



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCRT.20.00308553-8** em **10/06/2020 12:05:08**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Crato  
**Processo** : 0050297-52.2020.8.06.0071  
**Protocolo** : WCRT.20.00308553-8  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 10/06/2020 12:05:08

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>>[Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

**Petição\*** : 2726028\_CONTESTACAO\_01 - 1-8.pdf  
**Documentação** : 2726028\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-30.pdf  
**Documentação** : 2726028\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 31-49.pdf  
**Documentação** : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
**Documentação** : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf  
**Documentação** : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf  
**Documentação** : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-2.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 3-4.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : [Realizar download dos documentos da petição](#)  
**Recibo** : [Realizar download do recibo](#)

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CRATO/CE

Processo: 00502975220208060071

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

**CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

**BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **03/06/2019**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 24/07/2019.**

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

## **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

## **DO MÉRITO**

### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>1</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

## **DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

### **DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução

---

<sup>1</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

#### **DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

#### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>3</sup>.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

**Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**

**Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

#### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>4</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>5</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

---

11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>3</sup>**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

<sup>4</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>5</sup>**art. 1º. (...)**

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CRATO, 4 de junho de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**  
**14752 - OAB/CE**

### QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**

### **TABELA DE GRADAÇÃO**

<b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>	<b>Total (100%)</b>	<b>Intensa (75%)</b>	<b>Média (50%)</b>	<b>Leve (25%)</b>	<b>Residual (10%)</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **CRATO**, nos autos do Processo nº 00502975220208060071.

Rio de Janeiro, 4 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Pront.: 175521 Data Nasc.: 25/10/1998 Idade: 20 ano(s) 7 mes(es) e 9 dia(s)

Admissão: 03/06/2019 00:19

Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO

Sexo: Masculino

RG:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro: SAO BENTO

Tel.: 88 99368-4135

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Num: 70

ATO DECLARATÓRIO

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMAPELO

Classificador: ANA QUITERIA GONCALVES AQUINO

Horário: 03/06/2019 00:27

Queixa:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, REFERE DOR EM MSD (PUNHO) + ESCURIAÇÕES

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02:

Glasgow:

Temp.:

Glicemia:

Régua: 5

Pulso/FC:

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM: 6

Nº: 487518

Horário 03/06/2019 01:20

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTROS DEDOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

DOR EM PUNHO E MÃO DIR APOS QUEDA

NEGA SINAL DE ALARME

SOL RX + ANALGESIA

ATO DECLARATÓRIO

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO D AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	03/06/2019 01:22	Não	Pendente

### PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM

18929

03/06/19 01:22

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	02
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	02

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Pront.: 175521 Data Nasc.: 25/10/1998 Idade: 20 ano(s) 7 mes(es) e 9 dia(s)

Admissão: 03/06/2019 00:19

Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO

Sexo: Masculino

RG:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro: SAO BENTO

Tel.: 88 99368-4135

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Num: 70

ATO DECLARATÓRIO

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMAPELO

Classificador: ANA QUITERIA GONCALVES AQUINO

Horário: 03/06/2019 00:27

Queixa:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, REFERE DOR EM MSD (PUNHO) + ESCORIAÇÕES

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02:

Glasgow:

Temp.:

Glicemia:

Régua: 5

Pulso/FC:

Investprev Seguradora S/A

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM: 6

Nº: 487518

Horário 03/06/2019 01:20

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTROS DEDOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

DOR EM PUNHO E MÃO DIR APOS QUEDA

NEGA SINAL DE ALARME

SOL RX + ANALGESIA

ATO DECLARATÓRIO



30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO D AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	03/06/2019 01:22	Não	Pendente

### PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM

18929

03/06/19 01:22

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	02
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	02

2728306

Para agitar seu atendimento, utilize o e-mail  
sempre que entrar em contato conosco.A Tarifa Social da Energia Elétrica  
foi criada pela Lei Nº 10.430  
de 25 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valério, 150  
CEP 60135-940 | Fortaleza CE  
CNPJ 07947261/0001-70 | CEF 06.706.848-3

enel

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

572594405

Rota 23 11006 01 251500 - 4

Data de Emissão 06/05/2019

Nome ANGELA MARIA CARDOSO BRAZ

End. Postal RU NAILEE GONCALVES FELICIO 00070  
SAO BENTO - CRATO - 63123165

Medidor 11498385

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 630909453-04

CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência  
06/2019  
Data da Apresentação  
06/05/2019  
Previsão Próxima Leitura  
06/06/2019

## ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vota a legendagem verso desta conta.

Conjunta 06/2019 98,99  
Mês 06/2019 98,99

## ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

100%

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

024.050.302.0001-28

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
15425	15410	1,08	0,36	0,72	16,05	16,05
06/05/19	05/04/19	10,00	3,00	7,00	16,05	16,05

## DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS	VALOR (R\$)
MULTA MORATORIA REF 02/2019	16,05
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	1,92
SEG FAMILIA RES SUP 3 + 1 PLANO1-02006000560	22,22
ADICIONAL BANDEIRA ANARELA MES ( R\$ 0,06 )	4,95

VENCIMENTO

06/06/2019

TOTAL A  
PAGAR (R\$)

45,14

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Enxerto	0,00
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (ICMS FIC DMIC)	0,00
TOTAL	16,05

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
06/2019	1,08	16,05
05/2019	10,00	16,05
04/2019	3,00	4,95
03/2019	7,00	11,24
02/2019	0,00	0,00
01/2019	0,00	0,00
12/2018	0,00	0,00
11/2018	0,00	0,00
10/2018	0,00	0,00
09/2018	0,00	0,00
08/2018	0,00	0,00
07/2018	0,00	0,00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão (kg CO<sub>2</sub>)Compensação (kg CO<sub>2</sub>)Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

## CONTAS EM ATRASO

## VALOR DE DÉBITO VENCIDO

Informamos existir débitos vencidos sem aproveitamos limites em esta data, no valor de R\$ 102,44. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 10 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

## DÉBITOS ANTERIORES

Mês de Referência

Valor (R\$)

02/2019 160,46

03/2019 66,98

## ENTENDENDO TARGUINHA

Consta desta fatura R\$ 0,71 referente a DTS e DIFER. Alíquotas: DTS 0,30% e DIFER 0,41%.

Informamos que o tarifa foi reajustada em março de 2019, conforme Resolução Normativa ANEEL 2.538/2019, em vigor desde 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira ANARELA em R\$ 0,06.

www.anel.br

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Nº de Inscrição:

021732590

## DADOS DO CLIENTE

Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

End. Letura: RU BEA MARIA DE ARAUJO, 9, ROMEIRO

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63050-720

End. Entrega:

Cidade:

Local: 021

Setor: 001

Quadra: 0125

Lote: 0143

CEP:

Cidade: 0000

## ECONOMIA

Residência: 000

Comercial: 001

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
Água	0150154258	114	114	7	0

## OUTRAS

Leitura Atual: 10/05/2019

Emissão: 10/05/2019

Lacre Água: 0

Leitura Anterior: 10/04/2019

Próxima Leitura: 10/06/2019

Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Bacteriologia Coli
Exigidas	141	141	022	141	141
Analisadas	137	137	137	137	137
Em conformidade	127	137	134	147	137

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Água

Valor (R\$)

33,74

## HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
19-11-18	0	0
19-12-18	0	0
20-01-19	0	0
20-02-19	0	0
20-03-19	1	0
20-04-19	0	0
20-05-19	7	0
20-06-19	0	0
20-07-19	1	0
20-08-19	0	0
20-09-19	0	0
20-10-19	0	0

## TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,32
COFINS	1,61

## SÚMARIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	33,74
VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	33,74

MÊS/ANO

05/2019

VENCIMENTO

06/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

33,74

## CAGECE PAGAR SUA FATURA

I: 351512060402699 L: 7705 H: 13:24:20 R: 084 P: 001

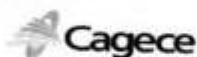
Bancos: Bradesco, Itaú, SBC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, TruPar, Cielo, PagSeguro.  
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative por meio eletrônico. Consulte sua agência.

Cagece  
0800 275 0195

Cagece  
Mobile

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

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACOFOP - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria da Cagece: 3101 1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



## Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

## DADOS DO CLIENTE

351512060402699 7705

Inscrição: 021732590

Código de Regeneração

Mês/Ano: 05/2019

Local: 021

Setor: 001

Quadra: 0125

Lote: 0143

Cidade: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 06/06/2019

Total (R\$):

33,74

8265000000 3 33/40008900 4 02173259001 9 02002122015 5



Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Informações que o tarifa foi resistido em mais de 80% conforme F-Sete da homologação ANEEL 659/2019 com validade 27/04/2019 e 21/04/2020, Sendas 4/2024 e M-19-19.



Nº de Inscrição:

021732590

## DADOS DO CLIENTE

Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

End. Entrega: RU BEA MARIA DE ARAUJO, 9, ROMEIRO

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63050-720

End. Entrega:

Cidade:

Local: 021

Setor: 001

Quadra: 0125

Lote: 0143

CEP:

Cidade: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

## ECONOMIA

Residência: 000

Comercial: 001

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
Água	0150154258	114	114	7	0

## OUTRAS

Leitura Atual: 10/05/2019

Emissão: 10/05/2019

Lacre Água: 0

Leitura Anterior: 10/04/2019

Próxima Leitura: 10/06/2019

Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Bactérias Coli
Exigidas	141	141	022	141	141
Analisadas	137	137	137	137	137
Em conformidade	127	137	134	147	137

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Água

Valor (R\$)

33,74

## HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
19-11-18	0	0
19-12-18	0	0
20-01-19	0	0
20-02-19	0	0
20-03-19	1	0
20-04-19	0	0
20-05-19	7	0
20-06-19	0	0
20-07-19	1	0
20-08-19	0	0
20-09-19	0	0
20-10-19	0	0

## TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,32
COFINS	1,61

## SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	33,74
VALOR DO SUBSIDIO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	33,74

MÊS/ANO

05/2019

VENCIMENTO

06/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

33,74

## CAGECE PAGAR SUA FATURA

I: 351512060402699 L: 7705 H: 13:24:20 R: 064 P: 001

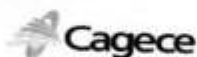
Bancos: Bradesco, Itaú, SBC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, TruPar, Cielo, PagSeguro.  
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative por meio eletrônico. Consulte sua agência.

Cagece  
0800 275 0195

Cagece  
Mobile

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

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACOFOP - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria da Cagece: 3101 1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



## Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

## DADOS DO CLIENTE

351512060402699 7705

Inscrição: 021732590

Código de Regeneração

Mês/Ano: 05/2019

Local: 021

Setor: 001

Quadra: 0125

Lote: 0143

Cidade: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 06/06/2019

Total (R\$): 33,74

8265000000 3 33/40008900 4 02173259001 9 02002122015 5



Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras devem 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 Segurado. De acordo com a determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 **EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS**

inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.291.864 / 23 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.254.493/78

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDADEZ da Vítima KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.254.493/78, 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: <b>RUA BEATA MARIA DE ARAUJO</b>	Número: <b>09</b>	Complemento: <b>PISO</b>
Bairro: <b>ROMEIRÃO</b>	Cidade: <b>JUAZEIRO DO NORTE</b>	Estado: <b>CE</b>
E-mail: <b>LORDNALDO@YAHOO.COM</b>	CEP: <b>63050-720</b>	Tel.(DDD): <b>(88) 3512/4870</b>

Local e Data: CRATO-CE, 26-07-2019

  
Assinatura do Declarante



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 **EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **045.291.864** / **23**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Segurado (a)

**KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS** inscrito (a) no CPF sob o Nº **076.254.493/78**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDADEZ** da Vítima **KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **076.254.493/78**, 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: <b>RUA BEATA MARIA DE ARAUJO</b>	Número: <b>09</b>	Complemento: <b>PISO</b>
Bairro: <b>ROMEIRÃO</b>	Cidade: <b>JUAZEIRO DO NORTE</b>	Estado: <b>CE</b>
E-mail: <b>LORDNALDO@YAHOO.COM</b>	CEP: <b>63050-720</b>	Tel.(DDD): <b>(88) 3512/4870</b>

Local e Data: **CRATO-CE, 26-07-2019**

  
Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Pront.: 175521 Data Nasc.: 25/10/1998 Idade: 20 ano(s) 7 mes(es) e 9 dia(s)

Admissão: 03/06/2019 00:19

Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO

Sexo: Masculino

RG:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro: SAO BENTO

Tel.: 88 99368-4135

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Num: 70

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO

Classificador: ANA QUITERIA GONCALVES AQUINO

Horário: 03/06/2019 00:27

Queixa:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, REFERE DOR EM MSD (PUNHO) + ESCORIAÇÕES

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02:

Glasgow:

Temp.:

Glicemia:

Régua: 5

Pulso/FC:

06 AGO 2019

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM: 6

Nº: 487518

Horário: 03/06/2019 00:28

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTROS DEDOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

DOR EM PUNHO E MÃO DIR APOS QUEDA

NEGA SINAL DE ALARME

SOL RX + ANALGESIA



### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO D AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	03/06/2019 01:22	Não	Pendente

### PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM

18929

03/06/19 01:22

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	02
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	02

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Pront.: 175521 Data Nasc.: 25/10/1998 Idade: 20 ano(s) 7 mes(es) e 9 dia(s)

Admissão: 03/06/2019 00:19

Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO

Sexo: Masculino

RG:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro: SAO BENTO

Tel.: 88 99368-4135

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Num: 70

### PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM

18929

03/06/19 01:22

#### Prescrição

DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA /  
DOSE ÚNICA

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

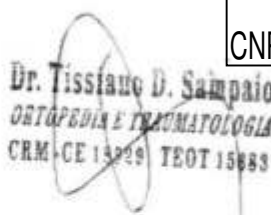
☐ Óbito



## EVOLUÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS  
Prontuário: 175521 Admissão: 03/06/2019 RG: Sexo: Masculino  
Data Nasc.: 25/10/1998 Idade: 20 ano(s) 7 mes(es) e 9 dia(s) Telefone: 88 99368-4135  
Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO CEP:  
Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO Num: 70 Bairro: SAO BENTO

Evolução	Profissional	Data/Hora
ENCAMINHAMENTO À SECRETARIA DE SAÚDE:  QUEDA SOBRE A MÃO DIR DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE 5º DEDO RX: FRATURA DE 5º MTT NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO VIA AMBULATORIAL COM ORTOPEDIA PARA SEGUIMENTO.  S62.6  GRATO	TISSIANO DANTAS SAMPAIO   Dr. TISSIANO D. Sampaio ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-CE 13229 TEOT 15883	Investprev Seguradora S/A 03/06/2019 01:56 06 AGO 2019 CNPJ: 42.366.302/0001-28

DATA ATEND	10/06/2019			Nº ATEND	561104
PACIENTE	KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS			SEXO	MASCULINO
DATA NASC	25/10/1998	IDADE	20		
RG	20086393140	CPF	076.254.493-78		
MÃE	ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO				
ENDERECO	RUA NAILE GONCALVES FELICIO 70 CS			BAIRRO	SAO BENTO
CIDADE	CRATO	UF	CE	CEP	63132070
TELEFONE 1	88993684135	TELEFONE 2		MEDICO	MARCEL DE ALENCAR PITA
PLANO DE SAÚDE	BPA SUS	MATRICULA	700505788462053	TIPO DE ATEND	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA URGENCIA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 10/06/2019 10:11 Término da Classificação: <B046XXXX> 10:12  
Classificador.....: DAYSE JESSICA VASCONCELOS PARENTE PRIMO Coren: 413276  
Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA  
GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE  
QUEIXA: TRAUMA EM 5ª MTT DA MÃO DIR.  
ORIGEM: CASA  
TIPO DE CHEGADA: PA  
ENCAMINHAMENTO: CONSULTÓRIO  
GLASGOW: 15  
DOR:

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE 5 MTC DA MAO DIREITA COM DESVIO ACEITAVEL HA 1 SEMANA

EXAME FÍSICO

DOR E EDEMA

EXAMES COMPLEMENTARES

RX DE MAO DIREITA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

FRATURA DE 5 MTC DA MAO DIREITA

CONDUTA

LUVA EM GARRAFA

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável

DR. MARCEL PITA  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 10621 TEOT 12915

Fatima  
19/07/19

Investprev Segura  
06 AGO 20

NOTICE: JPEG image for reference.  
Not for diagnostic use.

# Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

*Relatório médico*

O paciente Kesley Ruan  
Cardoso Santos sofreu ac-  
cidente de moto no dia 03  
de Junho de 2019 que resul-  
tou em fratura do punho  
(5º metacarpo) direito. Re-  
cebeu tratamento (mobiliza-  
ção com gesso = 60 dias e  
fisioterapia motora = 20  
sessões). Apresenta sequelas  
motoras (limitação de  
50% na mobilidade do punho  
direito). Recebeu alta defini-  
tiva no dia 16 de Junho 2019

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

16/08/2019

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas

MÉDICO

CREMEOP 6795

Av. Alton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Caixa Postal 60000-000  
Anexo Laboratório Vidanalyse

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332



## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS  
Pront.: 175521 Data Nasc.: 25/10/1998 Idade: 20 ano(s) 7 mes(es) e 9 dia(s) Admissão: 03/06/2019 00:19  
Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO  
Sexo: Masculino RG: Município: CRATO  
CEP 63113-000 Bairro: SAO BENTO Tel.: 88 99368-4135  
Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO Num: 70

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: ANA QUITERIA GONCALVES AQUINO Horário: 03/06/2019 00:27  
Queixa: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, REFERE DOR EM MSD (PUNHO) + ESCORIAÇÕES  
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  
Discriminador: DOR MODERADA  
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 5 Pulso/FC:

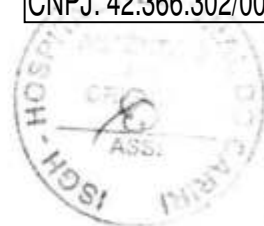
### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO CRM: 6 Nº: 487518 Horário: 03/06/2019 01:20  
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:  
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II  
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTROS DEDOS  
Comorbidade:  
HDA/Exame Físico:  
DOR EM PUNHO E MÃO DIR APOS QUEDA  
NEGA SINAL DE ALARME  
SOL RX + ANALGESIA

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO D AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	03/06/2019 01:22	Não	Pendente

### PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO CRM 18929 03/06/19 01:22

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	02
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	02



## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS  
Pront.: 175521 Data Nasc.: 25/10/1998 Idade: 20 ano(s) 7 mes(es) e 9 dia(s) Admissão: 03/06/2019 00:19  
Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO  
Sexo: Masculino RG: Município: CRATO  
CEP 63113-000 Bairro: SAO BENTO Tel.: 88 99368-4135  
Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO Num: 70

### PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM

18929

03/06/19 01:22

#### Prescrição

DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA /  
DOSE ÚNICA

Horário:

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

Investprev Seguradora S/A

☐ Óbito

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



## EVOLUÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Prontuário: 175521

Admissão: 03/06/2019

RG:

Sexo: Masculino

Data Nasc.: 25/10/1998 Idade: 20 ano(s) 7 mes(es) e 9 dia(s)

Telefone: 88

99368-4135


Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO

CEP:

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Num: 70

Bairro: SAO BENTO

Evolução	Profissional	Data/Hora
ENCAMINHAMENTO À SECRETARIA DE SAÚDE:  QUEDA SOBRE A MÃO DIR DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE 5º DEDO RX: FRATURA DE 5º MTT NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO VIA AMBULATORIAL COM ORTOPEDIA PARA SEGUIMENTO.  S62.6  GRATO	TISSIANO DANTAS SAMPAIO   Dr. TISSIANO D. SAMPAIO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-CE 13229 TEOT 15883	03/06/2019 01:56  <div>Investprev Seguradora S/A</div> <div>30 AGO 2019</div> <div>CNPJ: 42.366.302/0001-28</div>

DATA ATEND	10/06/2019			Nº ATEND	561104
PACIENTE	KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS			SEXO	MASCULINO
DATA NASC	25/10/1998	IDADE	20		
RG	20086393140	CPF	076.254.493-78		
MÃE	ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO				
ENDERECO	RUA NAILE GONCALVES FELICIO 70 CS			BAIRRO	SAO BENTO
CIDADE	CRATO	UF	CE	CEP	63132070
TELEFONE 1	88993684135	TELEFONE 2		MEDICO	MARCEL DE ALENCAR PITA
PLANO DE SAÚDE	BPA SUS	MATRICULA	700505788462053	TIPO DE ATEND	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA URGENCIA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 10/06/2019 10:11 Término da Classificação: <B046XXXX> 10:12  
Classificador.....: DAYSE JESSICA VASCONCELOS PARENTE PRIMO Coren: 413276  
Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA  
GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE  
QUEIXA: TRAUMA EM 5ª MTT DA MÃO DIR.  
ORIGEM: CASA  
TIPO DE CHEGADA: PA  
ENCAMINHAMENTO: CONSULTÓRIO  
GLASGOW: 15  
DOR:

Investprev Seguradora S/A

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE 5 MTC DA  
DESVIO ACEITAVEL HA 1 SEMANA

EXAME FÍSICO

DOR E EDEMA

EXAMES COMPLEMENTARES

RX DE MÃO DIREITA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

FRATURA DE 5 MTC DE MÃO DIREITA  
CONDUTA: LAVA EM GARRAFA

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável

30 AGO 2019

MAO DIREITA COM  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

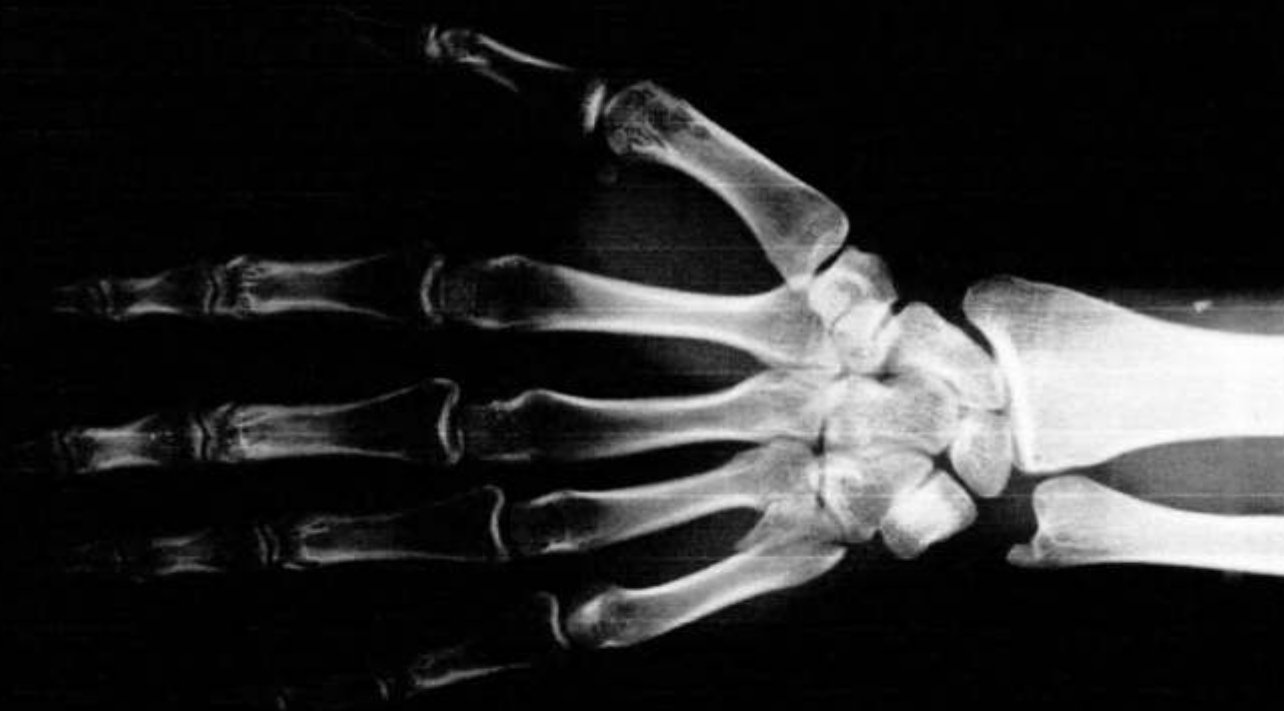
DR. MARCEL PITA  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 10621 TEOT 12915



Fatima  
19 07 19

CNPJ: 42.366.302/

NOTICE: JPEG image for reference.  
Not for diagnostic use.



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

**CE**

**Nome**  
KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

**DOC IDENTIFICAD / CNH DADOS Nº**  
20086393140 **ESTADO** CE

**CNP**  
076.254.493-78 **DATA NASCIMENTO**  
25/10/1998

**PLACAO**  
CICERO FRANCISCO DA  
SILVA SANTOS  
ANGELA MARIA LEONARDO  
CARDOSO

**PROFISSAO**  
NÃO RESPONDEU

**RG**  
06807543128 **VALIDADE**  
11/11/2021 **1ª EMISSÃO**  
09/03/2017

**Observações**  
SEM OBSERVAÇÃO:

*Kesley Ruan Cardoso Santos*

**LOCAL**  
FORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO**  
12/03/2018

*1- V- 2- 1*

**05969211769**  
**CE164113401**

**CEARÁ**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
1633363106

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
1633363106

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

**NOME**  
EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

**DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF**  
99029071681 SSPDS CE

**CPF**  
045.291.864-23

**DATA NASCIMENTO**  
26/09/1982

**FILIAÇÃO**  
MANOEL PEREIRA DOS SANTOS  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS

**PERMISSÃO**  
[ ]

**ACC**  
[ ]

**CETIP**  
AB

**UF RESIDÊNCIA**  
04012393505

**VIGÊNCIA**  
19/12/2021

**V. VALIDADE**  
16/12/2006

**OBSERVAÇÃO**  
SEM OBSERVAÇÃO:

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
[Assinatura]

**LOCAL**  
JUAZEIRO DO NORTE, CE

**DATA EMISSÃO**  
10/01/2019

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
[Assinatura]

**80514056010**  
**CE168710862**

**CEARÁ**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1656063485

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1656063485

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**Nome**  
KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

**DOC IDENTIDADE / CNH** 20086393140 **UF** CE

**CNP** 076.254.493-78 **DATA NASCIMENTO** 25/10/1998

**PLACAO**  
CICERO FRANCISCO DA  
SILVA SANTOS  
ANGELA MARIA LEONARDO  
CARDOSO

**PROFISSÃO** **ACE** **CATEG**

**Nº REGISTRO** 06807543128 **VALIDADE** 11/11/2021 **1ª EMISSÃO** 09/03/2017

**Observações:**  
SEM OBSERVAÇÃO:

*Kesley Rua Cardoso Santos*

**LOCAL** FORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO** 12/03/2018

*1- V. 1- 2h*

**CEARÁ**

**05969211769**  
**CE164113401**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1633363106**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1633363106**

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

**NOME**  
EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

**DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF**  
99029071681 SSP/CE CE

**CPF** 045.291.864-23 **DATA NASCIMENTO** 26/09/1982

**FILIAÇÃO**  
MANOEL PEREIRA DOS SANTOS  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS

**PERMISSÃO** **ACC** **CATEG**  
AB

**UF RESIDÊNCIA** 04012393505 **VIGÊNCIA** 19/12/2021 **V. EXPIRAÇÃO** 16/12/2006

**OBSERVAÇÃO:**  
SEM OBSERVAÇÃO;

**ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO**  
10/01/2019

**LOCAL** JUAZEIRO DO NORTE, CE **DATA EMISSÃO** 10/01/2019

**ASSINATURA DO EMISSOR** 80514056010  
CE168710862

**CEARÁ**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1656063485

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1656063485

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 01338622225  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ENTR. EXERCÍCIO  
JANU 01 960854134 0000000000 2017

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

CRATO/CE

07625449378

PLACA  
HYT3993

PLACA ANT./UF  
\*\*\*\*\*/CE

CHASSI  
9C2JC30708R163073

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PSS/MOTOCICLO/HN APITC GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FA

CAP/POT/CIL

2P/0CV/124CC

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

FAIXA I/PVA

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

0.70

185.50

10/05/2017

OBSERVAÇÕES

CRATO

LOCAL  
Igor Nete



DATA  
16/08/2017

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

CE Nº 01338622225 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
07625449378 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradorafider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 16/08/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA  
01 07625449378 HYT3993

RENAVAM MARCA / MODELO  
960854134 HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. DATA FORT. Nº CHASSI  
2008 09 9C2JC30708R163073

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
01.29 9.03 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO PRÊMIO SEGURO (R\$)  
4.15 0.70 185.50

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 10/05/2017

PROPRIETÁRIO  
LOTE/DESEMPENHO/SEGURO DPVAT  
MOTOR: JC30E78163073

ABR-2017

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 01338622225  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ENTR. EXERCÍCIO  
JANU 01 960854134 0000000000 2017

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

CRATO/CE

07625449378

PLACA  
HYT3993

PLACA ANT./UF  
\*\*\*\*\*/CE

CHASSI  
9C2JC30708R163073

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
MOTOCICLO 150 APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 125 FAN

CAP/POT/CIL  
2P/0CV/124CC

CATEGORIA  
PARTIC

ANO FAB. ANO MOD.  
2008 2008

COR PREDOMINANTE  
PRETA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
***	****	****	****
FAIXA I PVA	FAIXA	AMORTAMENTO/COTAS	
***	****	****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
180.65 0.70 185.50 10/05/2017

OBSERVAÇÕES

CRATO

LOCAL  
Igor Nogueira  
Superintendente



DATA  
16/08/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NA SEGUR. DPVAT

CE Nº 01338622225 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
07625449378 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VESTIBULADOR  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradorafider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 16/08/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA  
01 07625449378 HYT3993

RENAVAM MARCA / MODELO  
960854134 HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. DATA TERC. Nº CHASSI  
2008 09 9C2JC30708R163073

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
01.29	9.03	90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DO PRÊMIO SEGURO (R\$)
4.15	0.70	185.50

PAGAMENTO	DATA DE CITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	10/05/2017

PROPRIETÁRIO  
LOTE/DESCRIÇÃO DO VEICULO  
MOTOR: JC30E78163073

ABR-2017

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3190508584

Nome do(a) Examinado(a): KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nailée Gonçalves Felício, 70, , 63.123-165, São Bento, Crato/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPDS CE / 2008639314

Data e local do acidente: 03/06/2019 - Juazeiro do Norte/CE

Data e local do exame: 13/09/2019 - Juazeiro do Norte/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.24508 , longitude: -39.32449

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do quinto metacarpo direito.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

O periciado apresenta-se com as lesões ainda não consolidadas. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamentos conservador com tala gessada por 60 dias, medicamentoso e fisioterápico. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ou seja, as lesões não estão consolidadas e a vítima permanece em tratamento.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico prejudicado.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Em tratamento.

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

(X) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

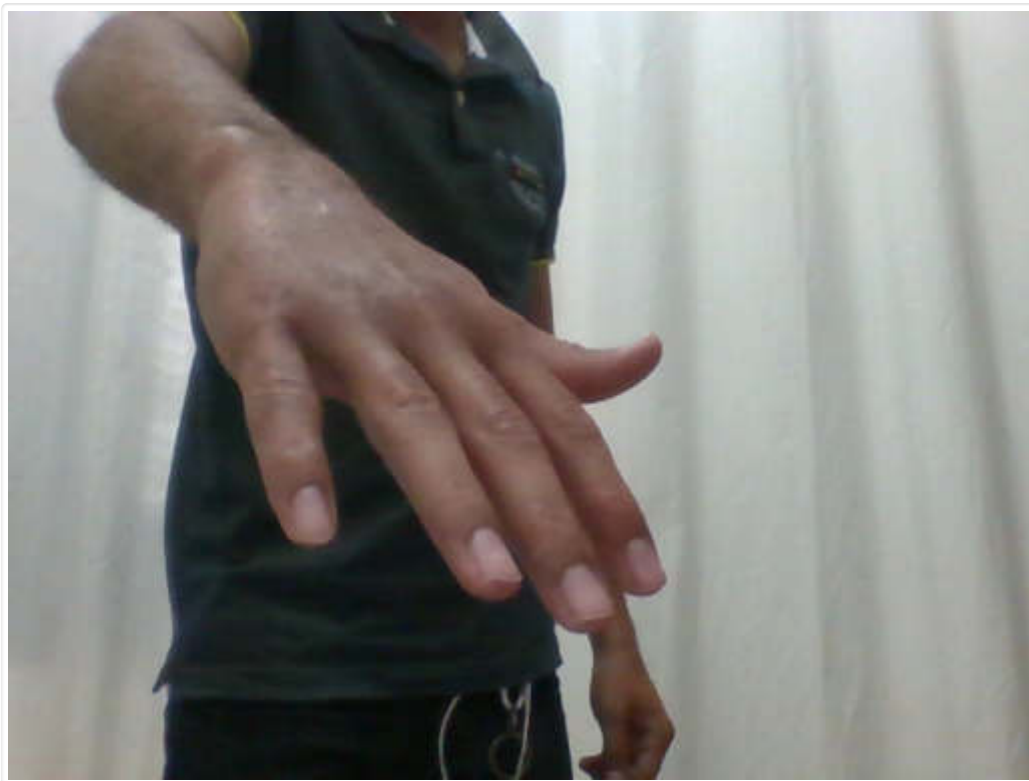
Periciado permanece em período de convalescença das lesões, estando em tratamento fisioterápico. Retorno em 60 dias.

  
**Victor Marcel G. Oliveira**  
MÉDICO  
CRM-CE 13.117

Imagens do Exame Físico







Termo de Imagem

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS - 076.254.493-78

Victor Marcel Gonçalves Oliveira - 13117

Juazeiro do Norte /CE - 13/09/2019



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190508584 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS **Data do acidente:** 03/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do quinto metacarpo direito.

**Descrição do exame físico:** O periciado encontra-se na fase de consolidação da lesão e ainda não recebeu alta médica, conforme apurado na anamnese e exame físico, visto que permanece em período de convalescença das lesões, estando em tratamento fisioterápico. Há necessidade, conforme conclusão do exame clínico, de nova avaliação, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado. Retorno em 60 dias.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresenta-se com as lesões ainda não consolidadas. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamentos conservador com tala gessada por 60 dias, medicamentoso e fisioterápico. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ou seja, as lesões não estão consolidadas e a vítima permanece em tratamento.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Em tratamento

**Data do exame físico:** 13/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190508584 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS **Data do acidente:** 03/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do quinto metacarpo direito.

**Descrição do exame físico:** O periciado encontra-se na fase de consolidação da lesão e ainda não recebeu alta médica, conforme apurado na anamnese e exame físico, visto que permanece em período de convalescença das lesões, estando em tratamento fisioterápico. Há necessidade, conforme conclusão do exame clínico, de nova avaliação, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado. Retorno em 60 dias.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresenta-se com as lesões ainda não consolidadas. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamentos conservador com tala gessada por 60 dias, medicamentoso e fisioterápico. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ou seja, as lesões não estão consolidadas e a vítima permanece em tratamento.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Em tratamento

**Data do exame físico:** 13/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190508584 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS **Data do acidente:** 03/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190508584 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS **Data do acidente:** 03/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE

NOME COMPLETO: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS		
CPF: 076.254.493-78	RG: 20086393140	ÓRGÃO EMISSOR: SSP/OS CE
ENDEREÇO: RUA NAILE GONCALVES FELICIANO		Nº 70
BAIRRO: SÃO BENTO	CEP: 63123-165	COMPLEMENTO: CASA
CIDADE/UF: CRATO - CEARÁ		Tel.(DDD) (85) 99368-4135

### OUTORGADO

NOME COMPLETO: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS		
CPF: 045.291.864-23	RG: 99029071681	ÓRGÃO EMISSOR: SSP - CE
ENDEREÇO: RUA BEATA MARIA DE ARAUJO		Nº 09
BAIRRO: ROMEIRÃO	CEP: 63050-720	COMPLEMENTO: PROX. A DELEGACIA CIVIL
CIDADE/UF: JUAZEIRO DO NORTE - CEARÁ		Tel.(DDD) (88) 3512/4870

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO DPVAT**, referente à vítima e dados abaixo:

VÍTIMA: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS	CPF: 076.254.493-78
NATUREZA: INVALIDEZ	ACIDENTE OCORRIDO DIA: 03-06-2019



KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer por Autenticidade)

CRATO - CE, 25-07-2019

Local e Data

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Antonio Hamilton de Souza  
Escrevente Compromissado  
do 1º Ofício de Crato - CE  
CPF- 737.797.763-91

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE

NOME COMPLETO: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS		
CPF: 076.254.493-78	RG: 20086393140	ÓRGÃO EMISSOR: SSPDS CE
ENDEREÇO: RUA NAILE GONCALVES FELICIANO		Nº 70
BAIRRO: SÃO BENTO	CEP: 63123-165	COMPLEMENTO: CASA
CIDADE/UF: CRATO - CEARÁ		Tel.(DDD) (85) 99368-4135

### OUTORGADO

NOME COMPLETO: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS		
CPF: 045.291.864-23	RG: 99029071681	ÓRGÃO EMISSOR: SSP - CE
ENDEREÇO: RUA BEATA MARIA DE ARAUJO		Nº 09
BAIRRO: ROMEIRÃO	CEP: 63050-720	COMPLEMENTO: PROX. A DELEGACIA CIVIL
CIDADE/UF: JUAZEIRO DO NORTE - CEARÁ		Tel.(DDD) (88) 3512/4870

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO DPVAT**, referente à vítima e dados abaixo:

VÍTIMA: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS	CPF: 076.254.493-78
NATUREZA: INVALIDEZ	ACIDENTE OCORRIDO DIA: 03-06-2019



KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer por Autenticidade)

CRATO - CE, 25-07-2019

Local e Data

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Antonio Hamilton de Souza  
Escrevente Comprossado  
do 1º Ofício de Crato - CE  
CPF- 737.797.763-91

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300723/19

**Vítima:** KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

**CPF:** 076.254.493-78

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/06/2019

**Titular do CPF:** KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS : 045.291.864-23

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

### KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS : 076.254.493-78

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](http://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: 30/08/2019  
Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS  
CPF: 045.291.864-23

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

---

**Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190508584**

**Vítima: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS**

**Data do Acidente: 03/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190508584

Vítima: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14914867



---

**Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190508584**

**Vítima: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS**

**Data do Acidente: 03/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
076.254.493-78 KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

5 - Nome completo: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS 6 - CPF: 076.254.493-78  
7 - Profissão: RECUSOU-SE 8 - Endereço: RUA NAILEE GONCALVES FELICIO 9 - Número: 70 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SAO BENTO 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63123-165  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 98804-727

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

## 21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 60492 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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.

## 22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO - CE, 31-07-2019

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
076.254.493-78 KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

5 - Nome completo: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS 6 - CPF: 076.254.493-78  
7 - Profissão: RECUSOU-SE 8 - Endereço: RUA NAILEE GONCALVES FELICIO 9 - Número: 70 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SAO BENTO 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63123-165  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (88) 98804-727

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 30 AGO 2019

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0684 CONTA: 60492 7 AGÊNCIA: CONTA: (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.

## 22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO - CE, 31-07-2019

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 8524 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **24/07/2019 16:05:45**  
Data / Hora da Ocorrência: **03/06/2019 00:19:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LEÃO SAMPAIO**  
Complemento:  
Bairro: **LAGOA SECA** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO INGRA HOTEL**

Investprev Seguradora S/A

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS**  
Nascimento: **25/10/1998** CPF:  
RG: **20086393140** Orgão Emissor: **SSPDS**  
Filiação: **ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO**  
**CICERO FRANCISCO DA SILVA SANTOS**  
Endereço: **RUA NAILÊ GONÇALVES FELÍCIO, 70**  
Bairro: **SÃO BENTO**  
Município: **CRATO/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9368-4135**

06 AGO 2019

UF: **CE**

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HYT3993** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:  
**9C2JC30708R163073** Renavam: **960854134** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:  
**2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Comunica que quando trafegava na Moto de dados acima anotados, vindo de Barbalha/CE para Juazeiro do Norte/CE, teve que fazer uma manobra para não colidir com um veículo que trafegava a frente, e que parou de maneira brusca, acarretando a queda da vítima da Motocicleta que conduzia e fratura no braço direito; Um homem que trafegava num veículo o trouxe para o Hospital Regional do Cariri, nesta urbe, e dias depois recebeu tratamento médico no Hospital São Raimundo, na vizinha cidade do Crato/CE, para os fins pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

  
**DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

  
**KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS**

VISTO DO DELEGADO(A) :

**DOUGLAS DUREMBERG MELO BALBINO - MAT.: 300574-1-4**





BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 8524 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **24/07/2019 16:05:45**  
Data / Hora da Ocorrência: **03/06/2019 00:19:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LEÃO SAMPAIO**  
Complemento:  
Bairro: **LAGOA SECA** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO INGRA HOTEL**

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS**  
Nascimento: **25/10/1998** CPF:  
RG: **20086393140** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO**  
**CICERO FRANCISCO DA SILVA SANTOS**  
Endereço: **RUA NAILÊ GONÇALVES FELÍCIO, 70**  
Bairro: **SÃO BENTO**  
Município: **CRATO/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9368-4135**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HYT3993** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:  
**9C2JC30708R163073** Renavam: **960854134** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:  
**2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**


Comunica que quando trafegava na Moto de dados acima anotados, vindo de Barbalha/CE para Juazeiro do Norte/CE, teve que fazer uma manobra para não colidir com um veículo que trafegava a frente, e que parou de maneira brusca, acarretando a queda da vítima da Motocicleta que conduzia e fratura no braço direito; Um homem que trafegava num veículo o trouxe para o Hospital Regional do Cariri, nesta urbe, e dias depois recebeu tratamento médico no Hospital São Raimundo, na vizinha cidade do Crato/CE, para os fins pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

  
**DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

  
**KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS**

VISTO DO DELEGADO(A) :

**DOUGLAS DUREMBERG MELO BALBINO - MAT.: 300574-1-4**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
076.254.493-78 KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

5 - Nome completo: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS 6 - CPF: 076.254.493-78  
7 - Profissão: RECUSOU-SE 8 - Endereço: RUA NAILEE GONCALVES FELICIO 9 - Número: 70 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SAO BENTO 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63123-165  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (88) 98804-727

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

## 21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 60492 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: -

AGÊNCIA: CONTA:

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.

## 22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO - CE, 31-07-2019

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
076.254.493-78 KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

5 - Nome completo: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS 6 - CPF: 076.254.493-78  
7 - Profissão: RECUSOU-SE 8 - Endereço: RUA NAILEE GONCALVES FELICIO 9 - Número: 70 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SAO BENTO 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63123-165  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 881988070727

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA

## 21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 60492 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: -

AGÊNCIA: CONTA:

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.

## 22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO - CE, 31-07-2019

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28