



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
Processo: 01627261220198060001  
Classe do Processo: Petições Intermediárias Diversas  
Data/Hora: 31/05/2023 17:03:29

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

**Arquivos**

Petição: 2640194\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_01 - 1-3.pdf  
Documentação: 2640194\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_compressed - 1-16.pdf  
Documentação: 2640194\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_compressed - 17-22.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE**

Processo: 01627261220198060001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

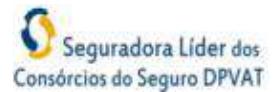
FORTALEZA, 31 de maio de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO**  
**45542-A/CE**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404528/18

Número do Sinistro: 3180523483

Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 043.203.413-76

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentos de identificação

**ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS : 043.203.413-76**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 19/11/2018  
Nome: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS  
CPF: 043.203.413-76

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

ANDERSSON COSTA SILVA

---

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**  
  
Nº Sinistro: **3180523483**  
Vítima: **ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**  
Data do Acidente: **21/07/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

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

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180523483

Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**

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

Autorização de pagamento

Comprovação de ato declaratório

Documentos de identificação

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

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180523483

Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**

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

Comprovação de ato declaratório

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

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180523483**

**Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Nº de inscrição:

010916814

## DETALHES DO OBRIGADO

NOME: MARIA GELCILENE DA SILVA  
ENDERECO: RU JOSE MARINHO, 465, U-1 BL3R APT301, JUREMA  
CIDADE: CAUCAIA

61654-125

USO DE ÁGUA: 129 LITROS DIA, USO DE ESGOTO: 086 LITROS DIA, USO DE GÁS: 0001 KWH DIA, USO DE ENERGIA ELÉTRICA: 0490 KWH DIA, USO DE GÁS NATURAL: 2096 KWH DIA.

TIPO DE CONSUMO: Residencial 001, Comercial 000, Industrial 000, Piscina 000.

Serviço	Último	Letras	Quant.	Letras Atual	Motivo	Motivo Sustentável
ÁGUA	A12F191029	109	114	5	5	5

PERÍODO DE REFERÊNCIA: De 19/06/2018 À 19/06/2018 | LATA: 2682681  
PERÍODO DE PAGAMENTO: De 21/05/2018 À 18/07/2018 | LATA: 2682681  
PERÍODO DE VENCIMENTO: De 04/2018 À 04/2018 | LATA: 2682681

USO DE ÁGUAS	Cota	Referência	Período de Vencimento	Acumulado
Águas	146	146	047	146
Águas tratadas	159	159	159	159
Total Águas tratadas	159	158	158	159

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 11 m<sup>3</sup> | META: 10 m<sup>3</sup>.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAXE O APPLICATIVO DA ARCE.

DETALHAMENTO DOS PLANEJOS		VOLUME	DETALHAMENTO DE VOLUME		
AGUA	24,40		jun/17	6	4
ESGOTO	19,52		jul/17	10	8
HULTA DE 2%	1,38		ago/17	6	4
CONSUMO DE AGUA INDIVID	17,85		set/17	5	4
COLETA DE ESGOTO-INDIV.	10,18		out/17	5	4
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,07		nov/17	6	4
			dez/17	5	4
			jan/18	4	3
			fev/18	7	5
			mar/18	5	4
			abr/18	5	4
			mai/18	5	4

TABELA DE PAGAMENTO		SUBSIDIO	VALOR TOTAL	
DESCONTO	Valor (R\$)	Descrição	VALOR DO SERVICO	97,78
PIS	0,70		VALOR DO SUBSIDIO	24,38
COFINS	3,50		VALOR TOTAL A PAGAR	73,40

MÊS/ANO: 06/2018 VENCIMENTO: 06/07/2018 TOTAL A PAGAR: 73,40

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

## ONDE PAGAR SUA FATURA

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

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

Mais informações pelo telefone: 0800-222-1000, nas lojas de atendimento, de 08h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 08h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 162. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	043.203.413.76	Robson deodoro dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	043.203.413.76
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Jurídico tec. Informática	Rua José Marinho	465	V-1; Bl.3A; Ap. 301
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Jurama	claucaia	litorânea	61654-125
E-mail:	Tel.(DDD): (85) 98762-7530		
rodrigoimail-nelson@yahoo.com.br			

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

19 NOV. 2018

ENTRADA

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data, _____	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1 <sup>a</sup>   Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____

### TESTEMUNHAS

1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

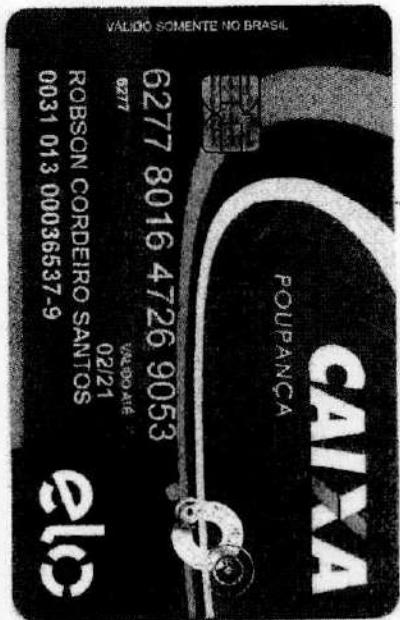
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura do Procurador (se houver)
Robson deodoro dos Santos	Charly Robson deodoro dos Santos	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura

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

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



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

**Impresso nº 2018130876****BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 118 - 3653 / 2018****DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

VICTOR CASTELO BRANCO DE OLIVEIRA COSTA - MAT.: 30118693

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Rosson Carleiro dos Santos***VISTO DO DELEGADO(A) :**

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



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 2018130876

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 118 - 3653 / 2018

### Dados da Ocorrência

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

### Dados da(s) Vítima(s)

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

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HY05752** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:  
**9C2JC30707R110762** Renavam: **913609056** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:  
**2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor: **Preta**  
Proprietário: **ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

### Histórico

Informa o declarante que no dia, horário e local supramencionados estava trafegando em seu veículo de placa HY0 5752, que neste momento outro veículo que segundo o declarante seria uma motocicleta não sabe informar modelo nem placa, ultrapassou o mesmo e veio a frear bruscamente seu veículo, que em virtude de tal ação o declarante tentou desviar, não logrando êxito, que logo em seguida o declarante desequilibrou tombando no meio da via, que em seguida foi amparado por uma viatura da polícia militar; QUE só recebeu atendimento médico no dia seguinte 22/07/2018, pois o declarante achou que nada de grave tinha acontecido, mas no dia seguinte o mesmo alega ter tido um inchaço muito grande no tornozelo direito, fato esse que o fez procurar um atendimento médico no Hospital Doutor Abelardo Gadelha da Rocha, que segundo o mesmo o médico teria dito que seu tornozelo havia sido fraturado; QUE o declarante fez a indicação de duas testemunhas de nomes RENATA GONÇALVES SOUSA E MARIA SALETE ANDRADE MACIEL, e as mesmas se propuseram a cooperar no que for preciso, pois segundo o declarante ambas presenciaram os fatos. QUE NADA MAIS DISSE...////

Investprev Seguradora S/A.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	043.203.413.76	Robson Clódeno dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Profissão: Bairro: E-mail:		CPF: Número: Complemento: CEP: Tel.(DDD):	043.203.413.76 465 V-1; Bl.3A; Ap.301 61654-125 (85) 98762-7530
Endereço: Rua José Marinho claucaia Cidade: Estado: UF:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:  
 RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário no documento  
 Local e Data: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Investprey Seguradora S/A.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura \_\_\_\_\_

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



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



CAUCAIA, 01 DE OUTUBRO DE 2018

**Declaração**

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

*[Handwritten signature]*  
Atenciosamente,

*[Handwritten signature]*  
Dra. Ademaria Temoteo Rosa  
Diretora Geral - HMAGR

Investprev Seguradora S/A.

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

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



CAUCAIA, 01 DE OUTUBRO DE 2018

**Declaração**

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

Atenciosamente,

Dra. Ademaria Temoteo Rosa  
Diretora Geral – HMAGR

INVESTIGAREV  
SEGURADORA S/A

19 NOV. 2018

ENTRADA



Nº de inscrição:

010916814

## DETALHES DO OBRIGADO

NOME: MARIA GELCILENE DA SILVA  
ENDERECO: RU JOSE MARINHO, 465, U-1 BL3R APT301, JUREMA  
BAIRRO: CAUCAIA  
CEP: 61654-125

USO DE ÁGUA: 129 LITROS DIA, USO DE ESGOTO: 086 LITROS DIA, CONSUMO DE ESGOTO: 0001 LITROS DIA, USO DE GÁS: 0490 KWH DIA, USO DE ENERGIA ELÉTRICA: 2096 KWH DIA.

TIPO DE USO: 001 Comercial, 000 Residencial, 000 Industrial, 000 Serviços.

Serviço	Último	Letras	Quotas	Letras Atual	Motivo	Motivo Sustentável
ÁGUA	A12F191029	109	114	5	5	5

PERÍODO DE PAGAMENTO: 04/2018, DATA DE VENCIMENTO: 19/06/2018, DATA DE PAGAMENTO: 21/05/2018, DATA DE EXIBIÇÃO: 19/06/2018, NÚMERO DA FOLHA: 2682681.

USO DE ÁGUAS	Cota	Último	Letras	Quotas	Letras Atual	Motivo	Motivo Sustentável
Águas	146	146	147	146	146		
Águas tratadas	159	159	159	159	159		
Total Águas tratadas	159	158	158	158	158		

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 11 m<sup>3</sup> | META: 10 m<sup>3</sup>.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAXE O APPLICATIVO DA ARCE.

DETALHAMENTO DOS PLANEJOS		VOLUME	DETALHAMENTO DE VOLUME		
ÁGUA	24,40		jun/17	6	4
ESGOTO	19,52		jul/17	10	8
HULTA DE 2%	1,38		ago/17	6	4
CONSUMO DE ÁGUA INDIVID	17,85		set/17	5	4
COLETA DE ESGOTO-INDIV.	10,18		out/17	5	4
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,07		nov/17	6	4
			dez/17	5	4
			jan/18	4	3
			fev/18	7	5
			mar/18	5	4
			abr/18	5	4
			mai/18	5	4

DETALHAMENTO DE PAGAMENTO	VALOR (R\$)	DETALHAMENTO		VALOR (R\$)
		Descrição	Valor	
PIS	0,70	VALOR DO SERVIÇO		97,78
COFINS	3,50	VALOR DO SUBSÍDIO		24,38
		VALOR TOTAL A PAGAR		73,40

MES/ANO VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

06/2018 06/07/2018 73,40

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

## ONDE PAGAR SUA FATURA

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

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

Mais informações pelo telefone: 0800-222-1000, nas lojas de atendimento, de 08h 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. Ouvidoria estadual: 162. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).

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





Prefeitura de  
Fortaleza

SECRETARIA MUNICIPAL DE CONSERVAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS

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

e-Carta

9912370890 – SE/CE/MG

AMC

Correios

Data de postagem: 15/10/2018

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

Auto de Infração: P020245466

Remessa:

Investprev Seguradora S/A.

07 NOV 2018

00133BB35600407020000407

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 **Charles Robson Dias de Araújo** inscrito (a) no CPF **043.210.663 / 44**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **Robson clorodino dos Santos** inscrito (a) no CPF sob o Nº **043.203.413 / 76**, do sinistro de DPVAT cobertura **invalidez** da Vítima **Robson clorodino dos Santos**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **043.203.4139 / 76**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<b>Rua Silveira Filho</b>			Número <b>1320</b>	Complemento ----X----
Bairro	<b>BONSUCESSO</b>	Cidade	<b>FORTALEZA</b>	Estado <b>CEARÁ</b>	CEP <b>60.520-505</b>
Email	<b>profissional_robson@yahoo.com.br</b>	Telefone comercial(DDD) <b>---X---</b>	Telefone celular (DDD) <b>(85) 9 87627530</b>		

**Fortaleza**, 30 de Outubro de 2018  
Local e Data

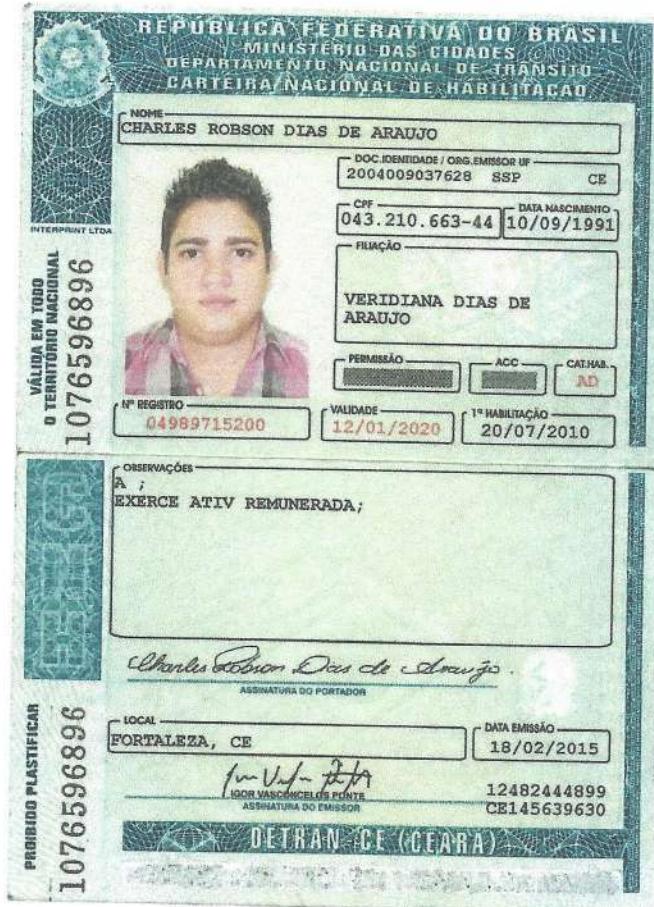
*Charles Robson Dias de Araújo*

Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A.

07 NUV 2018





Investprev Seguradora S/A.

07 NOV 2018

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

VALOR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	INTERPOINT LTDA	<b>NOME:</b> <b>ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS</b>		
		DOC. EMISSOR / C.R.O. EMISSOR UF: <b>20087470769 - SSP/CE</b>		
		C.R.F. <b>043.203.413-76</b>	DATA NASCIMENTO: <b>26/05/1990</b>	
		<b>PERMISSÃO</b> <b>ACC</b> <b>CATAB</b> <b>AB</b>		
		<b>NR. INSCRIÇÃO:</b> <b>06142970258</b>	<b>VALIDADE:</b> <b>29/01/2013</b>	<b>1ª HABILITAÇÃO:</b> <b>07/08/2014</b>
<b>NOTA:</b> <b>IMACULADA CORDEIRO DOS SANTOS</b>				
<b>OBSERVAÇÕES:</b> <b>EXERCE ATIV. REMUNERADA;</b>				
<i>Robson Cordeiro dos Santos</i> <small>ASSINATURA DO PORTADOR</small>				
<b>PROIBIDO PLASTIFICAR</b>		<b>LOCAL:</b> <b>FORTALEZA, CE</b>	<b>DATA EMISSÃO:</b> <b>15/09/2015</b>	
		<i>José Vazcelino Ponte</i> <small>JOSE VASCONCELOS PONTE</small> <small>ASSINATURA DO CANSOR</small>	<b>71664094686</b> <b>CE149655150</b>	
				





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	Robson Cordeiro dos Santos		
Nacionalidade:	Brasileiro	Est. Civil	Sóteiro
Profissão:	Aux. Técnico Informática		
Identidade:	06142970258	CPF:	043.203.413.76
Endereço:	Qda: José Marinho 465 - Bloco 3A Apt 301.		
Bairro/Cidade/Complemento:	Condomínio José Reino da Silveira V		
Nome:	CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Est. Civil	CASADO
Profissão:	AUTÔNOMO		
Identidade:	2004009037628	CPF:	043.210.663-44
Endereço:	RUA: SILVEIRA FILHO 1320 - JOÃO XXIII - FORTALEZA-CE		

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

Local e Data: Paulaia - 04 de Outubro 2018.



Robson Cordeiro dos Santos

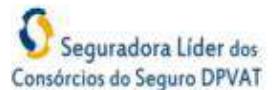
Campo 1 - Assinatura do Outorgante / Beneficiário

X

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



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404528/18

**Vítima:** ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

**CPF:** 043.203.413-76

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO : 043.210.663-44

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

### ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS : 043.203.413-76

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 07/11/2018  
Nome: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS  
CPF: 043.203.413-76

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Camila Feitosa Pedrosa