



Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE / CNP:		DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:			
	Nome: <u>Remígio Santos Silva</u>		Idade: <u>21</u>			
	Data de Nascimento: <u>13/03/94</u>		Sexo: <u>m</u>	Cor: <u>Rada</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	
	Naturalidade: <u>Ribeirão Preto</u>		Profissão: <u>Tec. em Eletrônica</u>			
	Endereço: <u>R. José Cadete n.º 411 Boa Vista</u>		Procedência: <u>BJ.</u>			
Procedência:		Telefone:				
RESPONSÁVEL	Responsável: <u>O mesmo</u>		Parentesco:			
	Endereço:		Fone:			
	Trazido por:					
	Endereço:		Fone:			
OCORRÊNCIA	Local do Acidente:		Data:	/	Hora:	
	NATUREZA DO ACIDENTE		<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio			
	<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causes					
	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão					
	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico					
	História da Doença Anual <u>me fez sente com dor e edema no joelho (D), fui avisado que devo voltar, conseguindo por telefone de trânsito, eu peguei um motocicleta.</u>					
ATENÇÃO MÉDICA	EXAME - FÍSICO					
	Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:	Peso:		
	<u>joelho (D) com aumentos de volume, tem súmias lesões</u>					
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ARUANA SEGUROS 25 SET 2010 </div>					
	Diagnóstico Provisório: <u>infecções de feridas morder</u>					
<u>Sandra ma.</u> RECEPCIONISTA			MÉDICO CREMEPE			

CONDIÇÕES DE ALTA

MOTIVO DE ALTA

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Óbito |
| <input type="checkbox"/> Melhorado | |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> + 48 horas |
| <input type="checkbox"/> Piorado | <input type="checkbox"/> - 48 horas |

Em: / - /

Hora:

- Decisão Médica
 Alta Pedida
 Transferência
 Indisciplina

Transferido para:

Diagnóstico Definitivo:

Classmate 8



Date: / /



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 Ladislau
Mais. Bela Vista esteve internado
nesta Hospital no periodo de 17/04/16 à
trauma lhe com diagnóstico de CID:
prontuário nº Querqueue

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

José Thiago
Diretor Administrativo
Secretaria da Saúde

Responsável

ARUANA SEGUROS

26 SET 2016

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176 - 2024 RELEASE UNDER E.O. 14176 - 2024 RELEASE UNDER E.O. 14176



**ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA**

DR. ALEXANDRE BRAGA / CRM 11991

ATESTADO MÉDICO

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

necessita de 15 dias de licença, por
motivo de doença a partir de 15/10/16.

DIBER UPN/018

Dr. Alexandre Braga
Ortopedia
CRM 11991

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

Rua Cel. Antonio Marinho, 3
Boa Vista
Belo Jardim-PE
Fone: (81) 3726.4950

ARUANA SEGUROS

26 SET 2018



DECLARAÇÃO COMPARCIMENTO / ATENDIMENTO

Silva

Declaro que o paciente

Renelson Santos

, compareceu a esta unidade das _____ h _____ min

até _____ h _____ min. para realizar.

- Consulta
- Medicção / 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,

17/09/16



Ass. Médico - CRM Nº

ARUANA SEGUROS

26 SET 2018

DECLARAÇÃO COMPARECIMENTO / ATENDIMENTO

Declaro que o paciente Renilson Santos Silver, compareceu a esta unidade das 16 h 00 min até 16 h 20 min. para realizar.

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

Devendo o mesmo:

- Retomar às atividades
- Repousar o restante do dia
- Repousar por 5 dia(s) lunes

Belo Jardim, 18/04/16

Ass. Médico - CRM/MG
Sergio Pereira dos Reis
CRM MG 57479
CONTROLE 4284836

SEGURADORA LIDER DEPART 18 - 26/06/2018 14:19 - 0000000001358

DECLARAÇÃO COMPARECIMENTO / ATENDIMENTO

Declaro que o paciente Renilson Santos Silver, compareceu a esta unidade das 16 h 00 min até 16 h 20 min. para realizar.

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

ARUANA SEGUROS
26 SET 2016

Devendo o mesmo:

- Retomar às atividades
- Repousar o restante do dia
- Repousar por 5 dia(s) lunes

Belo Jardim, 18/04/16

Sergio Pereira dos Reis
CRM MG 57479
CONTROLE 4284836

CONDIÇÕES DE ALTA

Curado

Óbito

Em: / / /

Melhorado

Hora: _____

Inalteraciones

170

Transferido para:

MOTIVO DE ALTA

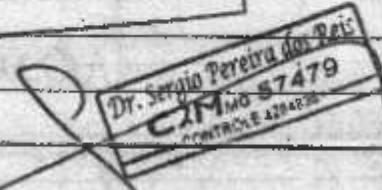
- Decisão Médica
 - Alta Pedida
 - Transferência
 - Indisciplina

Diagnóstico Definitivo:

~~ABITANA SEGUROS~~

26 SET 2018

Observação:



MEXICO CREMEPE

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:

91004323

PACIENTE

Nome: Panilson Santos Selva Idade: 22a
Data de Nascimento: 13/01/94 Sexo: M Cor: Renda Estado Civil: Solteiro
Naturalidade: Belo Jardim Profissão: Eletrotécnico
Endereço: 1º José Cardoso - 41. Bela Vista
Procedência: B. J. Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: O nome. Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: Manoel Belo dos Santos (Mae) _____
Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

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

NATUREZA
DO
ACIDENTE

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casual | <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito | <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio |
| <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Intoxicação | <input type="checkbox"/> Outras Causas |
| <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho | <input type="checkbox"/> Agressão | ARIANA SEGURAS |

26 SET 2018

Atendimento: Clínico Cirúrgico

História da Doença Atual: Paciente com dor em
pelvo (D), com lesões em
um pote sul. após acidente com
motoqueiro, levado com um
veículo

EXAME - FÍSICO

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

ATENÇÃO MÉDICA

Admito Rx de Roelmo (D).APE
perfil

Jose Thilo
Dra.

Diagnóstico Provisório: trauma lvt

Vera Ramos
RECEPCIONISTA

01. VERA RAMOS DOS REIS
CRM MG 57479
ROLE 428883
MÉDICO DE KEMEPE



SEGURO DURA 18 26/06/2018 14:20 - 00000001359

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

RENILSON SANTOS SILVA	
DOC. IDENTIDADE/CÓD. EMISSOR/UF 9204323 SDE PE	
CRF	DATA NASCIMENTO 111.044.954-22 13/01/1994
PARECER JOSE NILSON DA SILVA	
MARIA LUCIA DOS SANTOS	
PERMISSÃO	ACE
	CAR. MAR.
AB	
Nº REGISTRO 06071736908	VALIDADE 01/10/2018
	PRATICIDADE 19/05/2014
OBSERVAÇÕES: Exerce Ativ Remunerada	
<i>Renilson Santos Silva</i>	
LOCAL BELO JARDIM - PE	DATA EMISSÃO 21/05/2015
<i>Off. 2.º m.</i> ASSINATURA DO INSTRUTOR	
18744064236 PK066734168	
DETTRAN - PI (PERNAMBUCO)	

PROCURADOR PLASTIFICADA

1103532578

ARUANA SEGURANÇA

26 SET 2018

Dáleria Sampaio

Rua Regina Alves, 37

Ison Moreno Moura

de Fardim - PE CEP: 55150 · 560

ARQUAÑA SEGUNDO

26 SET 2018

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S/A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



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.

ARUANA SEGUROS

26 SET 2018

P- 200/007181/2018-001

ASO

Anexo: conf. texto

S. TORRES & CIA
 PRACA DA CONCEICAO, 75 CENTRO
 BELO JARDIM-PE CEP 55150-200 FONE 81 3726-1009
 CNPJ: 09.818.683/0001-63
 IE: 000887900
 19/04/2016 12:33:22 CCP: 285484 COD: 267726
CUPOM FISCAL
 ITEM CODIGO DESCRITIVO QTD UNI VLR ITEM (R\$)
 001 07898947077748 COMPRESSA DE GAZE ESTERIL C/1
 002 07896112130192 CEFADRONILA 500MG CX 8 CAP GE
 003 07891800384798 ESPARADRADO IMPERMEAVEL 1,2/4
 004 07896112130192 CEFADRONILA 500MG CX 8 CAP GE
 005 07896331703221 BACTODERM POM 12,00
 006 07896902211544 AGUA OXIGENADA 10VOL FARMAX
 007 07891010504755 BAND AID J&J C/40 UND TRANAS
 PARENTE
 008 0787710ACF88C5190FC6E18EB23CD0D
 VALOR APENAS TRIBUTOS R\$13,12 (25,80%) Fonte: IBPT
 VUCCE ECONOMIZOU... : R\$ 14,50
 Balc: 14 N. Controle: 228542
 AGRADECEMOS A PREFERENCIA
 VOLTE SEMPRE

GR03577F 080GBAR X JL3TA0WF 4EJL3NR8 M3KB837RAFUF
 BEMATECH MP-4000 TH FI EOF-IF
 VERSAO: 01.00.02 ECF: 003 LJ:0001
 0000000001107001 UP 19/04/2016 12:33:32
 AB: BIE091370100011272065

ARUANA SEGUROS
 26 SET 2016

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354989/18

Vítima: RENILSON SANTOS SILVA

CPF: 111.044.954-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/04/2016

Titular do CPF: RENILSON SANTOS SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENILSON SANTOS SILVA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/04/2016

Titular do CPF: RENILSON SANTOS SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENILSON SANTOS SILVA

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



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



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, 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



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, 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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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

CPF 311044954-22 /CNPJ 0000000000000000, 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 LIDER 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 aparecem 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 Lotéricas 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, escritos 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 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0773 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28145 - 7

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

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0773 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28145 - 7

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

26 SET 2018

Belo Jardim, 19 de Junho de 2018
LOCAL E DATA

Renilson Santos Silva

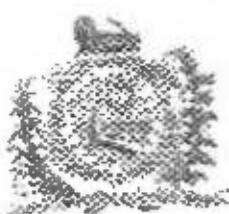
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/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.



ARUANA SEGUROS
26 SET 2018



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 104ª CIRCUNSCRICAO - BELO JARDIM -
DP104°CIRC DINTER1/15°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 16E0194001398

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Dofosa (Consumado) que
aconteceu no dia 17/06/2016 às 11:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local de Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR / AGENTE)
R.R.S. (OUTRO)
RENILSON SANTOS SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):

RENILSON SANTOS SILVA

VEICULO: (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 MILTON DA SILVA Data de Nascimento: 13/01/1984 Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 02645227000/PE (RG), 11104495422 (CPF), 0001788884 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: TÉCNICO ELETRÔNICO Telefones Celulares: - 91881238818

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 99, RUA REGINALDO - EDSON MOROZO MOURA - CEP: 56600-000 - 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 /

ARUANA SEGUROS
26 SET 2018

SEGURANÇA LIDER DRAFT 18 28/06/2018 14:20 - 064000001360

PERNAMBUCO / BRASIL**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

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

Placa: **KLH 9918** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM) Renavam: **083882666** Chassi: **SC2K0032DGR029763**
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AUTOR**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **RENILSON SANTOS SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHO 8888** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM)

Complemento / Observação

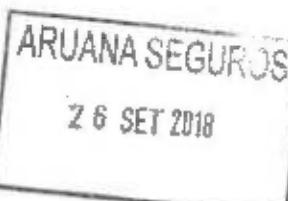
DECLARAR O MESMO QUE ESTAVA CONDUZINDO A REFERIDA MOTO EM VIA PÚBLICA, SENTIDO SEBASTIÃO CABRAL, E OUTRO CONDUTOR DE VEÍCULO EFETUANDO UMA MANobra PROIBIDA ACABOU COLIDIINDO NO VEÍCULO, NÃO CHEGANDO A CAIR DA MOTO, PORÉM SOFREU LESÃO NO JOELHO FICANDO DOIS MESES AFASTADO DO TRABALHO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) esta unidade policial

Renilson Santos Silva

RENILSON SANTOS SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JENEFER VIEIRA GOMES** - Matrícula: **2733827**



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, Edson Moronó 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;

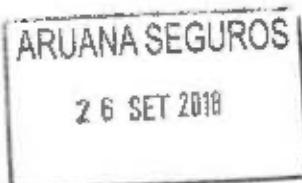
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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

Local e data



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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

CPF 311044954-22 /CNPJ 00000000000000000000, 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 LIDER 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 aparecem 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 Lotéricas 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, escritos 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 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0773 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28145 - 7

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

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0773 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28145 - 7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO DO CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUINTO 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 legítimo/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.



ARUANA SEGUROS
26 SET 2018