

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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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 junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

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

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.J VERTENTES -PE

CNPJ: 11.926.300/0001-12

SENHA: 5478161

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

AO HOSPITAL: Região 2 Agente
CIDADE: Caruaru / PE
DATA: 27.10.11

REMOÇÃO DE PACIENTE

NOME: Dorivaldo Manoel de Figueira
IDADE: 42 anos
FILIAÇÃO:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO: Caruaru

HD: Paciente vítima de acidente de trânsito em 26/10/11

Acusação: Furto de veículo de placa 302220

P. 1) S/ Sinais de TC

Exame: 15

HD: Furto de veículo de placa 302220

P. 1) S/ Sinais de TC

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Médico

-CREMEPE-

AV Coronel Braz Bezerra Nº 163
Centro, Vertentes / PE

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

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

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2013

HOSPITAL MATERNIDADE DE VERTENTES

Avenida Coronel Braz Bazeira, 153 - Centro

CNPJ - 11.926.300/0001-12

APAM - Vertentes - PE

ETIQUETA DE PACIENTE

Prontuário

717

Data/Hora 27/07/2018 13:40:1

Nome

DORIVALDO MANNI DE FIGUEIRA

IDP

Sexo

Masculino

Profissão

Registro Geral

5.352.421 SSP PE 11/02/19

Cartão SUS

898.0037.0453.2756

Estado Civil

Casado(a)

Cor / Raça

PARDA

Nascimento

18/07/1977

Logradouro

SÍTIO MOÇA BRANCA

Mãe

MARTA TARELI DA CONCEIÇÃO

23

18

41

Bairro

SÍTIO

Pai

MANNI CARLOS DE FIGUEIRA

Cidade

Vertentes - PE

Aluno não compareceu

HD

Fuma cigarro 2

Fuma cigarro 2 2 3 2m

de 3 2m 2 15' @

de 3 15' @ 14 1 2

Ita

SENHA: 5478161

A 14.02

Dr. Miguel Kleber
Régido
CRM: 17097

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2018



HMJS

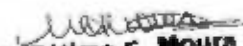
Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

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.


Mª de Fátima C. Moura
Secretária
Apami Vertentes
CPF 165 710 374-91

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2018

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBURGO

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:

Hipertensão arterial no 3º grau
(complicada)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

do RI

TRATAMENTO REALIZADO:

10 am

Alta Hospitalar: Data: 10 / 10 / 18

Hora: _____

10-10-18

Dr. Vitor Bannu
em RSO



Ass. do Médico e CRM
Carimbo

ARUANA SEGUR
05 OUT 2018

VÁLIDA 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 >>

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

DOC ORIGEM << CC. 1.635 L.BAUX03 F.120 CART. VERTENTES-PE 28/07/2005 >>

024.374.014-07

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/63 F-74 86.134 - 4352

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 08 R-53

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVAREX BURI

DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÔA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÔA

DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÔA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 04/04/95

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIRÔA

Nº de Inscrição

024374014-07

Data de Nascimento

18/07/77

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2013

ROS

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. ENTIDADE - DCE EMISSÃO / UF
J092028 SSP PE

CPF 574.940.534-68 **DATA NASCIMENTO** 04/06/1988

PLAÇÃO
AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA ROBRINHO
DALVANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSÃO **ACC** **CAT. H-8**
AD

Nº REGISTRO 01410781208 **VALIDADE** 18/12/2020 **Nº HABILITAÇÃO** 25/09/1986

ANOTAÇÕES
A

SIGNATURA DO TITULAR

LOCAL SANTA CRUZ DO CAPITANILHE - PE **DATA EMISSÃO** 16/12/2013

ASSINATURA DO TITULAR

4758707W391
DE079298467

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1219484604

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO
1219484604

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 8151842863
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 778654850 2010

SILVADO FRANCISCO DA SILVA

BEZERRAS-PE

101.813.154-08 KKK1464

9C23030212R511101

HONDA/CG 125 TITAN KSE

2F/1200 PARTIO VERMELHA

1 FVA 2010 QUITADO

1 778654850 2010

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGUO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

BEZERRAS

Antonio Alencar Ferreira
Chefe de Registro de Veículo
Central Gráfica CRVCRV0207

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VANTAGEM ESTRELA DO PORSUM CARGA A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAU SEGURO DPVAT

PE Nº 8151842863 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SILVADO FRANCISCO DA SILVA

BEZERRAS-PE

101.813.154-08 KKK1464

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 8151842863 EXERCÍCIO 2010 DATA EMISSÃO 16/06/10

SILVADO FRANCISCO DA SILVA

BEZERRAS-PE

1 101.813.154-08 KKK1464

778654850 HONDA/CG 125 TITAN KSE

2002 09 9C23030212R511101

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

SEGURO PAGUO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

1602-101

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA
 DATA DO ACIDENTE 27/07/2018 CPF DA VÍTIMA 024.374.014-07
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO 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 (X) 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, TAIS 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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, TAIS 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 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2018

Joyell

SURUBIM (PE), 10 de OUTUBRO de 2018.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 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 KXX 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.Sª, 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

Carta nº 13451201



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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13477901



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

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 FIGUEIROA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA		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	CEP 55770-000
Email			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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <input type="text"/> NRQ <input type="text"/> Agência <input type="text"/> D/V <input type="text"/> Conta <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (informar dígito se existir) (informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRQ <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRQ <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (informar dígito se existir) (informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRQ <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRQ <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (informar dígito se existir) (informar dígito se existir)		

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

SURUBIM/PE, 04 de OUT de 2018

Local e Data

Dorivaldo Manoel de Figueiroa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018



ARUANA SEGUROS
05 OUT 2013



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

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 - Culposos (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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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 SÃO JOSÉ, 63, RUA SÃO JOSÉ, N 63-A - CEP: 0 - Bairros: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**

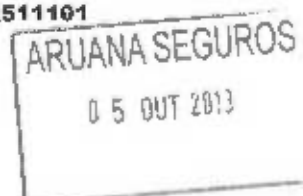
SIVALDO FRANCISCO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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 PROXIMO 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)

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



ARUANA SEGUROS

05 OUT 2019

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

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018



HMJS

Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

A.P.A.M.J VERTENTES -PE

CNPJ: 11.926.300/0001-12

SENHA: 5478161

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

AO HOSPITAL: Região 2 Agente
CIDADE: Caruaru / PE
DATA: 27.10.11

REMOÇÃO DE PACIENTE

NOME: Dorivaldo Manoel de Figueira
IDADE: 42 anos
FILIAÇÃO:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO: Caruaru

HD: Paciente vítima de acidente de trânsito em 26/10/11

Acusação: Furto de veículo de placa 30-2420-70

P. 1) S/ Sinais de TC

Exame: 15

HD: Furto de veículo de placa 30-2420-70

P. 1) S/ Sinais de TC

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Exame: 15

Médico

-CREMEPE-

AV Coronel Braz Bezerra Nº 163
Centro, Vertentes / PE

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

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

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2013

DADOS DO CLIENTE

EXORIVALDO MANOEL DE FIGUEIROA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

FLA. STAT. JOSE 63-2.

OPF: 024 S74.014-07

SAO JOSE/VERTENTES

VERTENTES PE

55770-DOC

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

RESIDENTIAL
MECHANICS

ALPINE, U.

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	EMPRESA
029065242	04/04/2018	UNICA

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
31072010	2002070079	6072005

CONTA CONTÁBIL	RECEBÍDO
7018071163	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
06/08/2018	29/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	47,32

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvio(Wat)			
Ac-85Cm0 Bancoa VERWELU-A	54 000000	0,7472000	40,34
Contribuição Iluminação Pública			3,30
ICMS Subvenção-CDE-MF 018883-JCN-2905/18			2,75
			0,26

TOTAL DA FATURA

47.32

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DE MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CLAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		CASA	LEITURA	MÁQU	LEITURA				
114185142	CAT	28-05-2018	1 569,00	30-07-2018	1 569,00	32	1,00000		54,00

Indicador	BASE DE MARÇO	4	5	VALOR DO INDICADOR
Gerenciamento de Estratégia	80	16,30	36,85%	
Transmissão	80	9,08	4,21%	
Atendimento ao Cliente	80	8,72	10,27%	
Paradas de Energia	80	2,74	0,20%	
Encargos Financeiros	80	2,26	0,02%	
Trabalho	80	12,31	30,08%	
Total	80	66,39	83,00%	

TAREFAS APLICADAS

Consumo Ativo (MWh)

0,021300000

RESERVA DE ENERGIA

ATA, BAA, CAGE, BAGE, BAGE, BAGE, BAGE, BAGE, BAGE, BAGE, BAGE, BAGE, BAGE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Figura 1: Como mais de 60 milhões de pessoas não têm acesso à Internet, a maioria das pesquisas de opinião são feitas por telefone. No entanto, a maioria das pesquisas de opinião são feitas por telefone. No entanto, a maioria das pesquisas de opinião são feitas por telefone.

[illegible]

SIC	DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				NÍVEL DE DEGRADAÇÃO		
	CONJUNTO	INTERFERÊNCIA	TEMPO INTERFER.	TEMPO TRANSMISSÃO	TEMPO DEGRADAÇÃO (s)	TEMPO DE DEGRADAÇÃO (s)	TEMPO DE DEGRADAÇÃO (s)
FIC	0,00	5,21	10,62	21,26	220	202	231
DADO	0,00	5,20	8,80	12,20			
	0,00	7,03	8,03	9,00			

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2013

