



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV GABRIEL DA SILVA, 192

DNA VISTA/EELS, 1990
FIELD AREA RE
(1997-40)

DATA DE COMPRA	DATA DE VENDA
7030406650	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EXATIDÃO DO LITRAGEM
22/11/2018	15/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	64.33

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
01943027	CINCA	14/11/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA DISTAÇÃO
14/11/2018	201664103	24001

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo 440 (R\$M)			
Atividade 440 R\$MARELA	70,0000000	1,70645802	119,452061
Atividade 440 R\$MARELA			0,00
Consumo 440 R\$MARELA			119,452061
Consumo 440 R\$MARELA			119,452061

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEMORANDUM	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AUGMENTO	CONSUMO (por dia)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
120424	2-1	10-10-2010	04 242,2	1-11-2010	04 634,2	22	1,0000		72,20

Distribution of earnings

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				CONTRIBUIÇÃO SOCIAL			
	BASE DO CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO				
Set-16				Contribuição - Lempas	PS	19,24	32,47%
Out-16				Tramontado	PS	2,03	4,00%
Set-16	JONG	64,50	25,00	Contribuição - O. e Imp.	SI	17,24	21,47%
	PIS	141,51	0,7%	Perda de Contribuição	PS	4,17	5,78%
AGO-16	COFINA	61,51	3,84	Exercício Anterior	PS	3,41	5,14%
Jul-16				Adicional	PS	17,80	20,94%
Jun-16				Total	PS	83,51	100%
MAI-16							
ABR-16							
MAR-16							
FEV-16							
JAN-16							
DEZ-15							
NOV-15							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ARJANA SEGUIRADORA
02 JAN 2019



BELO JARDIM
PREFEITURA MUNICIPAL
CADA DIA MELHOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N°:
Data: 18-04-16
Hora: 16:30

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 898003453266491
DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 510
Nome: Hemerson Santos Silva
Idade: 24a
Data de Nascimento: 13/08/91 Sexo: m Cor: Parda Estado Civil: Solteiro
Naturalidade: Belo Jardim Profissão: Tec. em Eletrotéc
Endereço: R. José Carlos de Almeida Bonfina
Procedência: 197
Telefone:

RESPONSÁVEL

Responsável: O mesmo
Parentesco:
Endereço:
Fone:
Trazido por:
Endereço:
Fone:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data: / / Hora:
NATUREZA DO ACIDENTE
☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual: Paciente com dor e edema no Joelho D, com dois dias de evolução, agravado por acidente de trânsito, com lesão no tornozelo.

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:
Joelho D com aumento de volume, com sinais flogísticos

ARUANA SEGUROS

26 SET 2018

Diagnóstico Provisório:

Infecção do joelho direito

Sandra ms

RECEPCIONISTA

MÉDICO CREMEPE



BELO JARDIM
PREFEITURA MUNICIPAL
CADA DIA MELHOR

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Remilson Santos
Silva residente Rua José Ladite
1241 - Bela Vista esteve internado
neste Hospital no período de 17/04/16 à
trauma leve com diagnóstico de CID:
prontuário nº Querquene

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim

18/05/16

Jose Thiago
Diretor Administrativo
Secretaria da Saúde

Responsável

ARUANA SEGUROS

26 SET 2016

SECRETARIA DE SAÚDE - BELLO JARDIM - PE - 26/09/2016 14:20 - 000000001360



RTOPIA
E TRAUMATOLOGIA

DR. ALEXANDRE BRAGA / CRM 11991

ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o Sr.(a) Paiçan

Santos Lima
necessita de 15 dias dias de licença, por

motivo de doença a partir de 25/06/18

25 de 06 de 18

Dr. Alexandre Braga
Ortopedia
CRM 11991

SEGURADORA NIDER DE 19/01/18 28/06/2018 14:19 02000001358

ARUANA SEGUROS
26 SET 2018

Rua Ibicui, 47 (Pronto Socorro de Fraturas)
M. de Nassau
Caruaru-PE
Fone: (81) 3722.8565

Rua Cel. Antonio Marinho, 36
Boa Vista
Belo Jardim-PE
Fone: (81) 3726.4950



BELO JARDIM
PREFEITURA MUNICIPAL
CADA DIA MELHOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DO BELO JARDIM
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

DECLARAÇÃO COMPARECIMENTO / ATENDIMENTO

Declaro que o paciente

Renilson Santos

Silva

, compareceu a esta unidade das _____ h _____ min

até _____ h _____ min. para realizar.

- ☒ Consulta
- ☐ Medicação / Observação
- ☐ Atendimento e Urgência
- ☐ Atendimento de Emergência
- ☐ Outros: _____

Devendo o mesmo:

- ☐ Retornar às atividades
- ☒ Repousar o restante do dia
- ☐ Repousar por _____ dia(s)

Belo Jardim, 17.04.16

Dr. Sergio Pereira das Reis
CRM MG 57479
CONTROLE 4284836

Ass. Médico - CRM Nº _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
28/06/2018 14:20 - 000000301360

ARUANA SEGUROS

26 SET 2018



BELO JARDIM
PREFEITURA MUNICIPAL
CADA DIA MELHOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DO BELO JARDIM
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

DECLARAÇÃO COMPARECIMENTO / ATENDIMENTO

Declaro que o paciente Renilson Santos Silva, compareceu a esta unidade das 16 h 20 min até 16 h 20 min. para realizar.

- ☒ Consulta
☐ Medicação / Observação
☐ Atendimento e Urgência
☐ Atendimento de Emergência
☐ Outros: _____

ARUANA SEGUROS
26 SET 2018

Devendo o mesmo:

- ☐ Retomar às atividades
☒ Repousar o restante do dia
☒ Repousar por 5 dia(s) encio

Belo Jardim, 18/04/18

Ass. Médico - CRM 22M 57479
CONTR. E 4284838



BELO JARDIM
PREFEITURA MUNICIPAL
CADA DIA MELHOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DO BELO JARDIM
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

DECLARAÇÃO COMPARECIMENTO / ATENDIMENTO

Declaro que o paciente Renilson Santos Silva, compareceu a esta unidade das 16 h 20 min até 16 h 20 min. para realizar.

- ☒ Consulta
☐ Medicação / Observação
☐ Atendimento e Urgência
☐ Atendimento de Emergência
☐ Outros: _____

ARUANA SEGUROS
26 SET 2018

Devendo o mesmo:

- ☐ Retomar às atividades
☒ Repousar o restante do dia
☒ Repousar por 5 dia(s) encio

Belo Jardim, 18/04/18

Ass. Médico - CRM 22M 57479
CONTR. E 4284838

SECRETARIA LIDER DEPUT 18 26/06/2018 14:19 - 00000001358

SECRETARIA LIDER DEPUT 18 26/06/2018 14:19 - 00000001358



BELO JARDIM
PREFEITURA MUNICIPAL
CADA DIA MELHOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

RECIBO
HJAL

Registro Nº: _____
Data: 17-04-18
Hora: 12:00h

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:

Nome: Paribon Santos Silva Idade: 22a
Data de Nascimento: 13/01/94 Sexo: M Cor: Parda Estado Civil: Solteiro
Naturalidade: Belo Jardim Profissão: Eletrotécnico
Endereço: L: 1000, Cadete - 91. Bela Vista
Procedência: B. J. Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: J. V. P. Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: Maria Belia dos Santos (Mãe)
Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

NATUREZA
DO
ACIDENTE

☐ Casual

☐ Acid. do Trânsito

☐ Tentativa de Suicídio

☐ Queda

☐ Intoxicação

☐ Outras Causas

☐ Acid. do Trabalho

☐ Agressão

ARIANA SEGUROS

26 SET 2018

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual: Paciente com dor em
 Joelho D, com laceração em
 sua parte ant. após acidente com
 motocicleta, colidindo com um
 veículo.
 EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: 120x80 Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

soluto Rx de Joelho D. APE
perfil

Jose Thiaso
Diretor Administrativo
Secretaria de Saúde

Diagnóstico Provisório:

trauma leve

Vera Ramos
RECEPCIONISTA

Dr. Vera Pereira dos Reis
CRM 57479
MÉDICO REPEPE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO 28/06/2018 14:21 - 000000001360



SECRETARIA LIDER DPURT 18 28/06/2018 14:20 - 00000001359

ARUANA SEGUROS
26 SET.2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012301260498
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 983082600 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2016

NOME

KENILSON SANTOS SILVA

BELO JARDIM-PE

CPF / CNPJ

111.044.954-22

PLACA

KLN9008

PLACA ANT. / UF

***** / PE

CHASSI

9C2KD03208R029753

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/NCX150 BROS K3

ANO FAB.

2008

ANO MOD.

2008

CAP. POT. / CIL

23/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

AMARELA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

IPVA 2016 QUITADO

1ª

PAGA I.R.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL

BELO JARDIM-PE

DATA

19/04/16

Chanceler: Anderson Sousa Ribeiro

Diretor: [Assinatura] - DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012301260498 BILHETE DE SEGURO DPVAT
KENILSON SANTOS SILVA

RUA REGINA ALVES 69

55150-560

CASA EDSON MOURA MOURA BELO JARDIM-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 19/04/16

VIA 1 CPF / CNPJ 111.044.954-22 PLACA KLN9008

RENAVAM 983082600 MARCA / MODELO HONDA/NCX150 BROS K3

ANO FAB. 2008 CAT. DIF. 09 Nº CHASSI 9C2KD03208R029753

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

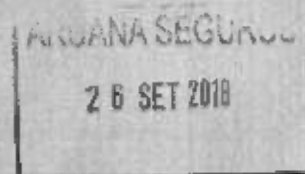
CNPJ 09.248.508/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

ARUANA SEGURADORA
26 SET 2018

SEGURADORA LIDER DPVAT 18 28/06/2018 14:20 - 000000001360



Daléria Souza Lima

Av. Regina Alves, 37

Itan Morero Moura

elo Jardim - PE

CEP: 55150-560

Rio de Janeiro, 05/07/2018
DPVAT/SIN - 07723/2018

Para: RENILSON SANTOS SILVA
RUA REGINA ALVES Nº 37
EDSON MORORO MOURA
BELO JARDIM - PE
55150-560

REF: DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS

Prezado(a)

Informamos que o endereço da Seguradora Líder do Consórcio DPVAT para o qual encaminhou sua documentação não se encontra mais disponível para fins de recebimento de documentação de sinistro.

Desse modo, comunicamos que estamos devolvendo todos os documentos recebidos em 28/06/2018 e orientamos dar entrada em um dos pontos de atendimento disponibilizados, autorizados ao recebimento de documentação para fins do Seguro DPVAT.

Oferecemos mais de 8 mil pontos oficiais de atendimento presencial em todos os municípios brasileiros que incluem, entre outros, Agências dos Correios que recebem gratuitamente seu pedido de indenização. Veja a lista completa dos pontos de atendimento no nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.



P- 200/007181/2018-001

ASO

Anexo: conf. texto

S. TORRES & CIA
 PRACA 1A CONCEICAO, 75 CENTRO
 BELD JARDIM-PE CEP 55150-200 FONE 81 3726-1009
 CNPJ: 09.818.883/0001-63
 IE: 000867900
 19/04/2018 12:33:22 CCF: 255464 CUD: 267726
CUPOM FISCAL
 ITEM CODIGO DESCRICAO QTD. UNID. VAL. ITEM VAL. TOTAL
 001 0789894707748 COMPRESSA DE GAZE ESTERIL C/1
 0 4UN X 0,15 F1 2,60\$
 002 07896112130192 CEFADROXILA 500MG CX 8 CAP GE
 L 2CX X 16,00 F1 32,00\$
 desconto -8,00 24,00
 003 07891800964798 ESPARADRAPO IMPERMEAVEL 1,2/4
 1,5 branco 7UN X 3,45 F1 3,45\$
 desconto -0,35 3,10
 004 07896112130192 CEFADROXILA 500MG CX 8 CAP GE
 L 1CX X 16,00 F1 16,00\$
 desconto -4,00 12,00
 005 0789833170321 BACTODERM POM 18 15G
 1tb X 6,00 F1 6,00\$
 desconto -1,80 4,20
 006 07896902211544 AGUA OXIGENADA 10VOL FARMAX
 1UN X 1,41 F1 1,41\$
 desconto -0,15 1,26
 007 07851010504755 BAND AID J&J C/40 UNID TRANAS
 PARENTE 10CX X 0,20 F1 2,00\$
 desconto -0,20 1,80
 TOTAL R\$ 48,96
 Dinheiro 48,96
 NCS: C3D78710ACF86C5190FC6E18EB23CDD
 PL0000197208
 Val Aprox Tributos R\$13,12 (26,80%) Fonte: IBPT
 VOCE ECONOMIZOU..... R\$ 14,50
 Balc: 14 N. Controle: 228542
 AGRADECIMOS A PREFERENCIA
 VOLTE SEMPRE
 GROSS: IF 030GDAI X JL3TADVP 4EJL3NR8 MSXB83TRAFUF
 BEMATECH MP-400X TH F1 ECF-IF
 VERSAO: 01.00.02 ECF: 003 LJ: 0001
 000000000110TULUP 19/04/2018 12:33:32
 AB: 61091310100011272065

ARUANA SEGUROS
 26 SET 2018

SEGURADORA LIDER DEPART 18 26/06/2018 14:21 - 00000001361

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354989/18

Vítima: RENILSON SANTOS SILVA

CPF: 111.044.954-22

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 17/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENILSON SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RENILSON SANTOS SILVA : 111.044.954-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2018
Nome: RENILSON SANTOS SILVA
CPF: 111.044.954-22

RENILSON SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354989/18

Número do Sinistro: 3180451220

Vítima: RENILSON SANTOS SILVA

CPF: 111.044.954-22

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 17/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENILSON SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

RENILSON SANTOS SILVA : 111.044.954-22

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019
Nome: RENILSON SANTOS SILVA
CPF: 111.044.954-22

RENILSON SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RENILSON SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180451220**

Vitima: **RENILSON SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **17/04/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180451220**.

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 13410019



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RENILSON SANTOS SILVA**
Nº Sinistro: **3180451220**
Vitima: **RENILSON SANTOS SILVA**
Data do Acidente: **17/04/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180451220**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

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, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180451220

Vítima: RENILSON SANTOS SILVA

Data do Acidente: 17/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RENILSON SANTOS SILVA

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180451220

Vítima: RENILSON SANTOS SILVA

Data do Acidente: 17/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RENILSON SANTOS SILVA

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 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

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Renilson Santos SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 9.204.323 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 20/04/2011 ECPF 111044954-22 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritas à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0773 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28175-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

26 SET 2018

Belo Jardim, 19 de Junho de 2018
LOCAL E DATARenilson Santos Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO**! ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítim(o)s beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SEGURADORA LIDER DEPART 18 28/06/2018 14:28 - 00000001353



ARUANA SEGUROS
26 SET 2018



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0194001398

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/06/2016** às
09:05

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Deloso (Consumado) que
aconteceu no dia 17/6/2016 às 11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 - Bairro:
CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**AUTOR (AUTOR AGENTE)
R.R.S. (OUTRO)
RENILSON SANTOS SILVA (VÍTIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
RENILSON SANTOS SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
RENILSON SANTOS SILVA**

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

**RENILSON SANTOS SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
LÚCIA DOS SANTOS Pai: JOSÉ NILSON DA SILVA Data de Nascimento: 13/1/1984
Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9204323/902PE (RG),
11104495422 (CPF), 96071780004 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU
COMPLETO Profissão: TÉCNICO ELETRÔNICO Telefones Celulares:
- 81003238618**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 99, RUA REGINALDO - 2003N
MORORO MOURA - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO
/BRASIL**

**R.R.S. (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

AUTOR (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /



16/06/2016 09

SECUROR LIDER DPJMT 18 28/06/2016 14:20 - 000000001360

PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **RENILSON SANTOS SILVA**, que estava em posse do(s) Sr(s): **RENILSON SANTOS SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLN9992** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM) Renavam: **983682600** Chassi: **9C2KD032DGR029703**
 Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **AUTOR**, que estava em posse do(s) Sr(s): **RENILSON SANTOS SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEIL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHC0032** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM)

Complemento / Observação

DECLARAR O MESMO QUE ESTAVA CONDUZINDO A REFERIDA MOTO EM VIA PÚBLICA, SENTIDO SEBASTIÃO CARVAL, E OUTRO CONDUTOR DE VEÍCULO EFETUANDO UMA MANOEIRA PROIBIDA ACABOU COLIDINDO NO VEÍCULO, NÃO CHEGANDO A CAIR DA MOTO, PORÉM SOFREU LESÃO NO JOELHO FICANDO DOIS MESES AFASTADO DO TRABALHO.

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

Renilson Santos Silva
RENILSON SANTOS SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JENEFFER PEDRO DOS SANTOS** - Matrícula: **2733927**



SEI000089 LIDER DEPART 18 28/06/2018 14:20 - 000000001360

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Renilson Santos Silva, portador da carteira de identidade nº 9.204.323 e inscrito no CPF/MF sob o nº 133.044.954-22, residente e domiciliado na Rua Regina Alves, 69, Edmon Monoré Moura, Cidade Belo Jardim, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Renilson Santos Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Belo Jardim - PE 29-06-2018

Local e data



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Renilson Santos Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 9.204.323 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 20/04/2011 E

CPF 111044954-22 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritas à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0773 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28195-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

26 SET 2018

Belo Jardim, 19 de Junho de 2018
LOCAL E DATA

Renilson Santos Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítim(o)s beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEGURADORA LÍDER DPVAT 18 28/06/2018 14:19 - 00000001359



SEGURADORA LIDER DEPART 18 28/06/2018 14:28 - 00000001353



ARUANA SEGUROS
26 SET 2018