

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404528/18

Número do Sinistro: 3180523483

Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 043.203.413-76

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentos de identificação

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS : 043.203.413-76

Autorização de pagamento

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: 19/11/2018
Nome: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS
CPF: 043.203.413-76

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180523483**

Vítima: **ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **21/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180523483**.

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 13596609



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180523483

Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13598507



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180523483

Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

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

Comprovação de ato declaratório

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13613756



Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180523483

Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Nº de Inscrição:

010916814

Dados do Cliente

Nome MARIA GELCILENE DA SILVA

Endereço RU JOSE MARINHO, 465, U-1 BL3A APT301, JUREMA

Cidade CAUCAIA

61654-125

P.O. Endereço

Quantidade

Unidade 129

Série 086
00Quantidade 0001
00

Valor 0490

Código 2096

CATEGORIA

Fatura anual 001

Operacional 000

Informação 000

Público 000

TÍTULOS DE CONSUMO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A12F191029	109	114	5	5

Datas

Leitura atual 19/06/2018
Leitura anterior 21/05/2018Leitura 19/06/2018
Leitura anterior 18/07/2018

Leitura atual 2682681

Quantidade de Água consumida em 2018 04/2018

Nº de Leituras	Cidade	Volume (m³)	Valor	Valor médio mensal	Valor médio anual
Leituras	146	146	047	146	146
Anualidade	159	159	159	159	159
Descontabilizado	159	158	158	155	159

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 11 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Volume (m³)	Valor (R\$)
AGUA		24,40			
ESGOTO		19,52	jun/17	6	4
MULTA DE 2%		1,36	jul/17	10	8
CONSUMO DE AGUA INDIVID		17,85	ago/17	6	4
COLETA DE ESGOTO-INDIV.		10,18	set/17	5	4
JUROS DE 0,033% AO DIA		0,07	out/17	5	4
			nov/17	6	4
			dez/17	5	4
			jan/18	4	3
			fev/18	7	5
			mar/18	5	4
			abr/18	5	4
			mai/18	5	4

TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO		Valor (R\$)	SUBSIDIO		Valor (R\$)
Descrição			Descrição		
PIS	0,70		VALOR DO SERVIÇO		97,78
COFINS	3,50		VALOR DO SUBSIDIO		24,38
			VALOR TOTAL A PAGAR		73,40
MÊS/ANO		06/2018	VENCIMENTO		06/07/2018
			TOTAL A PAGAR (R\$)		73,40

I:356615075672969 L:0374 H:07:05:35 R:079 P:001

ONCE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0100, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0100.

Central de Atendimento

Cagece

0800 275 0100

Cagece
Investprev Seguradora S/A.

www.camdado.gov.br
É seu. É fácil. Participe.

07 NOV 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

043.203.413.76

Robson claudino dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

CPF:

Robson claudino dos Santos

043.203.413.76

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Curador Tec. Informática

Rua José Maranhão

465

U-1; Bl. 3A; Ap. 301

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Jurima

claucaia

ceara

61654-125

E-mail:

Tel.(DDD):

profissional - robsen@yahoo.com.br

(85) 98762-7530

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0031

CONTA:

36537

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVESTIDOR
SEGURADORA S/A
19 NOV. 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

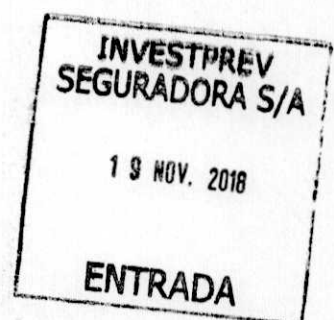
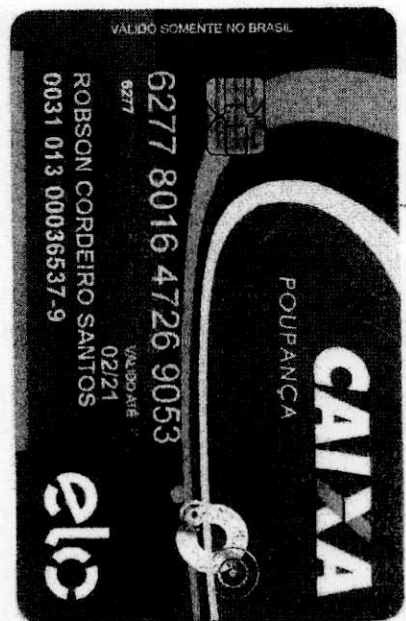
2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 2018130876

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 3653 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

VICTOR CASTELO BRANCO DE OLIVEIRA COSTA - MAT.: 30118693

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Rosane Carolina dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 2018130876

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 3653 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/10/2018 15:41:18**
Data / Hora da Ocorrência: **21/07/2018 09:36:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SÃO VICENTE DE PAULA**
Complemento: **APROX. AO NUMERAL 145**
Bairro: **ARATURI** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO DE GASOLINA IPIRANGA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**
Nascimento: **26/05/1990** CPF:
RG: 463642247 Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **IMACULADA CORDEIRO DOS SANTOS**
NC
Endereço: **RUA PONTE NOVA, 104 ALTOS**
Bairro: **JUREMA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8699-8066**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYO5752** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2JC30707R110762 Renavam: **913609056** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:
2007 Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o declarante que no dia, horário e local supramencionados estava trafegando em seu veículo de placa HYO 5752, que neste momento outro veículo que segundo o declarante seria uma motocicleta não sabe informar modelo nem placa, ultrapassou o mesmo e veio a frear bruscamente seu veículo, que em virtude de tal ação o declarante tentou desviar, não logrando êxito, que logo em seguida o declarante desequilibrou tombando no meio da via, que em seguida foi amparado por uma viatura da polícia militar; QUE só recebeu atendimento médico no dia seguinte 22/07/2018, pois o declarante achou que nada de grave tinha acontecido, mas no dia seguinte o mesmo alega ter tido um inchaço muito grande no tornozelo direito, fato esse que o fez procurar um atendimento médico no Hospital Doutor Abelardo Gadelha da Rocha, que segundo o mesmo o médico teria dito que seu tornozelo havia sido fraturado; QUE o declarante fez a indicação de duas testemunhas de nomes RENATA GONÇALVES SOUSA E MARIA SALETE ANDRADE MACIEL, e as mesmas se propuseram a cooperar no que for preciso, pois segundo o declarante ambas presenciaram os fatos. QUE NADA MAIS DISSE...////

Investprev Seguradora S/A.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 043.203.413.76 Nome completo da vítima: Robson Cláudio dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Robson Cláudio dos Santos CPF: 043.203.413.76

Profissão: Auxiliar Tec. Informática Endereço: Rua José Maranhão Número: 465 Complemento: V-1; Bl. 3A; Ap. 301

Bairro: Juruma Cidade: Claucaia Estado: Ceará CEP: 61654-125

E-mail: projisional-robson@yahoo.com.br Tel. (DDD): (85) 98762-7530

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0031 CONTA: 36537 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Investprey Seguradora S/A.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADIELHA DA ROCHA




CAUCAIA, 01 DE OUTUBRO DE 2018

Declaração

Declaramos para os devidos fins que o senhor Robson Cordeiro dos Santos, CPF: 043.203.413-76, foi atendido no Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha, no dia 22/07/2018, as 07h55, conforme comprovado na ficha de atendimento em anexo. Não cabendo ao hospital a informação da causada lesão por desconhecer os fatos anteriores ao ingresso do paciente a este serviço. O mesmo pode declarar os fatos relacionados ao evento e comprovar com outro mecanismo, que não seja a informação deste setor o esclarecimento se é ou não acidente automobilístico.

Declaração

Atenciosamente,


Dra. Ademaria Temoteo Rosa
Diretora Geral – HMAGR

Investprev Seguradora S/A.



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA




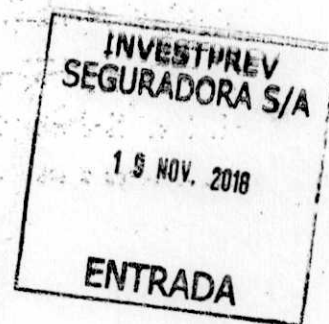
CAUCAIA, 01 DE OUTUBRO DE 2018

Declaração

Declaramos para os devidos fins que o senhor Robson Cordeiro dos Santos, CPF: 043.203.413-76, foi atendido no Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha, no dia 22/07/2018, as 07h55, conforme comprovado na ficha de atendimento em anexo. Não cabendo ao hospital a informação da causada lesão por desconhecer os fatos anteriores ao ingresso do paciente a este serviço. O mesmo pode declarar os fatos relacionados ao evento e comprovar com outro mecanismo, que não seja a informação deste setor o esclarecimento se é ou não acidente automobilístico.

Atenciosamente,


Dra. Ademaria Temoteo Rosa
Diretora Geral – HMAGR





Nº de Inscrição:

010916814

Dados do Cliente

Nome: MARIA GELCILENE DA SILVA

Endereço: RU JOSE MARINHO, 465, U-1 BL3A APT301, JUREMA

Cidade: CAUCAIA

CEP: 61654-125

Tipo de Serviço:

Quantidade:

Unidade:

129

Subsídio:

086

00

Número de Serviço:

0001

00

Valor do Serviço:

0490

Valor do Subsídio:

2096

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

Dados do Cliente

Número de Serviço:

001

Valor do Serviço:

000

Valor do Subsídio:

000

Valor do Serviço:

000

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 11 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Agua m3	Esgoto m3
AGUA		24,40			
ESGOTO		19,52	jun/17	6	4
MULTA DE 2%		1,36	jul/17	10	8
CONSUMO DE AGUA INDIVID		17,85	ago/17	6	4
COLETA DE ESGOTO-INDIV.		10,18	set/17	5	4
JUROS DE 0,033% AO DIA		0,07	out/17	5	4
			nov/17	6	4
			dez/17	5	4
			jan/18	4	3
			fev/18	7	5
			mar/18	5	4
			abr/18	5	4
			mai/18	5	4

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	SUBSIDIO		Valor (R\$)
			Descrição		
PIS	0,70		VALOR DO SERVIÇO		97,78
COFINS	3,50		VALOR DO SUBSIDIO		24,38
			VALOR TOTAL A PAGAR		73,40
MÊS/ANO		06/2018	VENCIMENTO		06/07/2018
			TOTAL A PAGAR (R\$)		73,40

I:356615075672969 L:0374 H:07:05:35 R:079 P:001

ONCE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0100, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 185. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0100.

Central de Atendimento

Cagece

0800 275 0100

Investprev Seguradora S/A.

Cagece

Cagece

Cagece

Cagece

Cagece

Cagece

Cagece

Cagece

Cagece

Cagece

Cagece

Cagece



00133BB35000407020000407



**Prefeitura de
Fortaleza**

SECRETARIA MUNICIPAL DE CONSERVAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS

REMETENTE:
AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E CIDADANIA - AMC
FORTALEZA/CE
Rua Monteiro Lobato, 53
Fátima - Fortaleza - CE
60411-210

e-Carta

9912370890 - SE/CE/MG

AMC



Data de postagem: 15/10/2018

CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO
RUA SILVEIRA FILHO , 1320 CS A
BONSUCESSO
60520-505 FORTALEZA- CE

Auto de Infração: P020245466

Remessa:

Investprev Seguradora S/A.

07 NOV 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/biblioteca/web/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 **Charles Robson Dias de Araújo** inscrito (a) no CPF **043.210.663** / **44**
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Robson Cláudio dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 043.203.413 / 76, do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima
Robson Cláudio dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.203.413 / 76, 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 Rua Silveira Filho		Número 1320	Complemento ----X----
Bairro BONSUCESSO	Cidade FORTALEZA	Estado CEARÁ	CEP 60.520-505
Email profissional_robson@yahoo.com.br		Telefone comercial(DDD) ---X---	Telefone celular (DDD) (85) 9 87627530

Fortaleza, 30 de Outubro de 2018
Local e Data

Charles Robson Dias de Araújo

Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 014138500436
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 01 913609056 Cód. RENAVAM 0000000000 R.N.T.R.C. 2018 EXERCÍCIO

NOME ROBSOM CORDEIRO DOS SANTOS
CAUCAIA /CE

CPF / CNPJ 04320341376 PLACA HY05752/CE
PLACA ANT / UF /CE 9C2JC30707R110762 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007
CAP / POT / CIL. 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC. COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 1ª VENC. / COTAS 2ª
FAIXA 1 PVA. PARCELAMENTO / COTAS 3ª
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 27/03/2018

OBSERVAÇÕES
LOCAL CAUCAIA DATA 21/05/2018
1º GDF Pereira SUPERINTENDENTE DENATRAN - CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014138500436 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04320341376 HY05752/CE

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 1204

014138500436 11351676420

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2018 24/05/2018

VIA 01 04320341376 CPF / CNPJ 04320341376 PLACA HY05752
RENAVAM 913609056 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN
ANO FAB. 2007 CAT. TARE. PART Nº CHASSI 9C2JC30707R110762

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 81.29 DENATRAN (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL A SER PAGO FEHO SEGURO (R\$) 185.50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC30E77110762 03098



014138500436
RECIBO CE Nº

Investprev Seguradora S/A.

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE 07 NOV 2018

ASSINATURA

03098
HY05752
COD RENAVAM 913609056
185450 03098

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

NOME
 CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2004009037628 SSP CE

CPF
 043.210.663-44

DATA NASCIMENTO
 10/09/1991

FILIAÇÃO
 VERIDIANA DIAS DE ARAUJO

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB.
 AD

Nº REGISTRO
 04989715200

VALIDADE
 12/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
 20/07/2010

OBSERVAÇÕES
 A;
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR
 Charles Robson Dias de Araujo

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 18/02/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
 IGOR VASCONCELOS PONTE
 12482444899
 CE145639630

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1076596896

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1076596896

Investprev Seguradora S/A.

07 NOV 2018

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

INTERPRINT LTDA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1158309332

NOME
ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20087470769 SSPDS CE

CPF
043.203.413-76

DATA NASCIMENTO
26/05/1990

FILIAÇÃO
IMACULADA CORDEIRO DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACB

ACC
AB

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
06142970258

VALIDADE
29/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
07/08/2014

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Robson Cordeiro dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
15/09/2015

João Vitor
1008 VASCONCELOS PENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

71664094686
CE149655150

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1158309332



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 014138500436
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 01 913609056 Cód. RENAVAM 0000000000 R.N.T.R.C. 2018 EXERCÍCIO

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS
CAUCAIA /CE

04320341376 CPF / CNPJ PLACA
PLACA ANT / UF 9C2JC30707R110762 CHASSI HY05752/CE

PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC. GÁSOLINA
HONDA/CG 125 FAN MARCA / MODELO
2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

1ª COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. COTAS
P FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª
V PARCELAMENTO / COTAS 3ª
A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 27/03/2018

OBSERVAÇÕES
CAUCAIA LOCAL DATA 21/05/2018
1º GDF Portes SUPERINTENDENTE DENATRAN - CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014138500436 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04320341376 HY05752/CE

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 1204

014138500436 11351676420

VIA 01 04320341376 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 24/05/2018

RENAVAM 913609056 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN
ANO FAB. 2007 COT. TARIF. PART Nº CHASSI 9C2JC30707R110762

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 81.29 DENATRAN (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL A SER PAGADO SEGURO (R\$) 185.50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC30E77110762

03098



014138500436
RECIBO CE Nº

Investprev Seguradora S/A.

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE 07 NOV 2018

ASSINATURA



03098
HY05752
COD RENAVAM 913609056
185450 03098

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Robson Cordeiro dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Aux. Técnico Informática
Identidade: 061.429.70258 CPF: 043.203.413.76
Endereço: Rua: Jose Marinho 465 - Bloco 3A Apt 301.
Bairro/Cidade/Complemento: Londrônio Jose Leino da Silveira V

OUTORGADO:

Nome: **CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO**
Nacionalidade: **BRASILEIRO** Est. Civil: **CASADO**
Profissão: **AUTÔNOMO**
Identidade: **2004009037628** CPF: **043.210.663-44**
Endereço: **RUA: SILVEIRA FILHO 1320 - JOÃO XXIII - FORTALEZA-CE**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: Caucaia - 04 de Outubro 2018.

Cartório de Jurema

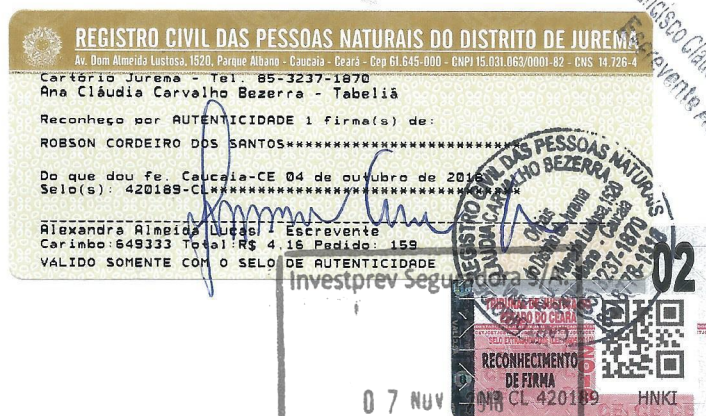
x

Robson Cordeiro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Outorgante / Beneficiário

x

Campo 2 - Assinatura do Beneficiário (caso o mesmo seja menor de 18 anos.)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404528/18

Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 043.203.413-76

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO : 043.210.663-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS : 043.203.413-76

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: 07/11/2018
Nome: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS
CPF: 043.203.413-76

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa