

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.374.014 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.374.014 / 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço RUA JOÃO BATISTA		Número 370	Complemento RESA
Bairro CENTRO	Cidade SURUBIM	Estado PE	CEP 55750-000
Email: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	Telefone comercial (DDD) (81) 9665-0454	Telefone celular (DDD) (81) 9152-6794	

SURUBIM/PE 04 de OUT de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018



HMJS
Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

A.P.A.M.I VERTENTES -PE
CNPJ: 11.926.300/0001-12

SENHA: SA 78161

DO HOSPITAL MEMORIAL DR. JAIME SANTANA
VERTENTES-PERNAMBUCO
CÓDIGO: 2599

AO HOSPITAL: Ribeirão de Aguiar
CIDADE: Caruaru/PE
DATA: 27/10/14

REMOCÃO DE PACIENTE

NOME: Dona Maria da Figueira
IDADE: 42 anos
FILIAÇÃO:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO:

HD: Paciente varia de 0m a 3m de altura

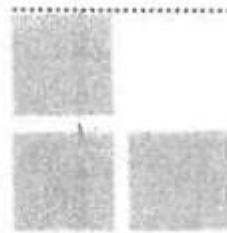
Altura: Fêmea, altura de 0m a 3m de altura

P. O. S/ sim e o fci.

6936.800-15

Hd: Fêmea, altura de 0m a 3m de altura

P. O. O.



Dr. Miguel Kleber
Médico
CRM: 17091

Médico
-CREMEPE-

AV Coronel Braz Bezerra N° 163
Centro, Vertentes / PE

(81) 3734-1143
(81) 3734-1166

Email:
apamivertenteshmjs@gmail.com
www.osjalmejustiniano.org.br

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2013

HOSPITAL MATERNIDADE DE VERTENTES

Avenida Coronel Brizy Bezerra, 153 - Centro
 CNPJ - 11.926.700/0001-12
 APAMF - Vertentes - PE

CTOMA DE PACIENTE

Frontaria

717

Data/Hora 27/07/2018 13:40:21

Nome
DORIVALDO MANIFI DE FONSECA

Sexo
 Masculino

Profissao

Pagamento Pessoal
 5.350,621 R\$P PF 11/02/19

Cartão SUS
898.0037.0453.2756

Estado Civil
 Casado(a)

Cor / Raca
 Parda

Nascimento
 18/07/1977

Lugar nasc.
SITIO MARIA BRANCA

Mae
MARTA TIZARFI DA FONSECA

Bairro
SITIO

Pai
MANIFI CARDOSO DE FONSECA

Cidade
Vertentes - PE

Aluno numero 4

HD

Função bens 2c

Função entre 2c e 3 com

des 2m e pr ④

2c 6' ④ 19-2

Itm

SENHA: 1478161

AI 14.02

Dr. Miguel Kleber
 Medico
 CRM: 17097

ARUANA SEGUROS
 05 OUT 2013



HMJS

Hospital Memorial
Dr. Jalme Santana

A.P.A.M.I VERTENTES -PE
CNPJ: 11.926.300/0001-12

-DECLARAÇÃO-

DECLARO para os devidos fins, que DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÔA, residente no Sítio Moça Branca do Município de Vertentes, portador do RG. Nº 5.352.621 SSP/PE, foi vítima de acidente de moto, no dia 27/07/2018, quando deu entrada na emergência deste HOSPITAL sendo atendido pelo médico plantonista, conforme cópia de seu prontuário em anexo.

Vertentes, 30 de agosto de 2018.

[Handwritten signature]
MP de Fátima C Moura
Secretária
Apami Vertentes
CPF 165 710 374-91

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Telefone Ambulatório
3719 9389

Nome: Dorivaldo Manoel de Figueira

Prontuário: 322421

Data: 27 / 08 / 18

Hora:

DIAGNÓSTICO:

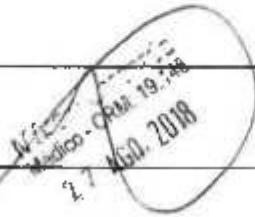
Gesso cílio do 3º DPG
(esquerd)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

IP

TRATAMENTO REALIZADO:

NB ADM



Alta Hospitalar: Data: 10 / 10 / 18

Hora: _____

Dr Milton Barros
m 8030

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

ARUANA SEGUR
05 OUT 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 5.352.621 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/11/2016

NOME << DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÔA >>

FILIAÇÃO << MANOEL CARDOSO DE FIGUEIRÔA >>
<< MARIA IZABEL DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIZAÇÃO VERTENTES - PE DATA DE NASCIMENTO 18/07/1977

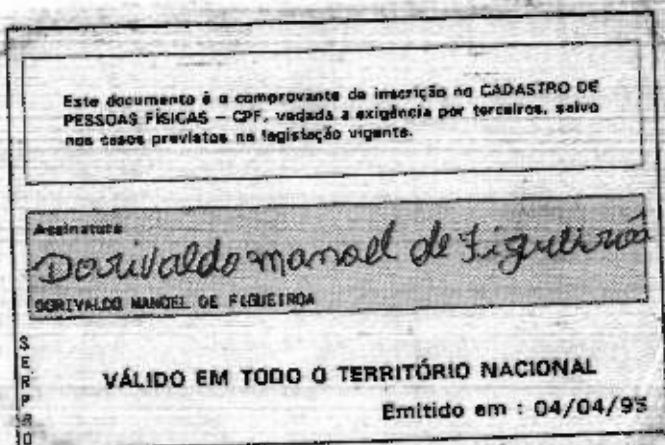
DOC. ORIGEM << CC. 1.635 L.BAUX03 F.120 CART. VERTENTES-PE 2005 >>

CPF 024.374.014-07

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DÉ 29/08/83 F-74 86.134 - 4332

416032092212104656.7208125



ARUANA SEGUROS
05 OUT 2013

ROS

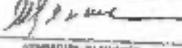
05 OUT 2013

ARUANA SEGUROS

SAÚDA EXP TECNO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
Nº IDENTIDADE - OAG EMISSOR - UF:
J092028 BSP PE
CPF: 576.940.534-68 DATA NASCIMENTO: 04/06/1988
FILHO DE: AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA ROBRINHO
PAI/AVÔ: COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
PERMÍTIDO: ACF CAT HAB: AD
Nº REGISTRO: 01410781208 VENCIMENTO: 15/12/2020 EXPIRAÇÃO: 25/09/1986
OBSERVAÇÕES: A

LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE DATA PREGÃO:
16/12/2015

47587078291
PE079288467
DETTRAN - PE / FERNANDEZ

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2013

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN-PE	Nº 8151842863		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PLACA	ODD.RENAMM	EXERCÍCIO	2010
1	778454850	8884888888	2010
NOME SILVADO FRANCISCO DA SILVA			
BEZERROS-PE			
ANO FAB.	09	CHASSI	9C28L30312R511101
MARCA/MODELO	HONDA/CB 125 TITAN KSE		
CPF/PIS	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	
273.124.01	FARTAC	V/F 18.11.14	
DATA CADASTRO	VEÍCULO	DATA AUS	
P. FAV 2010	QUTAD	R. 8888888888	
V. FAIXA IPVA	FAIXA IPVA	FAIXA IPVA	
A. TÍTULOS	TÍTULOS	TÍTULOS	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PREMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO			
SEGURADO PAGO O DIREITO DE OBRIGATÓRIO			
SENTE RESERVA			
 <p>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 09.248.608/0001-04</p>			
ARUANA SEGUROS			
05 OUT 2013			



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA

DATA DO ACIDENTE 27/07/2018 CPF DA VÍTIMA 034.374.014-07

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA

Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55750-000

E-MAIL AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR TELEFONE (81) 9665-0454

MARQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL); OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|--|---|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | - MORTE = R\$ 13.500,00 |
| | - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. |
| - | - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |
| | - O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA |
| - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO | |
| - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204 | |

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

3099028 SSP/PE

ASSINATURA

Eduardo Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

ARUANA SEGUROS

DATA

NOME

ASSINATURA

05 OUT 2013

Josyell

SURUBIM (PE), 10 de OUTUBRO de 2018.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO N° 3180469652

Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 27/07/2018, me encontrava pilotando a motocicleta Honda CG 125 TITAN , de placa KKX 1464, que não é de minha propriedade, estava com ela apenas emprestada, motivo pelo qual não consegui localizar o proprietário, uma vez que eu não o conheço e que ele reside em outra cidade, em contato com SUSEP fui informado que mesmo a moto estando atrasada tenho direito de receber minha indenização.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço " JUS ".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Dorivaldo manoel de Figueiroa
DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA
VITIMA/BENEFICIARIO



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA**
Nº Sinistro: **3180469652**
Vitima: **DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA**
Data do Acidente: **27/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180469652**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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

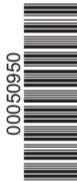
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA**

Nº Sinistro: **3180469652**
Vitima: **DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA**
Data do Acidente: **27/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180469652**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA**
Nº Sinistro: **3180469652**
Vitima: **DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA**
Data do Acidente: **27/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180469652**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo informadas incorretas

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180469652

Vítima: DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA

Data do Acidente: 27/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima

024.374.034-07

Nome completo da vítima

DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÓA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÓA	CPF titular da conta 024.374.034-07	Profissão REC. INF
Endereço RUA SÃO JOSÉ	Número 63-A	Complemento CASA
Bairro SÃO JOSÉ	Cidade VERTENTES	Estado PE
Email	CEP 55770-000	Telefone (DDD) (83)9665-0454

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO: **4077** CONTA
NRO: **0 5.923** DV: **4**
(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Name _____ NRO _____

AGÊNCIA
Nro: _____ DV: _____ CONTA
Nro: _____ DV: _____
(Inserir dígito se existir) (Inserir dígito se existir)

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

SURUBIM/PE 04 de OUT de 2018

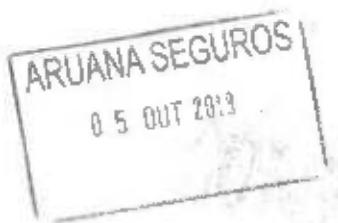
Local e Data

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

Dorivaldo Manoel de Figueirôa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131°CIRC
DINTER1/17°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0221000564

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/09/2018** às **17:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 27/7/2018 às 13:20

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VERTENTES, 1, CENTRO, PROX. AO AÇUDE SÃO JOSÉ** - Bairro: **CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
SIVALDO FRANCISCO DA SILVA (OUTRO)
DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÔA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÔA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÔA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZABEL DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL CARDOSO DE FIGUEIRÔA** Data de Nascimento: **18/7/1977** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA SAO JOSE, 63, RUA SÃO JOSÉ, N 63-A - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**

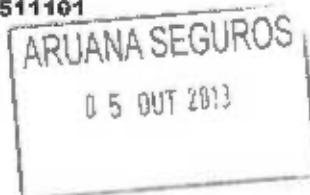
SIVALDO FRANCISCO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SIVALDO FRANCISCO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÔA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKX1464** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **778654850** Chassi: **9C2JC30212R511101**
Ano Fabricação/Modelo: **2002/2002** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação



A VÍTIMA VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA KXX-1464, QUANDO ESTAVA TRAFEGANDO PARA ENTRAR A ESQUERDA PRÓXIMO AO AÇUDE SÃO JOSÉ PARA VIR PARA O CENTRO DE VERTENTES, VEIO OUTRA MOTO DA VIA QUE FICA A DIREITA E COLIDIU COM A VÍTIMA E POR CAUSA DISTO ESTA VEIO A CAIR DA MOTO E A SOFRER VÁRIAS LESÕES CORPORais. A VÍTIMA LOGO APÓS AO ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL MEMORIAL DR. JAIME SANTANA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste NA CIDADE DE CARUARU.

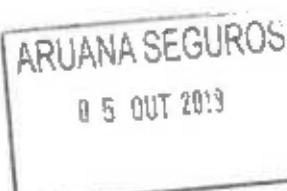
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Dorivaldo manoel de Figueirôa

DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÔA
(VITIMA)

ff

B.O. registrado por: **ANDERSON EDGLEY PEREIRA DA COSTA** - Matrícula: 296784-7



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA

CPF da Vítima

024.374.014-07

Data do Acidente

27/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SURUBIM/PE, 04 de OUT de 2018
Local e Data

Dorivaldo Manoel de Figueiroa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2013

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HMJS
Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

A.P.A.M.I VERTENTES -PE
CNPJ: 11.926.300/0001-12

SENHA: SA 78161

DO HOSPITAL MEMORIAL DR. JAIME SANTANA
VERTENTES-PERNAMBUCO
CÓDIGO: 2599

AO HOSPITAL: Ribeirão de Aguiar
CIDADE: Caruaru/PE
DATA: 27/10/14

REMOCÃO DE PACIENTE

NOME: Dona Maria da Figueira
IDADE: 42 anos
FILIAÇÃO:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO:

HD: Paciente varia de 0m a 3m de altura

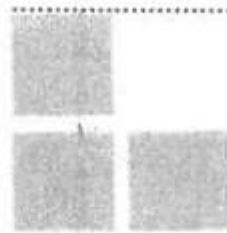
Altura: Fêmea, altura: 0m 00cm 00mm

P. O. S/ simb. de f.c.

6436.800-15

Hd: Fêmea, altura: 0m 00cm 00mm

P. O. S/ simb. de f.c.



Dr. Miguel Kleber
Médico
CRM: 17091

Médico
-CREMEPE-

AV Coronel Braz Bezerra N° 163
Centro, Vertentes / PE

(81) 3734-1143
(81) 3734-1166

Email:
apamivertenteshmjs@gmail.com
www.osjalmejustiniano.org.br

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2013



Tarifa Social de Energía Eléctrica: Cridada pmc 3.20 70.428, de 26/04/2012

Companhia Energética de Pernambuco
Av. Júlio de Barros, 111, Guaíba, Recife, Pernambuco - CEP 50.050-902
CNPJ 00.832.332/0001-28 | Fone: (81) 3001-5943 | E-mail: contato@cenae.com.br

BABBLE DOCUMENT

CORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRDA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SÃO JOSÉ 03 - A

QPF: 024 374.014-07

CLASSE
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Menor valor

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	OPERAÇÃO
0200652412	18/07/2018	LINCA
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
310172310	200120-00172	4000004

DATA CONTRATO 07/2018
DATA DE VENCIMENTO 06/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 47,32

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvojaria	54.000,00	0,74725000	40,3
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,3
Contribuição Iluminação Pública			2,7
ICMS Bulavençan-CDE-NF 0188840-29/05/18			0,3

TOTAL De Fati Ba

47,32

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NR. DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NR. DE ITEMS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
J141885142	CAT	28-05-2018	1.545,00	30-05-2018	1.546,00	32	1,00000		54,00

Mês/Ano	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Geração de Energia	R\$	16,30	96,00	
JUL/18	54			Transmissão	R\$	1,00	4,21	
JUN/18	52			Manutenção (Calor)	R\$	0,72	19,73	
MAR/18	57			Pártida de Energia	R\$	0,74	6,20	
ABR/18	54			Impostos Fazenda	R\$	0,24	6,07	
MAR/18	52			Folha de Paga	R\$	0,24	5,01	
FEV/18	47			Total	R\$	4,79	100,00	
JAN/18	57			TABELA 3 - APLICAÇÃO				
DEZ/17	Adms(0,00)			TABELA 3 - APLICAÇÃO				
DEZ/17	61			TABELA 3 - APLICAÇÃO				
NOV/17	56			TABELA 3 - APLICAÇÃO				
OCT/17	55			TABELA 3 - APLICAÇÃO				
SET/17	48			TABELA 3 - APLICAÇÃO				
AUG/17	52			TABELA 3 - APLICAÇÃO				
JUL/17	47			TABELA 3 - APLICAÇÃO				

INFORMAÇÕES IMPORTÂNTES

Agora que já se passaram
duas décadas, é hora de analisar
o que de fato aconteceu e trazer
as conclusões da investigação para
o cotidiano, em termos de orientação do
marketing de moda para as
futuras gerações.

CÓDIGO	NOME APENAS	DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERAÇÕES:		TÍTULO MÉDIO (M)	NÚMERO DE TÍTULOS
		LIVROS MENSAL	LIVROS TRIMESTRAL		
PCP	PAULINA CECILIA PIMENTEL	0,00	5,21	10,42	21,26
FIC	FRANCISCA INES CUNHA	0,00	5,20	9,00	12,30
DWQ	DEBORA WILHELA MEIRE QUINTANA	0,00	3,00	6,00	9,00

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2013

Case ID: 20230411-00 Case Est. 000000000000 | www.courts.ca

Digitized by srujanika@gmail.com

ABELINA MARIA NOVIA DE A. FERREYRAS

CE 945 234 044-14

CLASIFICAÇÃO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDOR

RUA JOSÉ BATISTA 370

CENTRO/SURBIM
SURBIMPE,
35752-930

CONTA-CONTRATO	RECENDO
7005749658 DATA DE VENCIMENTO	08/2018 DATA PREVISTA PARA LIQUIDAÇÃO
13/08/2018 VALOR A PAGAR(R\$)	04/09/2018
	108,92

Custo da Energia
Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contribuição Incentivo Páginas

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
10.000000	0,77094270	8.000,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO MENSAL							108,94		
Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	AN. DE DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (L/M)
IC2914	ext	28-07-2016	24.1.00	26-08-22-11	28.15.00	32	- 0,00		131,00

Pequeno no ponto final da 1ª fase do projeto, formação continua, os professores que participaram da capacitação realizada em 2014, realizaram a formação continuada para o ano letivo de 2015, com o tema: "Aprendizagem e ensino de matemática: uma abordagem contextualizada".