



**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 14ª 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.ª, 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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentos de identificação

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

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSSON COSTA SILVA

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180523483**

Vítima: **ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13596609



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180523483

Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

Autorização de pagamento  
Comprovação de ato declaratório  
Documentos de identificação

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

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

Carta nº 13598507



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180523483

Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

Comprovação de ato declaratório

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

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

Carta nº 13613756





---

**Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180523483**

**Vítima: ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Nº de inscrição:

010916814

Dados do Cliente

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

61654-125

CPF: 129 086 000 000 000 0490 2096  
CNPJ: 001 000 000 000

Endereço: 001 000 000 000

Serviço: AGUA

Modulo: A12F191029  
Leitura Anterior: 109  
Leitura Atual: 114  
Consumo: 5  
Medida Sanatória: 5

Leitura Anterior: 19/06/2018  
Leitura Atual: 19/06/2018  
Data de Faturamento: 21/05/2018  
Data de Vencimento: 18/07/2018  
Valor do Serviço: 2682681

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor
Agua	146	146	047	146
Esgoto	159	159	159	159
Multa de 2%	159	158	158	159

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

Descrição dos Serviços

AGUA  
ESGOTO  
Multa de 2%  
CONSUMO DE AGUA INDIVID  
COLETA DE ESGOTO-INDIV.  
JUROS DE 0,033% AO DIA

Valor do  
24,40  
19,52  
1,38  
17,85  
10,18  
0,07

Antecedente  
jun/17  
jul/17  
ago/17  
set/17  
out/17  
nov/17  
dez/17  
jan/18  
fev/18  
mar/18  
abr/18  
mai/18

Antecedente  
jun/17  
jul/17  
ago/17  
set/17  
out/17  
nov/17  
dez/17  
jan/18  
fev/18  
mar/18  
abr/18  
mai/18

Impostos sobre o Faturamento

PIS  
COFINS

0,70  
3,50

Subsidio

VALOR DO SERVICO  
VALOR DO SUBSIDIO  
VALOR TOTAL A PAGAR

97,78  
24,38  
73,40

PES/ANO  
06/2018

VENCIMENTO  
06/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)  
73,40

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

ONCE PAGAR SUA FATURA

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

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 1118, 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. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).  
Entidades Reguladoras: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 1118.

Centro de Atendimento

Cagece

0800

Investprev Seguradora S/A.

07 NOV 2018

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

043.203.413.76

Robson claudio dos Santos

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

Nome completo:

Robson claudio dos Santos

CPF:

043.203.413.76

Profissão:

Auxiliar Tec. Informática

Endereço:

Rua José Maranhão

Número:

465

Complemento:

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

Bairro:

Juruma

Cidade:

Claucaia

Estado:

CEARÁ

CEP:

61654-125

E-mail:

profissional-robson@yahoo.com.br

Tel.(DDD):

(85) 98762-7530

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0031

CONTA:

36537

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

INVESTIDOR  
SEGURADORA S/A  
19 NOV. 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

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,

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

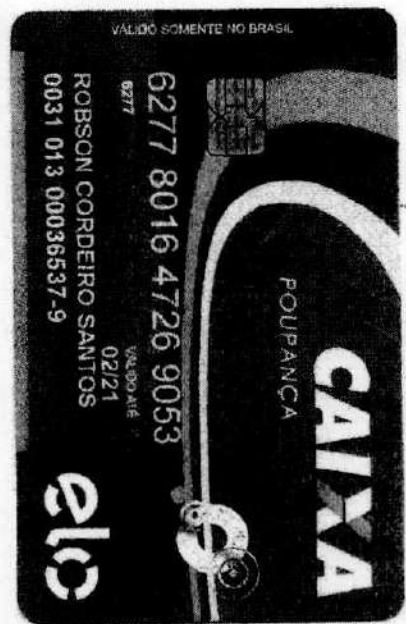
Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) 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

FLS. \_\_\_\_\_

RUBRICA  
AUTORIDADE POLICIAL

**Impresso nº 2018130876**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 3653 / 2018**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**VICTOR CASTELO BRANCO DE OLIVEIRA COSTA - MAT.: 30118693**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*R. Roberto Carlos dos Santos*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

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



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 2018130876

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 3653 / 2018

**Dados da Ocorrência**

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

**Dados da(s) Vítima(s)**

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

**Dados do(s) Veículo(s)**

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

**Histórico**

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

Investprev Seguradora S/A.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 043.203.413.76 Nome completo da vítima: Robson Clordino dos Santos

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

Nome completo: Robson Clordino dos Santos CPF: 043.203.413.76

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

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

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

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

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

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

AGÊNCIA: 0031 CONTA: 36537 9

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Investprey Seguradora S/A.

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.

Declaração

Atenciosamente,

  
Dra. Ademaria Temoteo Rosa  
Diretora Geral – HMAGR

Investprev Seguradora S/A.





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




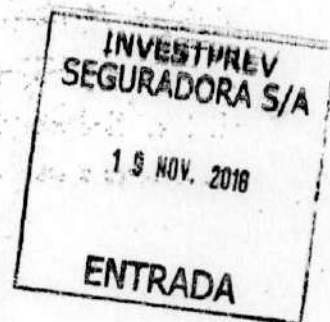
CAUCAIA, 01 DE OUTUBRO DE 2018

**Declaração**

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

Atenciosamente,

  
Dra. Ademaria Temoteo Rosa  
Diretora Geral – HMAGR





Nº de inscrição:

010916814

Dados do Cliente

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

61654-125

CPF: 129 086 000 000 000 0490 2096  
CNPJ: 001 000 000 000

Endereço: 001 000 000 000

Serviço: AGUA

Modulo: A12F191029  
Leitura Anterior: 109  
Leitura Atual: 114  
Consumo: 5  
Medida Sanitária: 5

Leitura Anterior: 19/06/2018  
Leitura Atual: 19/06/2018  
Data de Faturamento: 21/05/2018  
Data de Vencimento: 18/07/2018  
Valor do Serviço: 2682681

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor
Agua	146	146	047	146
Esgoto	159	159	159	159
Multa de 2%	159	158	158	159

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

Descrição dos Serviços

AGUA  
ESGOTO  
Multa de 2%  
CONSUMO DE AGUA INDIVID  
COLETA DE ESGOTO-INDIV.  
JUROS DE 0,033% AO DIA

24,40  
19,52  
1,38  
17,85  
10,18  
0,07

jun/17  
jul/17  
ago/17  
set/17  
out/17  
nov/17  
dez/17  
jan/18  
fev/18  
mar/18  
abr/18  
mai/18

6  
10  
6  
5  
5  
6  
5  
4  
7  
5  
5  
5

4  
8  
4  
4  
4  
4  
4  
3  
5  
4  
4  
4

Impostos sobre o Faturamento

PIS  
COFINS

0,70  
3,50

Subsidio

VALOR DO SERVICO  
VALOR DO SUBSIDIO  
VALOR TOTAL A PAGAR

97,78  
24,38  
73,40

PES/ANO  
06/2018

VENCIMENTO  
06/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)  
73,40

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

ONCE PAGAR SUA FATURA

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

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 1118, 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. Ouvidoria estadual: Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).  
Entidades Reguladoras: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 1118.

Centro de Atendimento

Cagece

0800

Investprev Seguradora S/A.

07 NOV 2018



001338B35000407020000407



**Prefeitura de  
Fortaleza**

SECRETARIA MUNICIPAL DE CONSERVAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS

REMETENTE:

AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E CIDADANIA - AMC

FORTALEZA/CE

Rua Monteiro Lobato, 53

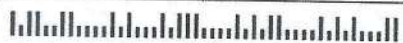
Fátima - Fortaleza - CE

60411-210

**e-Carta**

9912370890 - SE/CE/MG

AMC



Data de postagem: 15/10/2018

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

Auto de Infração: P020245466

Remessa:

Investprev Seguradora S/A.

07 NOV 2018



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 nº 9.613/98.

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

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <b>Rua Silveira Filho</b>		Número <b>1320</b>	Complemento <b>----X----</b>
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.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

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

NOME ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS  
CAUCAIA /CE

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

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

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

OBSERVAÇÕES  
LOCAL CAUCAIA  
DATA 21/05/2018  
199F Pontes SUPERINTENDENTE DENATRAN - CE

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

CE Nº 014138500436 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04320341376 HY05752/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014138500436 11351676420

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2018 24/05/2018

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

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

PAGAMENTO 27/03/2018  
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC30E77110762

03098



014138500436  
RECIBO CE Nº

Investprev Seguradora S/A.

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

07 NOV 2018

ASSINATURA

03098  
HY05752  
COD RENAVAM 913609056  
185450 03098

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

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1076596896

NOME  
CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2004009037628 SSP CE

CPF  
043.210.663-44

DATA NASCIMENTO  
10/09/1991

FILIAÇÃO  
VERIDIANA DIAS DE ARAUJO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AD

Nº REGISTRO  
04989715200

VALIDADE  
12/01/2020

1ª HABILITAÇÃO  
20/07/2010

OBSERVAÇÕES  
A;  
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Charles Robson Dias de Araujo*

LOCAL  
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO  
18/02/2015

ASSINATURA DO EMISSOR  
*Igor Vasconcelos Ponte*  
12482444899  
CE145639630

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1076596896

Investprev Seguradora S/A.

07 NOV 2018



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

NOME  
 ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / OUT. SERVIÇO UF  
 20087470769 SSPDS CE

CPF DATA NASCIMENTO  
 043.203.413-76 26/05/1990

FILIAÇÃO  
 IMACULADA CORDEIRO DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CATHAR  
 AB

Nº Registro VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
 06142870258 29/01/2013 07/08/2014

OBSERVAÇÕES  
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

Robson Cordeiro dos Santos  
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
 FORTALEZA, CE 15/09/2015

71664094686  
 008 VASCANCELO PORTU  
 ASSINATURA DO DIRETOR  
 71664094686  
 008 VASCANCELO PORTU  
 ASSINATURA DO DIRETOR

DETRAN-CE (CEARÁ)

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1158309332

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1158309332



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

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

NOME ROBSOM CORDEIRO DOS SANTOS  
CAUCAIA /CE

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

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

COTA ÚNICA 1\* VENC. / COTAS 2\*  
FAIXA 1 PVA. PARCELAMENTO / COTAS 3\*

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

OBSERVAÇÕES

CAUCAIA LOCAL DATA 21/05/2018  
1997 Pontes SUPERINTENDENTE DENATRAN - CE

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

CE Nº 014138500436 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04320341376 HY05752/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014138500436 11351676420

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

RENAVAM 913609056 HONDA/CG 125 FAN PLACA HY05752  
ANO FAB 2007 CAT. TABELA PART 9C2JC30707R110762 Nº CHASSI

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 185.50

PAGAMENTO COTA ÚNICA DATA DE QUITAÇÃO 27/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC30E77110762 03098



014138500436  
RECIBO CE Nº

Investprev Seguradora S/A.

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

07 NOV 2018

ASSINATURA

03098  
HY05752  
COD RENAVAM 913609056  
185450 03098



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

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

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

Local e Data: Caucaia - 04 de Outubro 2018.

Cartório de Jurema

x

Robson Cordeiro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Outorgante / Beneficiário

x

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



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404528/18

**Vítima:** ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

**CPF:** 043.203.413-76

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

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

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

### ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS : 043.203.413-76

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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

ROBSON CORDEIRO DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Camila Feitosa Pedrosa