

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.204.323 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/04/2011

NOME << RENILSON SANTOS SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSE NILSON DA SILVA >>  
<< MARIA LUCIA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE BELO JARDIM - PE DATA DE NASCIMENTO 13/01/1994

DOL. VISEM << CN.36373 L.30-A F.206V CART.BELO JARDIM-PE 22.04.1994 >>

QPE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.167 DE 29/08/83

F-43 23.7.11 - 46.11



**CAIXA ECONOMICA FEDERAL**  
**QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap**  
**338-71555062-1**  
**04/Dez/2018** **HORA DE 14:00:41**  
**LOT. 15.007183-3**  
**LOCALIDADE: BELO JARDIM**  
**AG. VINCULADA: 0773**  
**TERM 036895**  
**COMPROVANTE DE PAGAMENTO**  
**CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE**  
**VALOR DO PAGAMENTO: 72,76**  
**838400000006 727600110008**  
**576541023103 151879893738**  
**338-71555062-1**  
**1ª VIA**

**celpe** **neenergia** Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 94, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

**DADOS DO CLIENTE**  
 MARIA DO CARMO SILVA SANTOS  
 CPF 624 332 454-00

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 CADEIA/BELO JARDIM  
 BELO JARDIM PE  
 55150-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

**CONTA CONTRATO**  
 0576541023  
**MÊS/ANO**  
 11/2018  
**DATA DE VENCIMENTO**  
 10/12/2018  
**DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA**  
 15/12/2018  
**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
 72,76

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	89,00000000	0,73645862	65,54
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,55
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,45
Contrib. Ilum. Publica Municipal			2,82
ICMS Subvenção-CDE-NF 031319817-12/09/18			0,40
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>72,76</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
71910407	CAT	15/10/2018	4 860,00	13/11/2018	4 949,00	29	1,00000	89,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

Mês/Ano kWh	CONSUMO (kWh)
NOV 18 89	89
OUT 18 89	89
SET 18 52	52
AGO 18 67	67
JUL 18 86	86
JUN 18 56	56
MAI 18 75	75
ABR 18 71	71
MAR 18 82	82
FEV 18 71	71
JAN 18 86	86
DEZ 17 70	70
NOV 17 83	83

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	17,38
PIS	0,74	0,51
COFINS	3,44	2,39

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	R\$ 22,53	32,40%
Transmissão	R\$ 3,30	4,50%
Distribuição (Celpe)	R\$ 14,97	21,53%
Perdas de Energia	R\$ 4,71	6,77%
Encargos Setoriais	R\$ 3,85	5,54%
Tributos	R\$ 20,28	29,16%
<b>Total</b>	<b>R\$ 89,54</b>	<b>100%</b>

**TARIFAS APLICADAS**  
 Consumo Ativo(kWh) 0,52188000

**RESERVAÇÃO AO FISCO**  
 DDZE 4B0B 5E41 B911 B53E 8B83 00CC 2505

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 Pague no ponto mais perto de você e compare com o valor da tarifa social. Se o valor da tarifa social for menor, você terá direito ao desconto. Se o valor da tarifa social for maior, você terá direito ao adicional. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é compensado quando há variação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res. 41 ANEEL), juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pró. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**  
 CONSUMO: BELO JAR  
 LIMITE: 100%  
 DÍG: 100%

**NÍVEIS DE TENSÃO**  
 TENSÃO: 110V  
 LIMITE DE VARIAÇÃO (%): 100%

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br





## **PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE:** **RENILSON SANTOS SILVA**, brasileiro, portador da cédula de identidade nº 9.204.323 SDS/PE e portador do CPF nº 111.044.954-22, com endereço na Rua José cadete, 41, Bela Vista, Belo Jardim, Estado de Pernambuco.

**OUTORGADOS:** **WALÉRIA SOUZA LIMA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE sob o nº 24.223, portadora da cédula de identidade de nº 6279922 SSP/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 043.190.344-14, com endereço profissional sito na Rua Regina Alves, 37, Bairro Edson Mororó Moura, Município de Belo Jardim-PE, telefones: (81) 9 9773-0270, 9 9161-1362, 9 9677-8228, 9 9160-7661, e-mail: [waleria\\_souzalima@hotmail.com](mailto:waleria_souzalima@hotmail.com), Souza & Lima Advogados.

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *AD JUDICIA ET EXTRA*, para o foro em geral, e especialmente para: **AÇÃO DE COBRANÇA DPVAT**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reservas de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos advogados acima descritos, os poderes para o foro em geral em qualquer instância ou tribunal, para em nome do outorgante propor, contestar, recorrer, firmar compromisso, reconvir, concordar, discordar, oferecer provas, desistir, transigir, fazer declaração, protestar, receber e dar quitação, ingressar em qualquer juízo, podendo ainda requerer, confessar, receber intimações/notificações, celebrar e/ou assinar acordos, aceitar ou impugnar laudos, contas, habilitações, avaliações e partilhas, bem como interpor qualquer espécie de recurso, tanto nas fases administrativas como judiciais, requerendo e acompanhando tudo quanto for de direito do outorgante. Enfim, os outorgados podem praticar todos e quaisquer atos, conexos e consequentes, a fim de agirem em defesa dos direitos e interesses pessoais do outorgante na presente ação, podendo inclusive substabelecer a quem lhes provar, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, tudo em conformidade com a norma do art. 105 do Novo Código de Processo Civil.

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA:** A outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais e as demais despesas decorrentes do processo, pelo qual requer os benefícios da justiça gratuita, ao teor do art. 98 do Novo Código de Processo Civil.

Belo Jardim, 04 de janeiro de 2018.

  
RENILSON SANTOS SILVA





## CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

RENILSON SANTOS SILVA, brasileiro, portador da cédula de identidade nº 9.204.323 SDS/PE e portador do CPF nº 111.044.954-22, com endereço na Rua José cadete, 41, Bela Vista, Belo Jardim, Estado de Pernambuco, nomeia e constitui sua procuradora, DORAVANTE, denominado CONTRATANTE e WALÉRIA SOUZA LIMA, brasileira, solteira, advogada, portadora do CPF nº 043.190.344-14, RG nº 6279922 SSP/PE, OAB/PE 24.223, DORAVANTE denominada de CONTRATADA, firmam e acordam entre si o presente contrato de honorários advocatícios, nos termos das cláusulas a seguir:

1.<sup>a</sup> O CONTRATANTE acorda com a CONTRATADA, o pagamento dos serviços advocatícios prestados, em AÇÃO DE COBRANÇA DPVAT que tramitará com a Justiça Federal da Comarca de Caruaru, e que será patrocinada pela CONTRATADA;

2.<sup>a</sup> O CONTRATANTE, pagará a CONTRATADA, a título de honorários de êxito o percentual de 30% (trinta por cento) **DOS VALORES A SEREM RECEBIDOS EM SEDE DE ACORDO OU CONDENAÇÃO**, valor este que deve ser **RETIDO NA SECRETARIA**. Em caso de substabelecimento ou em caso de não comparecimento do **CONTRATANTE EM AUDIÊNCIA QUE IMPORTE ARQUIVAMENTO DO PROCESSO PAGARÁ O VALOR DE R\$ 5.000,00 (CINCO MIL REAIS)**;

3.<sup>a</sup> O CONTRATANTE obriga-se a fornecer, dentro dos prazos de necessidade, todos os documentos necessários e/ou meios financeiros para obtê-los na promoção das defesas e representações;

4.<sup>a</sup> O CONTRATANTE obriga-se ainda ao pagamento das despesas eventuais com deslocamentos, hospedagens, taxas e custas processuais e as despesas necessárias ao andamento dos interesses contratados, provendo por antecipação, ou por iniciativa do contratado, imediatamente após suas realizações.

5.<sup>a</sup> - Havendo descumprimento em qualquer das cláusulas contratuais, ficam mutuamente desobrigados, entre si, O CONTRATANTE e a CONTRATADA, respondendo o causador do rompimento contratual pela multa na ordem de R\$ 100% (cem por cento).

6.<sup>a</sup> - E, por estarem, firmes e acordados, firmam o presente contrato de honorários advocatícios para produzir seus efeitos, estabelecendo o foro e comarca da cidade de Belo Jardim (PE) para dirimir dúvidas, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Belo Jardim (PE), 05 de janeiro de 2018.

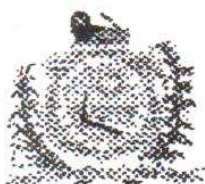
  
RENILSON SANTOS SILVA  
CONTRATANTE

WALÉRIA SOUZA LIMA  
CONTRATADA









GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA 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 - Doloso (Consumado) que  
aconteceu no dia 17/4/2016 às 11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 - Bairros:  
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:**

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 ao 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/SDS/PE (RG),  
11104496422 (CPF), 00071730004 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU  
COMPLETO Profissão: TÉCNICO ELETRÔNICO Telefones Celulares:  
- 81003232618**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 69, RUA REGINALDO - EDSON  
MORORÓ MOURA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO  
/BRASIL**

**R.R.S. (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL**

**AUTOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /**







**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 INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLN9002** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM) Renavam: **983082600** Chassi: **9C2KD032D8R029763**  
Ano Fabricação/Modelo: **2002/2002** 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: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHC0632** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM)

**Complemento / Observação**

**DECLAAR O MESMO QUE ESTAVA CONDUZINDO A REFERIDA MOTO EM VIA PÚBLICA, SENTIDO SEBASTIÃO CABRAL, E OUTRO CONDUTOR DE VEÍCULO EFETUANDO UMA MANOBRA 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**









**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  
Nº 41 - Bela Vista esteve internado  
neste Hospital no período de 17/04/16 à  
Trauma leve com diagnóstico de CID:  
prontuário nº Querguene

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 de Saúde

Responsável









Hospital Júlio Alves de Lira  
Secretaria de Saúde do Município  
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº



## RECEITUÁRIO

Remilson Santos Silva  
A ortopedia  
soluções avaliações  
e condutas



Voltando a consulta queira trazer esta receita.  
Atenção: BALCONISTA TROCAR MEDICAMENTOS É CRIME...

18-04-16







Hospital Júlio Alves de Lira  
Secretaria de Saúde do Município  
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº



**RECEITUÁRIO**

Renilson Santos Silva

Soluto

Rx de olho ①

AP e perfil



17-04-16

Voltando a consulta queira trazer esta receita.  
Atenção: BALCONISTA TROCAR MEDICAMENTOS É CRIME...





**BELO JARDIM** RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL  
PREFEITURA MUNICIPAL  
CADA DIA MELHOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo: PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO JARDIM	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
CNPJ: 10.241.913/0001-53	
End.: Rua Manoel Gabriel de Almeida, nº 111 - Boa Vista	
Fone: (81) 3726.8720	
Cidade: Belo Jardim	UF: PE

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA  
2ª VIA - PACIENTE

Paciente: Paula  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Prescrição: \_\_\_\_\_

Ciprofloxac 500 14 p  
em 10 12/175 7c  
N/miculado 100 100  
em 10 2p

29/04/2019  
Data

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Identidade:	
Orgão Emissor:	
End.:	
Cidade:	
UF:	
Tel.:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Médico	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	







**BELO JARDIM** RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL  
PREFEITURA MUNICIPAL  
CADA DIA MELHOR

07 horas  
18 horas

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome completo: **PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO JARDIM**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 10.241.913/0001-53  
End.: Rua Manoel Gabriel de Almeida, nº 111 - Boa Vista  
Fone: (81) 3726.8720  
Cidade: Belo Jardim UF: PE

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA  
2ª VIA - PACIENTE

Carimbo do Médico

Paciente: Ramilson Santos Silva

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: uso oral

Oclafadroxila 500mg - 20cps  
tomar 02 cps de 12/12h  
durante 02 dias

22 anos

(L) 13019042

1808/16

Data

Dr. Sergio Pereira dos Reis  
CRM MG 57479  
Assinatura do Médico

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_  
End.: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico

Data









**RTOPIEDIA**  
E TRAUMATOLOGIA

DR. ALEXANDRE BRAGA / CRM 11991

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o Sr.(a) Pavison  
Santos Silva  
necessita de 15 (quinze) dias de licença, por  
motivo de doença a partir de 25/04/16

25 de 04 de 16

Dr. Alexandre Braga  
Ortopedia  
CRM 11991

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





Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

(1)



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a entrega. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3180451220 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RENILSON SANTOS SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO RENILSON SANTOS SILVA

CPF/CNPJ: 11104495422

Posição em 01-04-2019 15:41:48

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada para a indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Comprovação de ato declaratório	Vítima	Pendente	

## Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/01/2019	Exigência Documental	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/0umjeTtpAz1YTtoTiqabTA?api_key=hCYm6iGzvmjFEIjEWJOXE+75ijQib3XKojUmwK8k8uE=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/0umjeTtpAz1YTtoTiqabTA?api_key=hCYm6iGzvmjFEIjEWJOXE+75ijQib3XKojUmwK8k8uE=</a>
28/09/2018	Exigência Documental	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/katbt4V6ZS6QrZ+3B3cNpE?api_key=hCYm6iGzvmjFEIjEWJOXE+75ijQib3XKojUmwK8k8uE=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/katbt4V6ZS6QrZ+3B3cNpE?api_key=hCYm6iGzvmjFEIjEWJOXE+75ijQib3XKojUmwK8k8uE=</a>
28/09/2018	Aviso de Sinistro	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/h5mt3FtgwaP5wrUICx+GKW?api_key=hCYm6iGzvmjFEIjEWJOXE+75ijQib3XKojUmwK8k8uE=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/h5mt3FtgwaP5wrUICx+GKW?api_key=hCYm6iGzvmjFEIjEWJOXE+75ijQib3XKojUmwK8k8uE=</a>

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT





Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RENILSON SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180451220**

Vítima: **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

Pag. 01849/01850 - carta\_01 - INVALIDEZ





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**

Carta nº 13413336



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

Pag. 01915/01916 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13778841







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Pag. 01915/01916 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13778841



Assinado eletronicamente por: WALERIA SOUZA LIMA - 27/09/2019 10:40:46

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092710404623400000050703225>

Número do documento: 19092710404623400000050703225





**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 dos Reis  
**CRM** MG 57479  
CONTROLE 4284836

Ass. Médico - CRM Nº \_\_\_\_\_

