

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2951208920210113103054

Processo 0800918-71.2020.8.23.0060  - (32 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 10435 - Acidente de Trânsito**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)																																											
Realces 																																																
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																																																
Filtros 																																																
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor																																																
Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/>																																																
Descrição: <input type="text"/>																																																
7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7																																																
500 por pág.  1 <table border="1"><thead><tr><th>Seq.</th><th>Data</th><th>Evento</th><th>Movimentado Por</th></tr></thead><tbody><tr><td>[-]</td><td>7 13/01/2021 10:30:54</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</td></tr><tr><td></td><td></td><td>7.1 Arquivo: Petição</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776444CONTESTACAO01.pdf Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>7.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776444CONTESTACAOAnexo02.pdf Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KIT SEGURADORA LDER.pdf Público</td></tr><tr><td>[+]</td><td>6 11/01/2021 19:01:41</td><td>CONCEDIDO O PEDIDO</td><td>Raimundo Anastácio Carvalho Dutra Filho Magistrado</td></tr><tr><td>5</td><td>11/12/2020 18:57:26</td><td>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>4</td><td>11/12/2020 18:57:26</td><td>RECEBIDOS OS AUTOS</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>3</td><td>11/12/2020 18:57:26</td><td>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>2</td><td>11/12/2020 18:57:26</td><td>DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de São Luiz do Anauá</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>[+]</td><td>1 11/12/2020 18:57:26</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</td><td>Albenice Pessoa Chagas Advogado</td></tr></tbody></table>					Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	[-]	7 13/01/2021 10:30:54	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador			7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776444CONTESTACAO01.pdf Público			7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776444CONTESTACAOAnexo02.pdf Público			7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KIT SEGURADORA LDER.pdf Público	[+]	6 11/01/2021 19:01:41	CONCEDIDO O PEDIDO	Raimundo Anastácio Carvalho Dutra Filho Magistrado	5	11/12/2020 18:57:26	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	4	11/12/2020 18:57:26	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	3	11/12/2020 18:57:26	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	2	11/12/2020 18:57:26	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de São Luiz do Anauá	SISTEMA CNJ	[+]	1 11/12/2020 18:57:26	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Albenice Pessoa Chagas Advogado
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																																													
[-]	7 13/01/2021 10:30:54	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																													
		7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776444CONTESTACAO01.pdf Público																																													
		7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776444CONTESTACAOAnexo02.pdf Público																																													
		7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KIT SEGURADORA LDER.pdf Público																																													
[+]	6 11/01/2021 19:01:41	CONCEDIDO O PEDIDO	Raimundo Anastácio Carvalho Dutra Filho Magistrado																																													
5	11/12/2020 18:57:26	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ																																													
4	11/12/2020 18:57:26	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ																																													
3	11/12/2020 18:57:26	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ																																													
2	11/12/2020 18:57:26	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de São Luiz do Anauá	SISTEMA CNJ																																													
[+]	1 11/12/2020 18:57:26	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Albenice Pessoa Chagas Advogado																																													



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO LUIZ DO ANAUA/RR

Processo n.º **08009187120208230060**

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JAMYLLA MENDONCA FERREIRA SANTOS** e **JOAO MIGUEL MENDONÇA FERREIRA**, representados por **SIMONE MENDONÇA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

Alegam as partes Autoras em sua peça vestibular que seu ente querido **JOSIVAN FERREIRA DOS SANTOS**, foi vítima de acidente automobilístico ocorrido em 18/11/2018, o que acarretou no seu óbito.

No presente caso, não foi comprovada pela parte autora a NEGATIVA da Seguradora Ré do requerimento extrajudicial, com referência ao pagamento da indenização securitária, sendo, portanto, indevido o ajuizamento da presente ação.

Ademais, de acordo com o art. 5º, §1º, da Lei nº 6.194/74, a regulação do sinistro deve ser realizada no prazo de 30 dias pela seguradora mediante a apresentação pelo segurado dos documentos que o parágrafo do dispositivo menciona.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015^[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

DA FALTA DE INTERESSE DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o *INTERESSE PROCESSUAL*.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendencia, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inérgia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violão ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transrito:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)"

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inherência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

CARÊNCIA DE AÇÃO - FALTA DE DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(AUTO DE NECRÓPSIA / LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – IML).

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT a indenize pelo suposto falecimento de seu ente no acidente noticiado.

A RÉ DEMONSTRARÁ A SEGUIR QUE A PARTE AUTORAL CARECE DA AÇÃO POR NÃO TER FEITO A COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL DA SUA PRETENSÃO.

A lei é clara, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos, quais sejam:

“Art. 5º(…)

§1º(…)

a) Certidão de óbito, registro da ocorrência policial competente e a qualidade de beneficiários no caso de morte;

§3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecido diretamente pelo Instituto Médico Legal, independente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente

Ademais, o artigo 5º da Resolução CNSP nº 07/97, repetindo praticamente o que dispõe a lei, assim disciplina:

“Caso seja detectada falha de ordem formal em um dos documentos mencionados nos artigos 2º e 4º, ou a existência de indícios de fraude, deverá a seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da documentação, notificar o interessado com “aviso de recebimento”, solicitando os documentos ou esclarecimentos necessários à elucidação do assunto.”

Constata-se que não há nos autos o Laudo do Instituto Médico Legal certificando, com a exatidão que a lei determina a *causa mortis* da vítima como sendo oriunda de acidente automobilístico noticiado.

Essa prova documental incumbe à parte Autora, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 333, I, do CPC.

Dessa forma, como a certidão de óbito não informa que houve acidente de trânsito, não poderia a parte autora pleitear indenização a título de seguro obrigatório, DPVAT, pelo falecimento de seu ente querido, ainda, que lhe tenha causado dor, pois o seguro DPVAT tem requisitos legais a serem obedecidos os quais são alegados ao longo da peça processual que ora se apresenta.

DO MÉRITO

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS/DOCUMENTOS CONTEMPORÂNEOS COMPLEMENTARES/ NÃO CONSTA ACIDENTE DE TRÂNSITO NA CERTIDÃO DE ÓBITO

A Lei que regula a indenização pleiteada pela Autora é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a morte e o acidente noticiado.

EM QUE PESE A PARTE AUTORA TER JUNTADO AOS AUTOS A CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA, NÃO HÁ ELEMENTOS CAPAZES DE COMPROVAR QUE A VÍTIMA TERIA FALECIDO EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO.

EXA., APESAR DA PARTE AUTORA TER JUNTADO A CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA, NÃO FICOU COMPROVADO ATRAVÉS DOS DEMAIS DOCUMENTOS TRAZIDOS PELO AUTOR QUE A MORTE DA VÍTIMA DECORREU DO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

CUMPRE-SE RESSALTAR AINDA QUE A PARTE AUTORA NÃO JUNTOU NENHUM DOCUMENTO CONTEMPORÂNEO AO SINISTRO, DEIXANDO AINDA DE APRESENTAR A CERTIDÃO DO AUTO DE NECROPSIA / LAUDO CADAVÉRICO.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supra transcrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do CPC.

No caso em apreço, não obstante dispensável a verificação do elemento culpa, mormente por se tratar de um seguro cuja responsabilidade é objetiva, é imprescindível a verificação de nexo de causalidade entre o acidente automobilístico e o dano fatal, sob pena de inviabilizar a indenização prevista na Lei 6194/74.

DESTARTE, COMO NÃO HÁ COMPROVAÇÃO CABAL DO NEXO CAUSALIDADE ENTRE A MORTE E O SUPOSTO ACIDENTE NOTICIADO, DEVERÁ SER A IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO É A MEDIDA QUE SE IMPÕE.

DA PLENA VIGÊNCIA DA LEI 11.482/07

ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74

Cumpre salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT4.

Destaque-se ainda, que a Lei 11.482/07 modifica a forma de pagamento a ser realizado aos beneficiários legais e o mesmo art. 8º da referida Lei, alterou o art. 4º da Lei 6.194/74, no sentido de que a indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil 5.

Desta forma, resta indiscutivelmente comprovado que a verba indenitária deve ser rateada entre todos os beneficiários da vítima.

Reiterando que o valor indenizável para a cobertura de evento morte é de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), verifica-se que o valor deve ser dividido entre todos os beneficiários da vítima.

Portanto, para que a autora possa receber o valor referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, deve comprovar a qualidade de única beneficiária.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação6.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, requer a Ré a improcedência da ação, tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira o autor esclarecer se é o único beneficiário da vítima ou tem conhecimento da existência de outros herdeiros;
- Queira o autor esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela;

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 11 de janeiro de 2021.

**SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR**

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RR 451-A **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **SIVIRINO PAULI**, inscrito na OAB/RR sob o nº 101-B e **DIEGO LIMA PAULI**, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº 858-N, ambos com escritório na AV. MARIO HOMEM DE MELO, Nº 652, CENTRO, BOA VISTA/RR. CEP: 69.301-200, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JAMYLLE MENDONCA FERREIRA SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SAO LUIZ DO ANAUA**, nos autos do Processo nº 08009187120208230060.

Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 2021.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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:

5 - Nome completo:

Jamyelle Mendonça Ferreira Santos

6 - CPF:

11

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua JOSE VIEIRA Sampaio

9 - Número:

511

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

CAROÉBE

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

2

Falecidos:

0

30 - Vítima deixou

nasiduro (várias):

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

1

Falecidos:

0

 Sim

pais/avós vivos?

 Não

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

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)

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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Miguel Mendonça Ferreira Santos - 11-
 7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua José Vieira Sampaio 9 - Número: 51N 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Caroebe 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.378.000
 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (65) 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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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: 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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, Beira Mar - RR 15/11/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

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 - CIRÚLAR SUSEP NR 415/2012

5 - Nome completo:

Jennyelle Mendonça Teixeira Santos

6 - CPF:

11 -

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

69.348.000

(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 -

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

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REÚSO: INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 A 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 DA BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (sómente para os bancos abaixo, redigir o nome na opção)

CONTA CORRENTE (para os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o digito de verificação)

(Inserir o digito de verificação)

Autorizo a Seguradora a poder 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 IMI - PRÉENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- NÃO tenho IMI, que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Apresentado seu apresentação da laura do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente no trânsito causado por veículo automóvel, 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 - PRÉENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

17.11.2018

25 - Seu nome completo:

26 - Vítima deixou (compartilhou):

Sim

Não

27 - Seu nome completo (compartilhado), informar o nome completo:

Simone Mendonça

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se entre filhos, informar

30 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

31 - Vítima:

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

33 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

34 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

35 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

36 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

37 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

38 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

39 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

40 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

41 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

42 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

43 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

44 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

45 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

46 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

47 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

48 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

49 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

50 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

51 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

52 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

53 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

54 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

55 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

56 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

57 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

58 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

59 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

60 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

61 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

62 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

63 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

64 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

65 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

66 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

67 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

68 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

69 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

70 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

71 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

72 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

73 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

74 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

75 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

76 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

77 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

78 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

79 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

80 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

81 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

82 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

83 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

84 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

85 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

86 - Vítima (vivo ou morto):

Sim

Não

87 - Vítima (vivo ou morto):



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:	APELIDO:	
COR / IDADE: 24 ANOS	PROFISSAO: MECÂNICO	
DATA DE NASCIMENTO:	FONE: (95)	
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. F.

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): INÊS 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.

INÊS MARIA VIANA MARASCHIN
ESCREVENTE AUTORIZADA
Isilda Viana Maranho
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

LUGAL 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.

Nome do(a) CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR
Oficial Registrador: Tiago Natai Vieira
Município/Comarca: São Luiz/RR
Endereço: Travessa Rodoviária, nº 88, Centro, São Luiz/RR.
CNPJ: 05.448.000.0001-00. Telefone: (68) 3637-1700.
E-mail: cartorioela@gmail.com

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

TIAGO NATAI VIEIRA
Registrador



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	solteiro e 24 anos de idade		
NATURALIDADE		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR	
Caroebe-RR		381132-8 - SESP/RR	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		DIA	MÊS	ANO
Dezesseis de novembro de dois mil dezoito. Hora: 00:30		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 São, 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 0,00

Selo RECFIR15834545J4J2248OJVWC11

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

CPF Solicitante: 16435753253

DR. JOZIEL LOUREIRO

TABELIÃO E REGISTRADOR

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS REGISTRADORES DE PESSOAS NATURAIS

ARPENBRAZIL AA 011647560 BPP



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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
5270081	12/2019	29-NOV-19 a 31-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
221	16-JAN-20	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
 5270081

MÊS	TOTAL A PAGAR
12/2019	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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
5270081	12/2019	29-NOV-19 a 31-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
221	16-JAN-20	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
 5270081

MÊS	TOTAL A PAGAR
12/2019	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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
5270081	12/2019	29-NOV-19 a 31-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
221	16-JAN-20	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
 5270081

MÊS
 12/2019

TOTAL A PAGAR
 R\$ 178,85

836100000014.788500750005.000000005272.008112190056



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) **INVALIDEZ PERMANENTE** **MORTE**

2 - Nº do atestado ou ASEL:

3 - CPF da vítima:

030.895.112-20

4 - Nome completo da vítima:

Simeon Mendonça Favarina 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:

Simeon Mendonça Favarina Santos

6 - CPF:

-11-

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

15 - E-mail:

16 - Telefone:

9 - Número:

10 - Complemento:

13 - Estado:

14 - CPF:

17 - Te (DDUO):

69.376.000

1619145-0332

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

Simeon Mendonça

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\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (selecione seu banco de conta. Adicione uma opção) Bradesco (207) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA:

CONTAS:

(Incluir o dígito de verific.)

(Incluir o dígito de verific.)

 CONTA CORRENTE (selecione banco)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 3283 4

CONTAS: 7793 3

(Incluir o dígito de verific.)

(Incluir o dígito de verific.)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar 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 ALIENÁNCIA 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. Declaro que este autorização não significa prévia 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

morte da vítima:

17.11.2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compêndio(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima

 Sim

29 - Setinha (símbolos):

30 - Vítima deixou testemunha:

 Sim Não

31 - Vítima

32 - Setinha (símbolos):

 Sim Não

33 - Vítima deixou

 Sim Não

34 - Impressionante

 Agi - de

vítima ou

bem e/ou

má - falecido(a)

35 - Nome legível de quem assina o 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 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		
DATA DE NASCIMENTO 15/06/1994		
DOC. CRÍDEM CERTO NASC 6180 FLS 90V LIV A-9		
SÃO LUIZ DO ANAUÁ - RR		
1 VIA	Rita de Cássia Coelho de Araújo Diretora do ITC	P 13
LEI N°7.116 DE 20/06/90		

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

Cartório de São Luiz

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

1. VIA

Rua de Clássia Coelho de Araújo
Diretora do DDC

P-5

CARTÓRIO
DE NOTAS PREGAÇAS
EXERCITANTE

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é
verdade e dou: Roraima - RR, 30 de dezembro de 2019.
SELO TUR: RECFIR168113W1L688KECFMENK88, 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, Selos: R\$
1,50. Consulte em <https://licitades.poderjudicial.com.br>
ROSILENE GOMES DE LIMA - Escrivane Autorizada

PROTESTOS

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



Simone Mendonça
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIFICAÇÃO

tabrammepela@gmail.com 55 95 3238.2068
Rus Pedro Daniel da Silva, 1825 - Centro
Roraima/RR - CEP: 69.373-000

CARTÓRIO
DE NOTAS PREGAÇAS
EXERCITANTE

AUTENTICAÇÃO
Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é
verdade e dou: Roraima - RR, 30 de dezembro de 2019.
SELO TUR: RECFIR168113W1L688KECFMENK88, 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, Selos: R\$
1,50. Consulte em <https://licitades.poderjudicial.com.br>
ROSILENE GOMES DE LIMA - Escrivane Autorizada

PROTESTOS

E REGISTRO CIVIL

dígito verificador: 00

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

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante emitido pela

www.receita.fazenda.gov.br

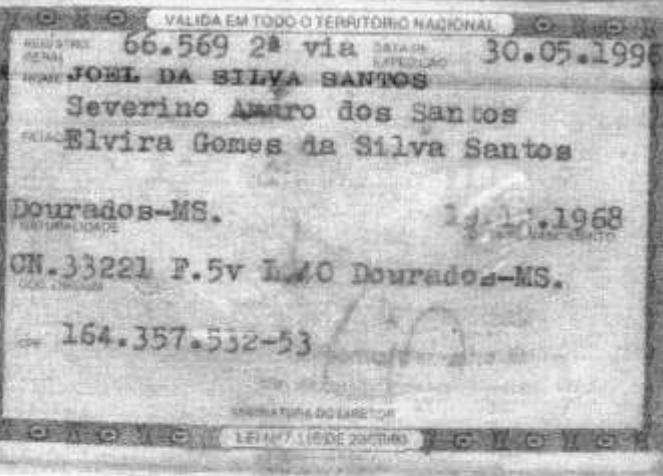
A autenticidade desse comprovante deve ser

ser confirmada na internet, no endereço

D5FD.C070.JAAD2.9644

CÓDIGO DE CONTROLE





Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito	<input type="checkbox"/> Data do óbito	<input type="checkbox"/> Motor	<input type="checkbox"/> Carteira SUS	<input type="checkbox"/> Materializado			
	<input type="checkbox"/> Fetal	<input type="checkbox"/> Não Fetal	<input type="checkbox"/> Motivo do Falecimento	Aviso: A declaração é de responsabilidade do declarante				
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 1 ano	Alunos de 5 anos	Alunos de 9 anos			
		Alunos completo	Meses	Dias	Horas			
Ocorrência	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Nível	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Médio (até 2º grau)	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Série			
		<input type="checkbox"/> Fundamental I (1º a 4º Série)	<input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 9			
		<input type="checkbox"/> Fundamental II (5º a 8º Série)	<input type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado			
IV Faleceu menor que 1 ano	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ignorado			
		<input type="checkbox"/> Outros inst. sócio	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 2			
V Condições e circunstâncias do óbito	<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"/> UF			
VI Morte	<input type="checkbox"/> Local de óbito	<input type="checkbox"/> Número	<input type="checkbox"/> Nome	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> CEP	<input type="checkbox"/> UF		
VII Causas externas	<input type="checkbox"/> A morte ocorreu	<input type="checkbox"/> No gabinete	<input type="checkbox"/> No hospital	<input type="checkbox"/> On 48 dias a 1 ano após a parto	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Recbido assist. médica durante a ocorrência que ocasionou a morte?	<input type="checkbox"/> Negócio?	
		<input type="checkbox"/> No jardim	<input type="checkbox"/> Até 42 dias após a parto	<input type="checkbox"/> Não uterina	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
VIII Cenário	<input type="checkbox"/> Causas da morte	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					<input type="checkbox"/> Temp. aproximado entre o óbito e a ocorrência é 8 horas	<input type="checkbox"/> CD
	PARTE I	Ocorre em menor número que causa diretamente a morte.						
	CASAS ANTECEDENTES	Estados mórbidos, se existem, que provocaram a morte. Neste caso registre, mencionando o local e o dia da morte.						
		a) Deve ser o caso comum, comum de:						
		b) Deve ser o caso comum, comum de:						
		c) Deve ser o caso comum, comum de:						
		d) Deve ser o caso comum, comum de:						
		e) Deve ser o caso comum, comum de:						
		f) Deve ser o caso comum, comum de:						
		g) Deve ser o caso comum, comum de:						
IX Localid. S/ Médico	<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	<input type="checkbox"/> S/	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
X Causas internas	<input type="checkbox"/> PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE Morte NÃO NATURAL (Informações de caráter estatístico e epidemiológico)							
	<input type="checkbox"/> Tipo	<input type="checkbox"/> Acidente	<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"/> Homicídio	<input type="checkbox"/> Doença	<input type="checkbox"/> Doença de Ocasional	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Outra		
	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado		
XI Morte	<input type="checkbox"/> Legislação (RMS, praça, avenida, etc.)	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Registro	<input type="checkbox"/> Data	<input type="checkbox"/> UF			
	<input type="checkbox"/> Carteira							
	<input type="checkbox"/> Município							
	<input type="checkbox"/> Declarante	<input type="checkbox"/> Testemunhas						
		A						
		B						



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: tabeliororainopolis@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, 2º Vias de documentos, inclusive 2º Vias das Certidões de Nascimento dos filhos da outorgante, podendo assinar termos, requerimentos, declarações e demais documentos necessários, pagar taxas, enfim, 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

Rosilene Gomes de Lima
Escrevente Autorizada
Tabelionato de Notas
1º Tabelionato de Notas

tblorainopolis@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: tabeliororainopolis@gmail.com

Traslado: SELO TJRR: CERATO158113LUNM0B2KCFBBDW78. 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 de Simone Mendonça
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