi dito que por este instrumento nomeia e constitui seu filho de Severino Amaro dos Santos e Elvira Gomes da Silva Santos, nascido em 19/12/1968, portador da cédula de identidade RG nº 66569 SSP/RR, e inscrito no CPF/MF sob o nº 164.357.532-53, residente e domiciliado no município de Caroebe/RR, a quem confere os mais amplos, gerais e ilimitados poderes para o fim especial de, requerer, dar andamento, receber e assinar quaisquer documentos relativos à Indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT a que tem direito a Outorgante, podendo para tanto, abrir e acompanhar autos, firmar compromissos e obrigações, transigir, desistir, juntar e retirar documentos, fazer declarações e justificações, produzir provas, requerer certidões de quaisquer espécies e praticar todos atos necessários, inclusive requerer, recorrer, constituir advogado com poderes da cláusula "ad judicia e et extra" com os mais amplos poderes em qualquer juízo, instância ou tribunal; podendo ainda dito procurador, junto ao Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais competente, requerer e retirar, por qualquer meio, 2ª Vias de documentos, inclusive 2ª Vias das Certidões de Nascimento dos filhos da outorgante, podendo assinar termos, praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao fiel desempenho do presente mandato procuratório. Os dados contidos neste instrumento foram fornecidos e conferidos pelo Outorgante, e por eles assume total responsabilidade. Assim o disse do que dou fé, e me pediu este instrumento que lhe(s) é lido em voz alta e clara que aceita(m), e assina(m). Dispensadas as testemunhas nos termos da lei nº 6.952 de 06 de novembro de 1981, publicada no Diário Oficial da União de 10 de novembro de 1981. Eu, _____ Rosilene Gomes de Lima - Escrevente Autorizada, que a fiz digitar, colhendo a(s) assinatura(s) do(s) Outorgante(s). Nada mais.

Procuração SELO TJRR: PROPUB158113CF9FSFKK5U4TAW11. Total: R\$ 52,85.
Emolumentos: R\$ 41,10, FECOM: R\$ 2,05, FISCALIZACAO: R\$ 2,05, FUNDEJURR: R\$ 4,10, ISS: R\$ 2,05, Selo: R\$ 1,50

Rosilene Gomes de Lima

*Outorgante Autorizada
Escrevente Autorizada
Tabelião de Notas*

tabrorainopolis@gmail.com 55 95 3238 2068
Av. Dra. Yandara, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | Cep: 69.373.000



CARTÓRIO DE NOTAS PROTESTOS
E REGISTRO CIVIL
Rua Pedro David da Silva, nº 1825 Centro
Cep 69.373-000
RORAINÓPOLIS-RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1º TABELIONATO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL E
PROTESTOS DE TÍTULOS DA COMARCA DE
RORAINÓPOLIS



Inês Maria Viana Maraschin - Tabeliã

Av Dra Yandara, s/n, Centro, Rorainópolis/RR - CEP. 69.373-000. Fone. (95)
3238-2068 Email: tabeliorainopolis@gmail.com

Traslado: SELO TJRR: CERATO158113LUNM0B2KCFBBW78. Total: R\$ 11,70,
Emolumentos: R\$ 8,20, FECOM: R\$ 0,40, FISCALIZACAO: R\$ 0,40, FUNDEJURR. R\$
0,80, ISS: R\$ 0,40, Selo: R\$ 1,50

Rorainópolis/RR, 30 de dezembro de 2019.

Simone Mendonça

SIMONE MENDONÇA

Outorgante

ROSILENE GOMES DE LIMA

Esposa de Simone Mendonça
Esposa Autenticada
Rorainópolis-RR

CARTÓRIO DE NOTAS PROTESTOS
E REGISTRO CIVIL
Rua Pedro David da Silva, nº 1825 Centro
Cep 69.373-000
RORAINÓPOLIS-RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019990/20

Vítima: JOSIVAN FERREIRA SANTOS

CPF: 539.895.112-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2018

Titular do CPF: JOSIVAN FERREIRA
SANTOS

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Certidão de nascimento
- Certidão de óbito
- Documentos de identificação
- Outros

SIMONE MENDONCA : 010.684.172-69

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Documentos de identificação

JOAO MIGUEL FERREIRA MENDONCA : 070.519.872-32

- Autorização de pagamento
- Certidão de nascimento
- Comprovante de residência
- Declaração de únicos herdeiros
- Documentos de identificação

JAMYILLE MENDONCA FERREIRA SANTOS :

- Autorização de pagamento
- Certidão de nascimento
- 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 apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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 cada um.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020

Nome: SIMONE MENDONCA

CPF: 010.684.172-69

SIMONE MENDONCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019990/20

Vítima: JOSIVAN FERREIRA SANTOS

CPF: 539.895.112-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2018

Titular do CPF: JOSIVAN FERREIRA SANTOS

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

SIMONE MENDONCA : 010.684.172-69

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOAO MIGUEL FERREIRA MENDONCA : 070.519.872-32

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

JAMYLLE MENDONCA FERREIRA SANTOS :

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
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 apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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 cada um.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: SIMONE MENDONCA
CPF: 010.684.172-69

SIMONE MENDONCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA