

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

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

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



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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

DETALHES DO OBRIGADO

Nome: MARIA GELCILENE DA SILVA
Endereço: RUA JOSE MARINHO, 465, V-1 BL3A APT301, JUREMA
Cidade: CAUCAIA

61654-125

Unid.: 129 Bairro: 086 Mestrado: 0001 Faz.: 0490 Cadastral: 2096
Salário: 000 Salário: 000

CONCEITOS

Pecúnia: 001 Comercial: 000 Indústria: 000 P. Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE LIGAÇÃO

Serviço	Métrida	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumetria	Média Semestral
ÁGUA	A12F191029	109	114	5	5

PAGAMENTO

Lectura Atual: 19/06/2018 Lectura Anterior: 19/06/2018 Lectura Pág: 2682681

Prazo para pagamento: 21/05/2018 Prazo para pagamento: 18/07/2018

Quedação de Água na sua fatura: 04/2018

Nº de Anotações	Ócros	Volumes	Capacidade Total	Reservatório
Águas	146	146	047	146
Ausentes	159	159	159	159
na conformidade	159	158	158	159

INFORMAÇÕES ADICIONAIS COMPLEMENTARES

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

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

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

DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA		24,40	jun/17	6	4
ESGOTO		19,52	jul/17	10	8
HULTA DE 2%		1,38	ago/17	6	4
CONSUMO DE ÁGUA INDIVID.		17,85	set/17	5	4
COLETA DE ESGOTO-INDIV.		10,18	out/17	5	4
JUROS DE 0,033% AO DIA		0,07	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

Tributos sobre o pagamento		SUBSÍDIO	VALOR (R\$)
Desconto	Valor (R\$)	Descrição	
PIS	0,70	VALOR DO SERVIÇO	97,78
COFINS	3,50	VALOR DO SUBSÍDIO	24,38
		VALOR TOTAL A PAGAR	73,40

MES/ANO VENCIMENTO TOTAL A PAGAR R\$
06/2018 06/07/2018 73,40

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

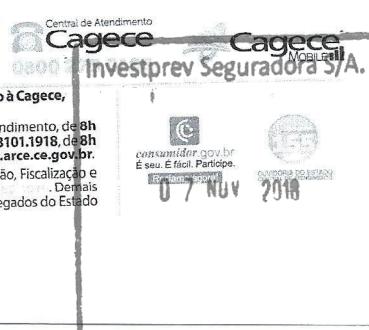
ONDE PAGAR SUA FATURA
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

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

Mais informações pelo telefone: 0800-275-0400, nas lojas de atendimento, de 08h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 08h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 100. 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: 0800-275-0400.



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 deodoro dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	043.203.413.76
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Junior Sec. Informática	Rua José Marinho	465	V-1; Bl.3A; Ap. 301
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Jurma	Claucaia	ceará	61654-125
E-mail:	Tel.(DDD): (85) 98762-7530		
rodriminal-nelson@yahoo.com.br			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0031** CONTA: **36537** **9**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 atende 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.

19 NOV. 2018

ENTRADA

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: Vivos: _____ Falecidos: _____

TESTEMUNHAS

1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

assinante
digital da
vítima ou
representante
não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Robson deodoro dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

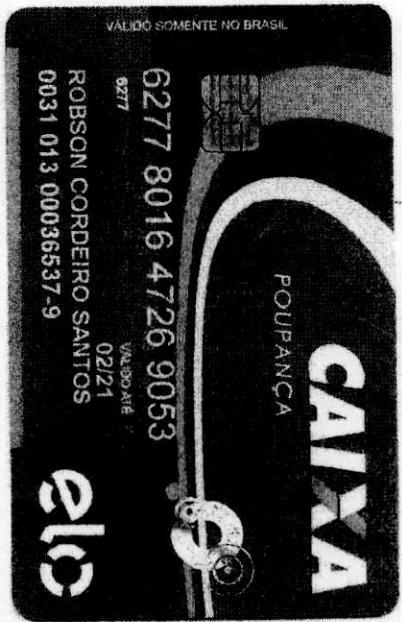
Charley Robson deodoro dos Santos

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) 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 N° 118 - 3653 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

VICTOR CASTELO BRANCO DE OLIVEIRA COSTA - MAT.: 30118693

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Roslyn Carleiro 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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 2018130876

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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** Orgão 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: **HY05752** 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 HY0 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 Clódeno dos Santos

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

Nome completo:

Robson Clódeno dos Santos

Profissão:

Endereço:

Auxiliar Téc. Informática Rua José Marinho

Bairro:

Cidade:

Jurua

claucaia

Estado:

cleará

CPF:

043.203.413.76

Número:

465

Complemento:

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

E-mail:

preissional-nobren@yahoo.com.br

CEP:

61654-125

Tel.(DDD):

(85) 98762-7530

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECUZO 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)

AGÊNCIA: 0031 CONTA: 36537 9
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

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:
 Vivos: _____ Falecidos: _____ 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 alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Investprey Seguradora S/A.

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 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 Temoteó Rosa
Diretora Geral - H MAGR

Investprev Seguradora S/A.

Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha
Rua Napoleão Bonaparte Viana, 36 Parque Soledade – Fone 33428113
E-mail:regulacaoahag@gmail.com – CEP 61600-000 CGC 07.616.162/0001-06 – Caucaia - CE



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.

Dra. Ademaria Temoteo Rosa

Atenciosamente,

Dra. Ademaria Temoteo Rosa
Dra. Ademaria Temoteo Rosa
Diretora Geral – HMAGR

INVESTIGAREV
SEGURADORA S/A

19 NOV. 2018

ENTRADA



Nº de Inscrição:

010916814

DETALHES DO OBRIGADO

Nome: MARIA GELCILENE DA SILVA
Endereço: RUA JOSE MARINHO, 465, V-1 BL3A APT301, JUREMA
Cidade: CAUCAIA

61654-125

Unid.: 129 Bairro: 086 Mestrado: 0001 Faz.: 0490 Cadastral: 2096
Salário: 000 Salário: 000

CONCEITOS

Pecúnia: 001 Comercial: 000 Indústria: 000 P. Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE LIGAÇÃO

Serviço	Métrida	Lectura Anterior	Lectura Atual	Velocidade	Média Semestral
ÁGUA	A12F191029	109	114	5	5

PERÍODO

Lectura Anterior: 19/06/2018 Lectura Atual: 19/06/2018 Lectura Final: 2682681

Prazo para pagamento: 21/05/2018 Prazo para pagamento: 18/07/2018

Queda de Água: Água normalizada PERCENTUAL: 04/2018

Nº de Anos	Ócio	Vacônia	Consumo Total	Área de Cobertura
1998	146	146	047	146
1999	159	159	159	159
2000	159	158	158	159

INFORMAÇÕES ADICIONAIS COMPLEMENTARES

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

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

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

DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA		24,40	jun/17	6	4
ESGOTO		19,52	jul/17	10	8
HULTA DE 2%		1,38	ago/17	6	4
CONSUMO DE ÁGUA INDIVID.		17,85	set/17	5	4
COLETA DE ESGOTO-INDIV.		10,18	out/17	5	4
JUROS DE 0,033% AO DIA		0,07	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

Tributos sobre o faturamento		SUBSÍDIO	VALOR (R\$)
Desconto	Valor (R\$)	Descrição	
PIS	0,70	VALOR DO SERVIÇO	97,78
COFINS	3,50	VALOR DO SUBSÍDIO	24,38
		VALOR TOTAL A PAGAR	73,40

MES/ANO VENCIMENTO TOTAL A PAGAR R\$
06/2018 06/07/2018 73,40

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

ONDE PAGAR SUA FATURA

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

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

Mais informações pelo telefone: 0800-275-0400, nas lojas de atendimento, de 08h

às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 08h

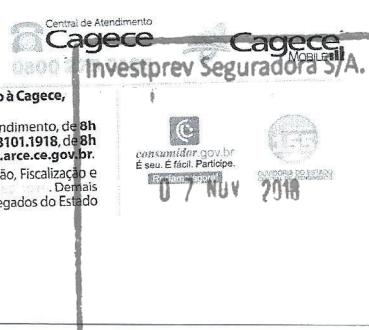
às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 100. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

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. Telefone: 0800-275-0400.





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

Correios



Data de postagem: 15/10/2018

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

Auto de Infração: P020245466

Remessa:

Investprev Seguradora S/A.

07 NOV 2018

00133BBB36000407020000407

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 nº9.613/98.

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 cloridino dos Santos** inscrito (a) no CPF sob o Nº **043.203.413 / 76**, do sinistro de DPVAT cobertura **invalidez** da Vítima **Robson cloridino dos Santos**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **043.203.4139 / 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.

07 NOV 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OU, POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS DENTRO OU FORA DO VEHÍCULO.

RECIBO CÉ N° 014138500436

DETRAN - CE		Nº 01413850043
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULOS		
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.
01	913609056	EXERCÍCIO
		2018

CE N° 014138500436 BILHETE DE SEGURO DPVAT
04320341376 HYD5752/CE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS	

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

www.seguradoralider.com

VIA 01	04320341376	HY05752
RENAVAM 913509056	MARCA / MODELO — HONDA / CG 125 FAN	PLACA

ANO FAB. 2007 CAT. FABRIC. PAR
 N° CHASSI 9C2JC30707R110762

PRÉMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
PAGAMENTO 0.70
TOTAL SER PAGO PELO SEGUNDO R\$ 195.50

COTA ÚNICA **PARCELADO** **2 / 03 / 2010**

卷之三

卷之三

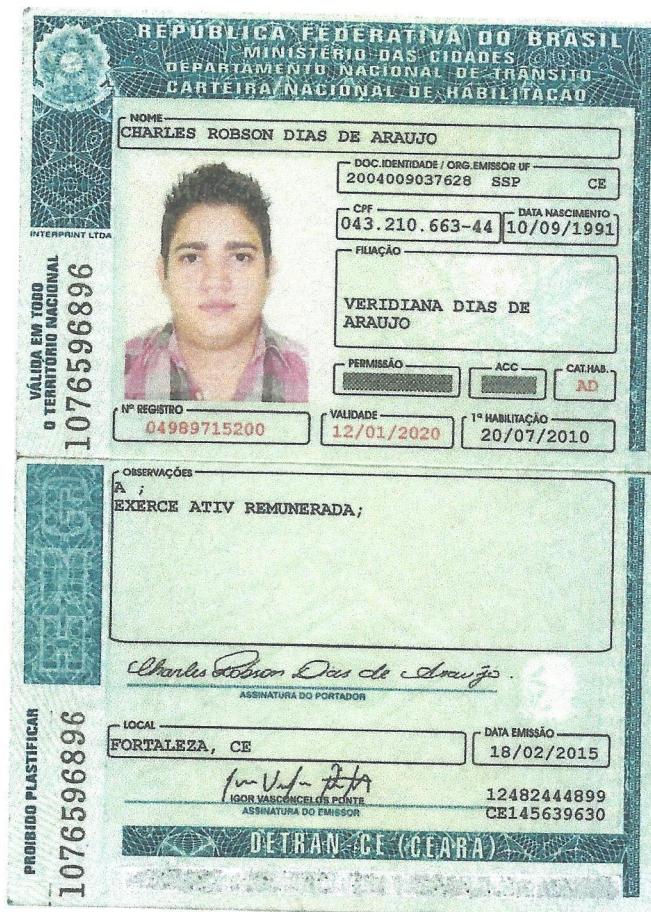
2018/2019

MOTOR: JC30E77110762

86060



03098
HYD5752
— COD RENAVAM —
913609056
185450 03098



Investprev Seguradora S/A.

07 NUV 2018

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

F - NOME
ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

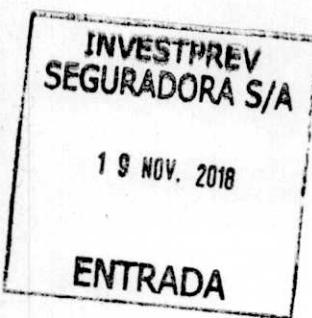
VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1158309332

Nº REGISTRO 06142970258	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 20087470769 SSPDS CE
CPF 043.203.413-76	DATA NASCIMENTO 26/05/1990
FILIAÇÃO IMACULADA CORDEIRO DOS SANTOS	PERMISSÃO ESPECIAL
VALIDEZ 29/01/2019	ACC ESPECIAL
1ª HABILITAÇÃO 07/08/2014	CAT. HAB. AB
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA.	
<i>Robson Cordeiro dos Santos</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 15/09/2015
<i>José Vitor - Póntio</i> IDOR VASCONCELOS PONTO ASSINATURA DO EMISSOR	71664094686 CH149655150
DETRAN-CE (CEARA)	

PROIBIDO PLASTIFICAR

1158309332



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OU, POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS DENTRO OU FORA DO VEHÍCULO.

014138500436
RECIBO CÉ N°

Investprev Seguradora S/A.
GISTRO E LICENÇA.

Investprev Seguradora S/A.
EGISTRO E LICENÇA

CE Nº 014138500436 BILHETE DE SEGURO DPVAT		TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT									
04320341376 HYD5752/CE											
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>WWW.seguradoralider.com.br</p>											
SAC DPVAT 0800 022 1204		014138500436 11351676420									
VIA 01	RENAVAM 913609056	CPF / CNPJ 04320341376									
ANO FAB. 2007	CAT. TARIF. PART	MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN									
		NR CHASSI 9C2JC30707R110762									
<p>PRÊMIO TARIFÁRIO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FNS (R\$) 81.29</th> <th>DENATRAN (R\$) 9.03</th> <th>CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15</td> <td>IUF (R\$) 0.70</td> <td>TOTAL SER PRIMO PELO SEGURO (R\$) 195.50</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO</td> <td>DATA DE QUITAÇÃO 27/03/2018</td> </tr> </tbody> </table>			FNS (R\$) 81.29	DENATRAN (R\$) 9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33	CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15	IUF (R\$) 0.70	TOTAL SER PRIMO PELO SEGURO (R\$) 195.50	PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO 27/03/2018
FNS (R\$) 81.29	DENATRAN (R\$) 9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33									
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15	IUF (R\$) 0.70	TOTAL SER PRIMO PELO SEGURO (R\$) 195.50									
PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO 27/03/2018									



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: **Robson Cordeiro dos Santos**
Nacionalidade: **Brasileiro** Est. Civil **Sóteiro**
Profissão: **Aux. Técnico Informática**
Identidade: **06142970258** CPF: **043.203.213.76**
Endereço: **Rua: José Marinho 465 - Bloco 3A Apt 301.**
Bairro/Cidade/Complemento: **Condomínio José Reino 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: **Paulaia - 09 de Outubro 2018.**

 **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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Camila Feitosa Pedrosa