

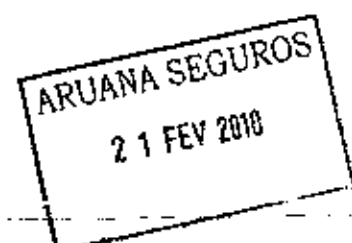


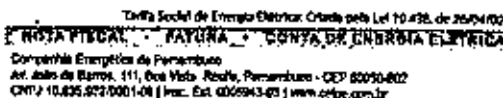
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafael valdirino da SilvaRG nº 9.296.340, data de expedição 12/09/11, Órgão SOS/PE,CPF nº 112.455.754-73, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Inhumaam</u>
Número	<u>5511</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Jose B. maciel</u>
Cidade	<u>Belo Jardim</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55150-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3726-4929</u>
E-mail	<u>~~~~~</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Belo Jardim, 28.12.17Assinatura do Declarante: Rafael Valdirino da Silva



INTERESSO DA UNIDADE CONSTITUCIONAL

BERNARD MARILYN JANE BARNES
BLOOMINGTON
55150-0001

COMP. SOFTWARE	4000369603	02/2017
DATE OF PURCHASE	10/02/2017	07/03/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)		52,17

2003012017	20031004276	2003012017
------------	-------------	------------

12-3+2-31+8.07-A W/O/A 2016

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumíveis (VARI)			47,02
Contribuição Municipal Pública	77,0000300	6,6183182	2,82
ICMS Subvenc. - COE + P 00025822-06/12/12			6,22
Contribuição CEFAPÉ - (061) 8735-8956			7,00

TOTAL DEFATERS:

525

~~DEMONSTRATIVO DE CONSUMO META DATA FISCAL~~

Nº DO MEMORIAL	TÍTULO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AVALIAR	COMPARAR (DIAS)
		DATA INICIAL	LEITURA	DATA INICIAL	LEITURA				
1000000	CAI					28	1.00000		28 J

● 2010年12月15日

Abstract

— **ՀԱՅԿԱՊՈՒԹՅԱՆ ԲԱՆԿԻ ԲԱՆԿԱՅԻՆ ԴԵՊԱՆՈՒՄՆԵՐՆԵՐԸ**

PORCENTAJES DE ENERGIA			Consumo de Energía	
	BASE DE CARGAS	%	VALOR DE IMPORTE	
1974-75	Gas	67.00	25.00	11.20
1975-76	Gas	67.00	0.00	0.00
1976-77	Gas	67.00	2.00	1.00
1977-78	Gas	67.00	2.00	1.00
1978-79	Gas	67.00	2.00	1.00
1979-80	Gas	67.00	2.00	1.00

FROM OFFICE 05-53 20-52 20-31 05-24 1400 61052

INFORMACOES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: A CEF INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO: 1

Experiments of α and β relaxation of the G-oxide in the range 100–1000 K.

YRMO	TXRMO	YRMO	TXRMO	TXRMO
2000-01	2000-01	2000-01	2000-01	2000-01
2000-02	2000-02	2000-02	2000-02	2000-02
2000-03	2000-03	2000-03	2000-03	2000-03
2000-04	2000-04	2000-04	2000-04	2000-04
2000-05	2000-05	2000-05	2000-05	2000-05
2000-06	2000-06	2000-06	2000-06	2000-06
2000-07	2000-07	2000-07	2000-07	2000-07
2000-08	2000-08	2000-08	2000-08	2000-08
2000-09	2000-09	2000-09	2000-09	2000-09
2000-10	2000-10	2000-10	2000-10	2000-10
2000-11	2000-11	2000-11	2000-11	2000-11
2000-12	2000-12	2000-12	2000-12	2000-12

[illegible]

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the symptoms and the context in which they are occurring.

EXERCÍCIO 2 - FUNDAMENTOS DAS CONTABILIDADES					EXERCÍCIO 3 - FUNDAMENTOS DAS CONTABILIDADES		
DATA	VALOR ACQUIRIDA	VALOR DEPRECIAÇÃO	VALOR DEPRECIAÇÃO	VALOR DEPRECIAÇÃO	VALOR DEPRECIAÇÃO	VALOR DEPRECIAÇÃO	
01/01/2010	10.000	1.111	22.222	44.444	20	20	
01/01/2011	9.000	9.999	22.222	30.000	20	20	
01/01/2012	8.000	8.888	22.222	20.000	20	20	

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados fornecidos.

1-1000 2000 3000 4000 5000 6000 7000 8000 9000 10000

DATE CONTRACT APPROVED DATE RECEIVED TOTAL A/P DUE (\$)

52.17

83800000000-9 52170011004-0 00036980310-9 0619E943563-2



ARUANA SEGUROS
21 FEB 2018



Nota Fiscal | Fatura | Conta de Energia Elétrica

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE CARLA MARIA FIRMINO MELO	DATA DE VENCIMENTO 18/05/2017	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/05/2017	CONTA CONTRATO 7009352010
ENDEREÇO RUA NUMERIANO A BEZERRA 37 - GARAGEM - BOA VISTA/BELO JARDIM - 55150-020 BELO JARDIM PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 44,96	DATA DA APRESENTAÇÃO 11/05/2017	CLASSIFICAÇÃO COMERCIAL Monofásico 83
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 001386316	

PERÍODO CONSUMO 11/04/2017 a 11/05/2017	CONSUMO 30
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 4,76

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7009352010	MÊS/ANO 05/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 44,96	VENCIMENTO 18/05/2017	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838100000000 449600110077 009352010103 077930758836				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018



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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Carla Maria Firmino Melo inscrito (a) no CPF 076.723.044-29
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael Valdivino da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 112.455.754-73 / do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
Rafael Valdivino da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.455.754-73 / 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 Numerlano Alves Bezerra</u>		Número <u>37</u>	Complemento <u>Garagem</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Belo Jardim</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55150-020</u>
Email <u>carlafirminomelo@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3726-4929</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9168-6771</u>

Belo Jardim, 26 de Dezembro de 2017
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
21 FEV 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Carlos dos Santos,
 RG nº 10.188.682, data de expedição 09 / 06 / 15,
 Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 711.771.254-63, com
 domicílio na cidade de Belo Jardim, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Sebastião, nº 215,
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Rafael Valdivino da Silva, cujo o condutor era
Rafael Valdivino da Silva.

Veículo: Motocicleta
 Modelo: Honda /CG 150 TITAN ESD
 Ano: 2007
 Placa: KLI 5152
 Chassi: 9C2KC08207R042675
 Data do Acidente: 07-09-17
 Local e Data: Belo Jardim, 19/12/2017

Jose Carlos dos Santos
 Assinatura do Declarante

Rafael Valdivino da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO AYRTON MACIEL

Tabelionato de Notas e Cartório de Registro de Imóveis, Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
 Rua Floriano Peixoto, 81, Centro, Belo Jardim/PE - Fone: (81) 37261154
 Titular: Teciene de Souza Maciel Ramos

Reconheço por por Autenticidade a firmas de:
 JOSE CARLOS DOS SANTOS
 Belo Jardim, 19/12/2017 14:44:32 dou fé. Em test da verda
 Conferido por ANA CARLA DA CONCEICAO M. O. MONTEIRO.
 Assina M8 IZABEL C. DE SOUZA RAMOS - SEGUNDA SUBSTITUIÇÃO
 Emol. R\$ 3,49 TSNR R\$ 0,78 FERC R\$ 0,39 Total 4,66
 Selo: 0077057.DXC11201701.03643
 Consulte autenticidade em www.tipe.pe.br/selodigital.

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018

OBS: Reconhecer firma por AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA de ambas as assinaturas.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Documentação médica - hospitalar



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 862086

Nome: Rogael Vandinoro de Jesus

Foi atendido às 02:00 hs. do dia 08/09/17

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente motorciclístico em zona com presença de corpos contundentes bilaterais no dorso.

Paciente necessita de 30 dias de repouso domiciliar (CID: J02.6)

Tratamento Realizado: tratamento sempre under orientação deste serviço postosa.

Observação: Retornou ao ambulatório BME quinta-feira (dia 21-09-17) de dia. Susana, na 6ª andar norte às 06:00h.
Cópia de: Relato BME dia 18-09-17

Médico: [Assinatura] CRM Nº 12345

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Rafael Valdemir

Registro:

Clínica:

BME

Box/Leito/Enfermaria:

Uso interno

diapiram 10mg - 01 ex
tomar 01 comprimido
de... 01 vez ao dia
durante 03 dias.

Data: 19/10/17

Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

COD. 0189



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Rafael Valdemir da Silva

Registro:

Clínica:

BME

Box/Leito/Enfermaria:

Retirar
dia 19/10/17
às 06:00h,
no 6º andar
norte.

Data: 05/19/17

Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

COD. 0340

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

Informações do Atendimento.

Consulta.....: 15/03/2018 13:00Hr
Serviço.....: BUCO MAXILO FACIAL
Médico.....: 390 - ANTONIO DE FIGUEIREDO CAUBI
Agenda.....: 39084

Informações do Paciente

Paciente.....: 1603435 Same.....: 855711
Nome.....: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 94577618 / Celular: () - Nasc.....: 13/02/199
Endereço.....: SITIO IUMA, 1 - ZONA RURAL - BELO JARDIM - PE - Cep: 55150033
Cidade.....: BELO JARDIM

Agendado por: THAYLISSONBS

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 19/10/2017 13:00Hr
Serviço.....: BUCO MAXILO FACIAL
Médico.....: 390 - ANTONIO DE FIGUEIREDO CAUBI
Agenda.....: 34790

JK

Informações do Paciente

Paciente.....: 1603435 Same.....:
Nome.....: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 94577618 / Celular: () - Nasc.....: 13/02/1997
Endereço.....: SÍTIO IUMA, 1 - ZONA RURAL - BELO JARDIM - PE - Cep: 55150033
Cidade.....: BELO JARDIM

Agendado por: MAYARASM

*Retorno
em 02
meses*

*Dr. Kajane Negromonte
Cirurgia e Traumatologia
Bucal e Maxilo-Facial
Orto (B) 11-280*

ARUANA SEGUROS

2-1-FEV-2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente:

Rafael Vasconcelos

Registro:

Clínica:

BNF

Box/Leito/Enfermaria:

As ambulatório
de Dr. Caubi
às 13:00 hrs
(preciso
marca e
oculto
encaixe)

Data: 19/01/17

Ass. Carimbo Médico

Dr. Rafael Vasconcelos
CRM 10.111
Rua da Restauração, 111
Bairro da Restauração
Recife, PE 51011-000
Fone: (51) 3222-1111
E-mail: dr.rafael@hrestauracao.pe.gov.br

COD. 0340

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : _____

Nome : Rapace Vaidinemo do Jesus

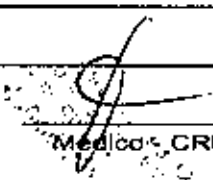
Foi atendido às _____ hs. do dia ____/____/____

Diagnóstico Provável : Desconforto no ambulatório
BME 10 62 ordm. noite 23
06:00h dia 05-10-14

Tratamento Realizado : _____

Observação : _____

Cópia de : _____


Médico CRM Nº _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018



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) 3726.1095

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Rafael Valdivino
Da Silva residente Sítio Inhennas
esteve internado
neste Hospital no período de 07/09/17 à
com diagnóstico de CID:
Trauma prontuário nº Emergência.

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

Belo Jardim 05/10/17

Jedson A. Ferreira
Coordenador Executivo
HJA/UPA

Responsável

ARUANA SEGUROS
21 FEV 2018



BELO JARDIM
PREFEITURA MUNICIPAL
"CADA DIA MELHOR"

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº

Data: 09.09.17

Hora: 06:00h

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 898.002929435394

DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: [blank]

Nome: Rafael Valdivino da Silva Idade: 28 anos

Data de Nascimento: 13.02.97 Sexo: M Cor: Branca Estado Civil: Solteiro

Naturalidade: P. cas Profissão: Agente de Segurança

Endereço: R. Sítio Duros

Procedência: Belo Jardim

Telefone: [blank]

RESPONSÁVEL

Responsável: [blank] Parentesco: [blank]

Endereço: [blank] Fone: [blank]

Trazido por: [blank]

Endereço: [blank] Fone: 94524761

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: [blank] Data: [blank] Hora: [blank]

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: [blank]

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 140 x 90 Pulso: [blank] Temperatura: [blank] Peso: [blank]

Alcoolizado

Sangramento nasal

Pupila esquerda e direita

Ar = 12, ALTA

Ar = 12, ALTA

Ar = 12, ALTA

Ar = 12, ALTA

Diagnóstico Provisório: Trauma

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018

Vera Raulo

RECEPCIONISTA

Médico

Dr. João Arnão de Oliveira

CREMEPE 19557

MÉDICO CREMEPE

m/ce: margarete vs valdivino dizeng

João Arnão de Oliveira
Coordenador Executivo
HUS - LIRA

PA 160x90

HGT - 256

25 72.0

Archie Eugene Harrison
Medico
CRANGE - 24563

"MOTIVO" DE ALTA

Óhltó

Em:

Horas

+ 48 horas

48 kofas

Decisão Médica

☐ Alta Pedida.

☐ Transferência

Indisciplina

Diagnóstico Definitivo:

ARUANA SEGUROS

21 FEB 2018

Observação

Date:

MÉDICO CREMÊPE
Carimbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO - 20

SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO

INSCRIÇÃO DE IDENTIDADE





Rafael Valdivino da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROMISSO DE INSCRIÇÃO

Número
112.455.754-73

Nome
RAFAEL VALDIVINO DA SILVA

Nascimento
13/02/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROMISSO DE INSCRIÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CÓDIGO
9.296.340

DATA DE EMISSÃO
12/09/2011

TIPO DE DOCUMENTO
RAFAEL VALDIVINO DA SILVA >>

PLACAS
>> JOSÉ MONTEIRO DA SILVA >>
>> MARGARIDA MARIA VALDIVINO BEZERRA >>

NATURALIDADE
PICO - PI

DATA DE NASCIMENTO
13/02/1997

CPF
>> CN.29917 L.264 F.224V CART. PICO - PI 26.03.1997 >>

112.455.754-73

13/02/1997

CÓDIGO DE CONTROLE
A000.1002.0009.9109

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria de Receita Federal do Brasil
de 19/03/2011 às 14:28:29 (hora e data de emissão)
diário verificador 00

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome
CARLA MARIA FERREIRO MELO

Doc. Identificacao Nacional
9176003 SOB PE

Civ
076.793.044-29 **Data Nascimento**
09/01/1970

Placa
NÃO DECLARADO

Carteira Ferreiro Melo

Permissão
0000000 **Até**
0000000 **09/09/2013**

Registro
05674330618 **Validade**
20/11/2017

Observações
Exercício Ativ. Suspensada

Carla Maria Ferreiro Melo
Assinatura do Titular

Local
SELO JARDIM - PE **Data Emissão**
09/13/2014

Assinatura do Titular
44246750668
77062101623

MOETRON - PE (PERNAMBUCO)

21 FEB 2018



PE Nº 013432363272 BILHETE DE SEGURO
 JOSE CARLOS DOS SANTOS
 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
 SAC DPVAT 0800 022 1804

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 11/06/17
 BELÓ JARDIM-PE
 VAL 711.771.254-63 CNP/CNPJ
 RENAVAM 21125666
 ANO FAB 007 CAT. LAF 05
 HONDA/CG 150 TITAN ESD
 9C2RC08207R042675

PRÊMIO TARIFÁRIO
 FMS (R\$) DEBANTAR (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
 CUSTO DO BILHETE (R\$) IGP (R\$) TOTAL ASSURANCE SEGURADORA
 OOTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 CEP 04.248.668/0001-04
 DESTAQUE PARA SEU BILHETE DE SEGURO
 FIE NAO É O BILHETE DE SEGURO
 ABR-2017

ARJANA SEGO
21 FEB 2018

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Rafael Vaidivino da Silva
 DATA DO ACIDENTE 07/09/2017 CPF DA VÍTIMA 112.455.754-73
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Carla M. F. Lima proo
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Procurador
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO BEZERRA
 Nº 37 COMPLEMENTO BAIRRO CENTRO
 CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150020
 E-MAIL carlafirmimnoli@hollmail.com TELEFONE (081) 3726-4929

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 CARTÃO 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 CARTÃO 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 CARTÃO 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODDTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 032 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24.02.18
 IDENTIDADE 9119.608.905-DE
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

ARUANA SEGUROS
 DATA 21 FEV 2018
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

01R - 19



José Carlos dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.188.682

09/06/2015

<< JOSÉ CARLOS DOS SANTOS >>

<< DOMINGOS DAMILÃO DOS SANTOS >>

<< MARIA JOSÉ DOS SANTOS >>

BELO JARDIM - PE

06/12/1997

<< CN.7227 LA07 F.112 CART.2ºDIST. BELO JARDIM-PE 20.03.2000 >>

LEI Nº 7.166 DE 28/08/83

415023980608120210.6413012

F-67 1.618 - 4631

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarga Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

711.771.254-83

Nome

JOSE CARLOS DOS SANTOS

Nascimento

06/12/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180098244 **Cidade:** Sanharó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180098244

Cidade: Sanharó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA

Data do acidente: 07/09/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do corpo mandibular bilateral. Traumatismo cranioencefálico.

Descrição do exame médico pericial: Vítima se queixa de cefaleia, obstrução nasal e dor à mastigação, refere que alimenta-se de pastosos. Ao exame, vítima consciente e orientada, apresentando limitação da abertura da boca comprometendo a mastigação.

Resultados terapêuticos: O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos na mandíbula.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180098244**

Vitima: **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180098244**.

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 12462024



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180098244
Vitima: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA
Data do Acidente: 07/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180098244**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS 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, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**

Sinistro: **3180098244**
Vítima: **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**
Data do Acidente: **07/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180098244** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 13 de Abril de 2018

Carta nº: 12657055

A/C: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180098244
Vítima: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA
Data do Acidente: 07/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000773

Conta: 0000034288-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento



Administradora de Seguro DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 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

112.455.754-73

Nome completo da vítima

RAFAEL VALDEVINO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Rafael Valdevino da Silva		CPF titular da conta 112.455.754-73	Profissão Recusou
Endereço Sítio Imbuicão		Número 5511	Complemento Lama
Bairro Sítio A. Maciel	Cidade Belo Jardim	Estado PE	CEP 55150-000
E-mail			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ BANCO Nome _____ NRO _____	
AGÊNCIA NRO. 0373	D/V 13	CONTA NRO. 34288	D/V 8
(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 Líder 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.

Belo Jardim 28 de Dezembro de 2017
Local e Data

ARUANA SEGUROS
21 FEV 2018
19

Rafael Valdevino da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

353-317806943-9

19/DEZ/2017

HORA DI: 15:13:03

ENT: 15.22006-3

TERM: 046771

LOCALIDADE: BELO JARDIM

CONTROLE: 324910575

AG. VINCULADA: 0773

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0773 013 00034200-0

RAFAEL V DA SILVA

VALOR

10,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

353-317806943-9

VIA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

ARUANA SEGUROS
21 FEV 2018



Boletim da ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 110ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANHARÓ - DP110ªCIRC
DINTER1/15ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0200000031**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/01/2018** às **14:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/9/2017** às **05:35**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1, PE166 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ CARLOS DOS SANTOS (OUTRO)
RAFAEL VALDIVINO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**



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

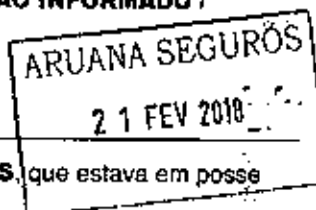
RAFAEL VALDIVINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARGARIDA MARIA VALDIVINO BEZERRA** Pai: **JOSÉ MONTEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **13/2/1997** Naturalidade: **PICOS / PIAUI / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1, SÍTIO INHUMAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ CARLOS DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA JOSÉ DOS SANTOS** Pai: **DOMINGOS DAMIÃO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **6/12/1997** Naturalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KL15152** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **921125666** Chassi: **9C2KC08207R042675**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007**

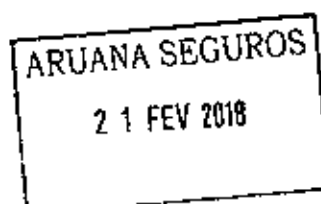
Complemento / Observação

VÍTIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA PERTENCENTE AO SR JOSÉ CARLOS DOS SANTOS QUANDO VEIO A PERDER O CONTROLE EM UM CURVA CAINDO E DESMAIANDO DEVIDO A UMA FORTE BATIDA NA CABEÇA. O ATENDIMENTO MÉDICO FICOU ATESTADO PELOS COMPROVANTES EM ANEXO.

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

Rafael Valdivino da Silva
RAFAEL VALDIVINO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Bruno Leandro dos Santos Cavalcanti* - Matrícula: 272703-0





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

Rafael Valdivino da Silva

CPF da Vítima

442.455.754-73

Data do Acidente

07-09-17

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.

Beto Gardina 28 de Dezembro de 2017

Local e Data

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018

e Rafael Valdivino da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

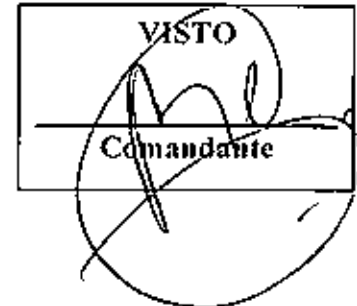


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/1 - 2º Grupamento de Bombeiros

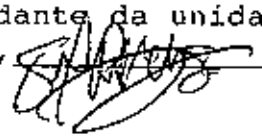
Belo Jardim-PE, 09 de novembro de 2017.


Josenilton Cordeiro Duarte - 1º Ten QOA/BM
Comandante da 5ª SB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº Dop 050/17

O Comandante da 5ª Seção de Bombeiros do 2º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por requerimento da Sr. **DÁRIO VALDIVINO BEZERRA**, registro geral nº 8.438.446 SDS-PE, CPF nº 094.403.554-09, residente na Cohab I S/nº, Belo Jardim - PE, **CERTIFICA** que, de acordo com a ordem de serviço operacional nº 1462, foi deslocada a viatura AR 395 da 5ª seção de Bombeiros, Belo Jardim - PE, às 05h26min do dia 07 de setembro de 2017, para atender uma ocorrência de **ACIDENTE DE TRÂNSITO (QUEDA DE MOTOCICLETA)**, ocorrido na PE 166, Zona Rural, Belo Jardim - PE, envolvendo uma moto não identificada, vitimando o irmão do requerente o Sr. **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA** RG Nº 9.296.340 SDS-PE; CPF nº 112.455.754-73. A vítima apresentava ferimentos nos membros inferiores. Após os procedimentos de Atendimento Pré Hospitalares, a vítima foi conduzida ao Hospital Julio Alves de Lira (HJAL), ficando sob os cuidados da equipe médica de plantão, tendo como responsável o profissional Gideony Dias, COREN: 337453.

Apresente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo comandante da 5ª Seção de Bombeiros (2º GB) e pelo comandante da unidade. 3º SGT BM Mat. 940064-8 **SILVIO ROBERTO DA SILVA** / 5ª SB, 

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018

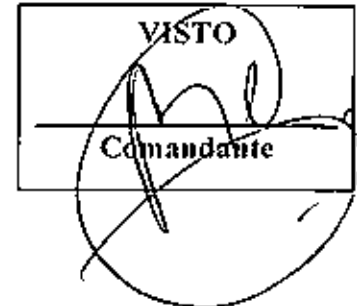


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/1 - 2º Grupamento de Bombeiros

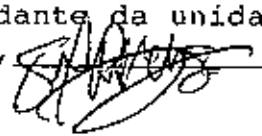
Belo Jardim-PE, 09 de novembro de 2017.


Josenilton Cordeiro Duarte - 1º Ten QOA/BM
Comandante da 5ª SB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº Dop 050/17

O Comandante da 5ª Seção de Bombeiros do 2º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por requerimento da Sr. **DÁRIO VALDIVINO BEZERRA**, registro geral nº 8.438.446 SDS-PE, CPF nº 094.403.554-09, residente na Cohab I S/nº, Belo Jardim - PE, **CERTIFICA** que, de acordo com a ordem de serviço operacional nº 1462, foi deslocada a viatura AR 395 da 5ª seção de Bombeiros, Belo Jardim - PE, às 05h26min do dia 07 de setembro de 2017, para atender uma ocorrência de **ACIDENTE DE TRÂNSITO (QUEDA DE MOTOCICLETA)**, ocorrido na PE 166, Zona Rural, Belo Jardim - PE, envolvendo uma moto não identificada, vitimando o irmão do requerente o Sr. **RAFAEL VALDIVINO DA SILVA** RG Nº 9.296.340 SDS-PE; CPF nº 112.455.754-73. A vítima apresentava ferimentos nos membros inferiores. Após os procedimentos de Atendimento Pré Hospitalares, a vítima foi conduzida ao Hospital Julio Alves de Lira (HJAL), ficando sob os cuidados da equipe médica de plantão, tendo como responsável o profissional Gideony Dias, COREN: 337453.

Apresente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo comandante da 5ª Seção de Bombeiros (2º GB) e pelo comandante da unidade. 3º SGT BM Mat. 940064-8 **SILVIO ROBERTO DA SILVA** / 5ª SB, 

ARUANA SEGUROS

21 FEV 2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL VALDIVINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000034288-8

Nr. da Autenticação 6FC25F2B05A8C61B