

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: Municipio: CRATO

CEP 63113-000 Bairro: SAO BENTO

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Tel.: 88 99368-4135

Num: 70

ATO DECLARATÓRIO

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) + ESCORRIMENTO Investprev Seguradora S/A

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 01:20

Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSEVAÇÃO 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/OBLIQUE (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: Municipio: CRATO

CEP 63113-000 Bairro: SAO BENTO

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Tel.: 88 99368-4135

Num: 70

ATO DECLARATÓRIO

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 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: OBSEVAÇÃO 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

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ATO DECLARATÓRIO



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO D AP/OBLIQUE (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		03
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA		02



Nº de Inscrição:

021732590

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDVALDO PEREIRA DOS SANTOS

End. Letra: RUA BEA MARIA DE ARAUJO, 9, ROMERIO

Cidade: JUREIRO

CEP: 63050-720

End. Entrega:

Cidade:

Local: 021	Selar: 00-1	Quadrado: 0125	Lote: 0143	Compr: 0000	CEP:
Subsolo: 00		Subquadra: 00			

ECONOMIAS

Residencial: 000	Commercial: 001	Industrial: 000	Pública: 000
------------------	-----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAÇÃO

Serviço	Medidor	Letra Anterior	Letra Atual	Volumen(s)	Média Semestral(m³)
ÁREA	815F154258	114	114	7	0

DETAS

Letra Atual: 16/05/2019 | Letra Anterior: 16/05/2019 | Lote Água: 11
 Letra Amarela: 16/04/2019 | Próxima Letra: 16/06/2019 | Lote Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Dor	Coliformes Totais	E. Coli
Exigidas	111	111	022	111	141
Analizadas	137	137	137	137	137
Em conformidade	127	137	131	117	137

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Agua (m³)	Esgoto (m³)
ÁREA	33,74	JAN 19	0	0
		FEB 19	0	0
		MAR 19	0	0
		ABR 19	0	0
		MAY 19	0	0
		JUN 19	1	0
		JUL 19	0	0
		AGO 19	0	0
		SETE 19	7	0
		OUT 19	0	0
		NOV 19	0	0
		DEZ 19	0	0
		JAN 20	0	0
		FEB 20	0	0
		MAR 20	0	0
		ABR 20	0	0

Tributos sobre o faturamento		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,32	VÁLOR DO SERVIÇO	33,74
COFINS	1,61	VÁLOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VÁLOR TOTAL A PAGAR	33,74
MÊS/ANO		VENCIMENTO	
05/2019		06/06/2019	33,74

I: 351512060402699 L: 7705 H: 13:24:20 R: 064 P: 001
 Banco Bradesco, BBK, Itaú, Sicredi, Caixa Econômica Federal, Santander, Nubank, Outras Páginas
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta (DSC) nas faturas. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



0800 275 0195



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
 Entidades Reguladoras: Força-tarefa: ACPFOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 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. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 08h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3303-1919, de 08h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

Via site agente
atendendor

DADOS DO CLIENTE		351512060402699	7705	Mês/Ano
Inscrição	02147325701	Código de Responsável		05/2019
Local: 021	Selar: 00-1	Quadrado: 0115	Lote: 0143	Compr: 0000
Subsolo: 00		Subquadra: 00		

Cidade: JUREIRO Vencimento: 06/06/2019 Total (R\$): 33,74
 82650000000 3 33/40008900 4 02173259001 9 02002122015 5



2728306

Para aplicar seu desconto, utilize o código:
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social da Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.230
de 20 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Villaverde, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 07.942.761/0001-70 | CGF 06.105.488-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 572594405

Rota 23 11006 01 251500 - 4 Data de Emissão 06/05/2019

Nome ANGELA MARIA CARDOSO BRAZ

End. Postal RU NAILEE GONCALVES FELICIO 000070
SAO BENTO - CRATO - 63123165

Medidor 11498385 Posto 00000 00000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 630909453-04

CGF

Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Corrigido	10/2019	BUSD 14,39
Mês		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
10000,00	17,00%	1.700,00

Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

DIC	2.020	6.060	1.700	4.100	12.300
FIC	2.020	6.060	1.700	4.100	12.300
DMIC	2.020	6.060	1.700	4.100	12.300

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

026.963.861.000-718.019.927

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VENCIMENTO 06/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 45,14

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão 0,00% Distribuição 100,00% Gerador 0,00% Tributos (ICMS/FIATIME) 0,00% Total 100,00%

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

01/05/2019 02/05/2019 03/05/2019 04/05/2019 05/05/2019 06/05/2019 07/05/2019 08/05/2019 09/05/2019 10/05/2019 11/05/2019 12/05/2019

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido 01/05/2019 Compensado 01/05/2019 Consciência Ecologica (% CO₂)

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%

0,00% 0,00% 0,00%</div



Nº de Inscrição:

021732590

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDVALDO PEREIRA DOS SANTOS

End. Letra: RUA BEA MARIA DE ARAUJO, 9, ROMERIO

Cidade: JUREIRO

CEP: 63050-720

End. Entrega:

Cidade:

Local: 021	Selar: 00-i	Quadrado: 0125	Lote: 0143	Compr: 0000	CEP:
Subsídio: 00		Subquadra: 00			

ECONOMIAS

Residencial: 000	Commercial: 001	Industrial: 000	Pública: 000
------------------	-----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAÇÃO

Serviço	Medidor	Letras Anterior	Letras Atual	Volumen(s)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	815F154259	114	114	7	0

DETAS

Letras Atual: 16/05/2019 | Letras Anterior: 16/05/2019 | Lote Água: 11
 Letras Anterior: 16/04/2019 | Próxima Letras: 16/06/2019 | Lote Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Dor	Coliformes Totais	E. Coli
Exigidas	111	111	022	111	141
Analizadas	137	137	137	137	137
Em conformidade	127	137	131	117	137

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Agua (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	33,74	JAN/18	0	0
		FEB/18	0	0
		MAR/18	0	0
		ABR/18	0	0
		MAY/18	0	0
		JUN/18	1	0
		JUL/18	0	0
		AGO/18	0	0
		SETE/18	7	0
		OUT/18	0	0
		NOV/18	0	0
		DEZ/18	0	0
		JAN/19	0	0
		FEB/19	0	0
		MAR/19	0	0
		ABR/19	0	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

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

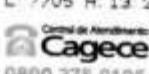
SUBSÍDIO

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

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/2019	06/06/2019	33,74

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

Bancos Bradesco, BBKA, Itaú, Sicredi, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Nubank, Outros: PagSeguro
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta (DSC) nas faturas. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Bancos Bradesco, BBKA, Itaú, Sicredi, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Nubank, Outros: PagSeguro

A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta (DSC) nas faturas. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

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

Entidades Reguladoras: Força-tarefa: ACPFOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 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.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 3838, nas lojas de atendimento, de 08h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3303-1919, de 08h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

Via site agente
atendendor

DADOS DO CLIENTE	351512060402699	7705
Inscrição: 02147325701	Código de Responsável:	Mês/Ano:

Local: 021	Selar: 00-i	Quadrado: 0115	Lote: 0143	Compr: 0000	Mês/Ano:
Subsídio: 00		Subquadra: 00			

Cidade: JUREIRO	Vencimento:	06/06/2019	Total (R\$):	33,74
-----------------	-------------	------------	--------------	-------

82650000000 3 33/40008900 4 02173259001 9 02002122015 5





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras 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 Seguro DPVAT. No entanto, caso a recusa seja motivada por não possuir essas informações, a recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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 CARDOZO SANTOS inscrito (a) no CPF sob o N° 076.254.493/78,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KESLEY RUAN CARDOZO SANTOS,

inscrito (a) no CPF sob o N° 076.254.493/78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

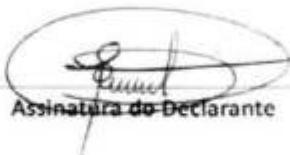
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA BEATA MARIA DE ARAUJO	Número: 09	Complemento: PISO	
Bairro: ROMEIRÃO	Cidade: JUAZEIRO DO NORTE	Estado: CE	CEP: 63050-720
E-mail: LORDNALDO@YAHOO.COM	Tel.(DDD): (88) 3512/4870		

Local e Data: CRATO - CE, 26-09-2019


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 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR 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

Investprev Seguradora S/A

inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.291.864 / 23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) sob o nº 045.254.493-25

30 AGO 2019

KESLEY RUAN (M. PEREIRA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o nº 046.254.493 / 78, CNPJ: 42.366.302/0001-28

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KESLEY RUAN (M. PEREIRA DOS SANTOS,

inscrito (a) no CPF sob o nº 046.254.493 / 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

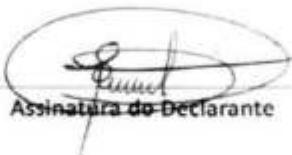
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA BEATA MARIA DE ARAUJO	Número: 09	Complemento: PISO	
Bairro: ROMEIRÃO	Cidade: JUAZEIRO DO NORTE	Estado: CE	CEP: 63050-720
E-mail: LORDNALDO@YAHOO.COM	Tel.(DDD): (88) 3512/4870		

Local e Data: CRATO - CE, 26-09-2019


Assinatura do Declarante

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 **Investprev Seguradora S/A**
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 00:27
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/OBLIQUE (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	62

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:

CEP 63113-000 Bairro: SAO BENTO

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Município: CRATO

Tel.: 88 99368-4135

Num: 70

PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM 18929

03/06/19 01:22

Prescrição

Investorev Seguradora S/A

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

Horário

06 AGO 2019

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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	Investigação Seguradora S/A
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 ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA CRM-CE 15229 TEOT 15688	03/06/2019 01:56 06 AGO 2019 CNPJ: 42.366.302/0001-28

DATA ATEND	10/06/2019	Nº ATEND	561184		
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	CEP	63132070		
TELEFONE 1	88993684135	MEDICO	MARCEL DE ALENCAR PITA		
PLANO DE SAÚDE	BPA SUS	MATRICULA	700505788462053	TIPO DE ATEND	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA URGÊNCIA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 10/06/2019 10:11 Término da Classificação:<8046XXXX> 10:12
 Classificador.....: DAYSE JESSICA VASCONCELOS PARENTE PRIMO Coren: 413276
 Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA
 GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE
 QUEIXA: TRAUMA EM 5º MTC 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 MÃO DIREITA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

FRATURA DE 5 MTC D.

CONDUTA

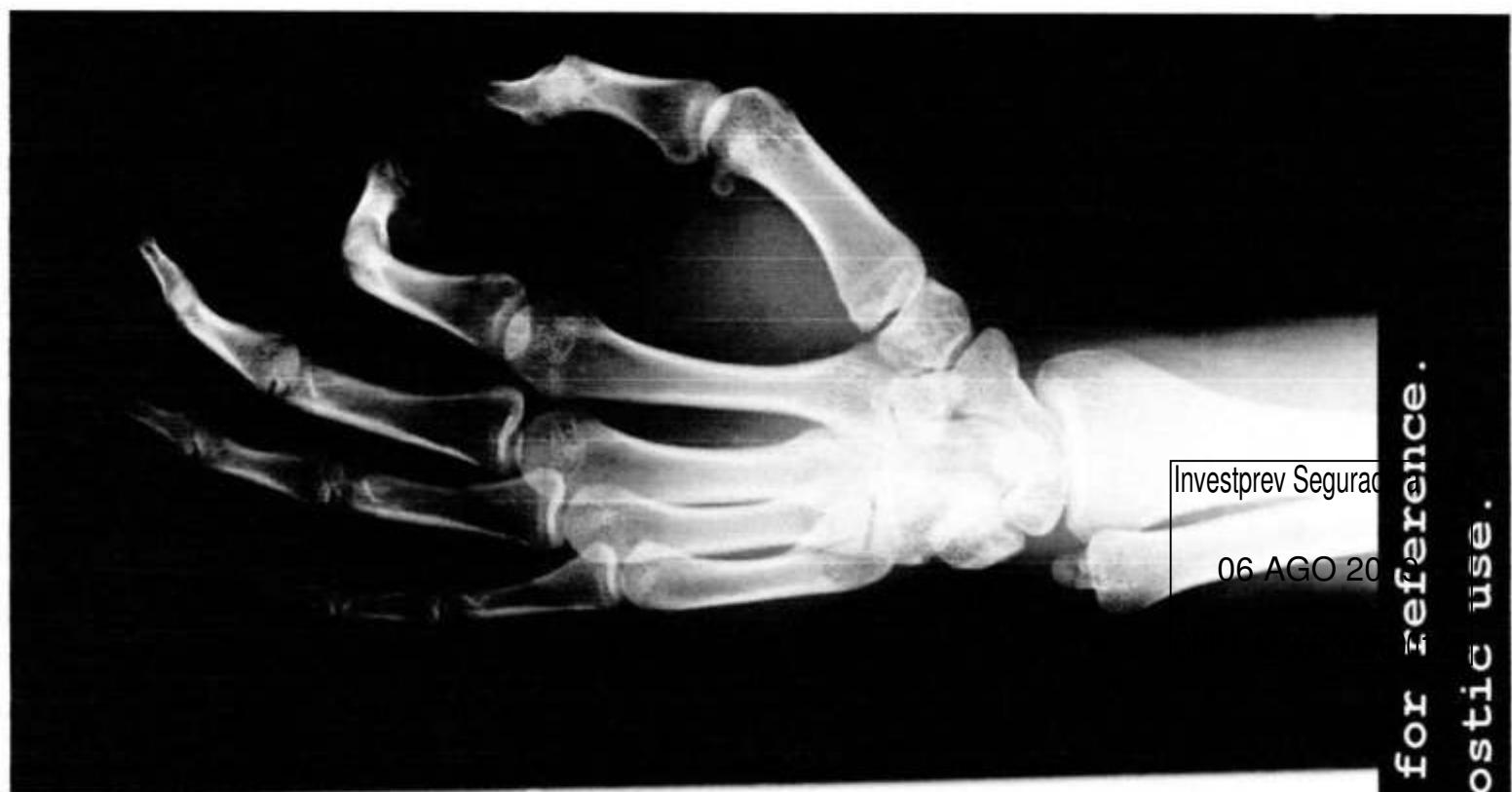
LUVA EM GARRAFA

DR. MARCEL PITA
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM/1082/TEOT 12915

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável

Fatima
 19/07/19



Investprev Segurad

06 AGO 2022



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 Cerdoso Soentor sofreu acidente de moto no dia 03 de Junho de 2019 que resultou em quebra do úmero (5º metacôrpo) fechado. Deveu tratamento (mobilização com gesso = 60 dias) e fisioterapia motora = 20 sessões. Apresenta recuperação óssea clínica (agosto de 2019) de 50% na mobilidade da mão direita. Recuperação de função deve ser finalizada no dia 16 de Agosto de 2019.

Investprev Seguradora S/A

- 30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

16/08/2019

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE
Anexo Laboratório Vidanalise

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
MÉDICO

CREMECE 6795

Banco do Brasil

(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.:** **Investigadora S/A:** Investiprev Seguradora S/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

30 AGO 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

EXAME

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

PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO **CRM:** 18929 **Horário:** 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	62

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:

CEP 63113-000 Bairro: SAO BENTO

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Município: CRATO

Tel.: 88 99368-4135

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:
03

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 Á 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 ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-CE 15229 TEOF 15688	03/06/2019 01:56 Investprev Seguradora S/A 30 AGO 2019 CNPJ: 42.366.302/0001-28

DATA ATEND	10/06/2019	Nº ATEND	561184		
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	CEP	63132070		
TELEFONE 1	88993684135	MEDICO	MARCEL DE ALENCAR PITA		
PLANO DE SAÚDE	BPA SUS	MATRICULA	700505788462053	TIPO DE ATEND	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA URGÊNCIA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 10/06/2019 10:11 Término da Classificação:<8046XXXX> 10:12
 Classificador.....: DAYSE JESSICA VASCONCELOS PARENTE PRIMO Coren: 413276
 Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA
 GRUPO DE PREGUNTAS: TOLIFE
 QUEIXA: TRAUMA EM 5º MTC DA MÃO DIR.
 ORIGEM: CASA
 TIPO DE CHEGADA: PA
 ENCAMINHAMENTO: CONSULTÓRIO
 GLASGOW: 15
 DOR:

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE 5 MTC DA MÃO DIREITA COM DESVIO ACEITAVEL HA 1 SEMANA
 CNPJ: 42.366.302/0001-28

EXAME FÍSICO

DOR E EDEMA

EXAMES COMPLEMENTARES

RX DE MÃO DIREITA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

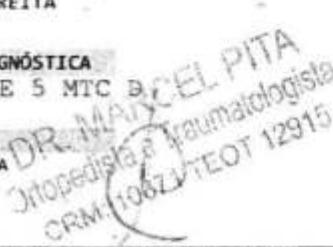
FRATURA DE 5 MTC D.

CONDUTA

LUVA EM GARRAFA

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável



Fatima
19/07/19

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

CNPJ: 42.366.302/





Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A
30 AGO 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE

Nº 013386222225

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	PLATE	EXERCÍCIO
JANU	01 960854134	0000000000	2017

KESLEY RUA CARDOSO SANTOS

CRATO/CE

07625449378

PLACA
HYT3993

PLACA ANT/UF

*****/CE

Nº CHASSI
9C2JC30708R163073

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

DAC/MOTOR/CICLO/AN/ API/TC

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FA

CAP/POZ/CIL

2P/0CV/124CC

ANO FIN/

2008 ANO MOD/

2008

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC./COTAS

FAIXA IPVA

AMENDO/COTAS

1º *****

A ***

2º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IPF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

180.65

0.70

185.50

DATA DE PAGAMENTO

10/05/2017

DESENVOLVEDOR

CRATO



DATA
16/08/2017

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE DISPONIBILIZADA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

CE Nº 013386222225

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
07625449378 AS INFORMAÇÕES, LEIA NO T3993
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

16/08/2017

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

960854134

HYT3993

RENAVAM

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN

ANO FIN/

DATA FIN/

2008

09

Nº CHASSI

9C2JC30708R163073

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DENATRAN IPF

CUSTO DO SEGURO (R\$)

81.29

9.03

90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IPF (R\$)

TOTAL DA PARCELA SEGURO (R\$)

4.15

0.70

185.50

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE OUTURAÇÃO

COTA UNICA

PARCELADO

10/05/2017

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC/0625449378163073
MOTOR: JC30E78163073

ABR-2017

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE

Nº 013386222225

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	PLATE	EXERCÍCIO
JANU	01 960854134	0000000000	2017

KESLEY RUA CARDOSO SANTOS

CRATO/CE

07625449378

PLACA
HYT3993

PLACA ANT/UF

*****/CE

Nº CHASSI
9C2JC30708R163073

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

DAC/MOTOR/CICLO/AN/ API/TC

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FA
CARROZ/CH

2P/0CV/124CC

ANO FIN/

2008 ANO MOD/

2008

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC./COTAS

FAIXA IPVA

AMENDO/COTAS

1º *****

A ***

2º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IPF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

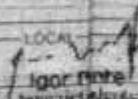
180.65

0.70

185.50

10/05/2017

DESENVOLVEDOR



DATA
16/08/2017

CRATO

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE DISPONIBILIZADA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

CE Nº 013386222225

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
07625449378 AS INFORMAÇÕES, LEIA NO Nº 13993
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

16/08/2017

2017

PLACA

HYT3993

VIA

01

CPF / CNPJ

960854134

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN

ANO FIN/

2008

ANO MOD/

09

Nº CHASSI

9C2JC30708R163073

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

81.29

DENATRAN IPF

9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

IPF (R\$)

0.70

TOTAL DA PARCELA SEGURO (R\$)

185.50

PAGAMENTO

COTA UNICA

PARCELADO

01 DE COTAGAO

10/05/2017

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOCUG0268440436104001-04
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 convalescência 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 convalescência 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 convalescência 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

Valorização 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

Valorização 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 CARDOZO SANTOS		
CPF: 076.254.493-78	RG: 20086393140	ÓRGÃO EMISSOR: SSPDS CE
ENDERECO: RUA NAIYE GONÇALVES FELICIO		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
ENDERECO: 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 CARDOZO SANTOS	CPF: 076.254.493-78
NATUREZA: INVALIDEZ	ACIDENTE OCORRIDO DIA: 03 AGO 2019



KESLEY RUAN CARDOZO 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 CARDOZO SANTOS		
CPF: 076.254.493-78	RG: 20086393140	ÓRGÃO EMISSOR: SSPDS CE
ENDERECO: RUA NAILE GONÇALVES FELICIO		Nº 70
BAIRRO: SAO 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
ENDERECO: 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 FUAN LAFIDAS SANTOS CPF: 076.254.493-78
NATUREZA: ENVALHECER ACIDENTE OCORRIDO DIA: 03-06-2019

KESLY BEAN CARROZA SANTOS

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer por Autenticidade)

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Local e Data



Antonio Hamilton de Souza
Escrevente Compromissado
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

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Antonia Daniella Ferreira da Silva

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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



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

Rio de Janeiro, 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: 046.254.493-78 4 - Nome completo da vítima: KESLEY RUAN CARLOS 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 CARLOS SANTOS		6 - CPF:	046.254.493-78
7 - Profissão:	8 - Endereço:	RUA MARLENE GONÇALVES FELICIO	9 - Número:	70
11 - Bairro:	12 - Cidade:	(RATO)	13 - Estado:	CENTRAL
14 - CEP:	63123-165		16 - Tel.(DDD):	(35) 98804-0727
15 - E-mail:				

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:	Investprev Seguradora S/A		
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	Investprev Seguradora S/A	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 06 AGO 2019			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> 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
 (Informar o dígito se existir) 0203 (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.

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vel/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

Impronta digital da vítima ou beneficiário declarante

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 04/10/2019

KESLEY RUAN CARLOS SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



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: 046.254.493-78 4 - Nome completo da vítima: KESLEY RUAN CARLOS 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 CARLOS SANTOS		6 - CPF: 046.254.493-78
7 - Profissão: RECUSOU-SE	8 - Endereço: RUA MARLENE GONÇALVES FELICIO	9 - Número: 70
11 - Bairro: SÃO BENTO	12 - Cidade: RATO	13 - Estado: CENTRAL
14 - CEP: 63123-165	15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (351) 9880-09727	

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: Investiprev Seguradora S/A	18 - CPF do Representante Legal: 30 AGO 2019	19 - Profissão do Representante Legal: CNPJ: 42.366.302/0001-28
--	---	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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):

- | | |
|--|---|
| <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: 0684

CONTA:

60492

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (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.

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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____	30 - Vítima deixou nascituro (vel/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 (declarante)

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 04/10/2019

KESLEY RUAN CARLOS SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019503449



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 NAILÉ GONÇALVES FELÍCIO, 70**
Bairro: **SÃO BENTO**
Município: **CRATO/CE**
País: **BRASIL**

06 AGO 2019

UF: **CE** CNPJ: 42.366.302/0001-28

CEP:
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 T. de Medeiros
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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019503449



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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** CNPJ: 42.366.302/0001-28

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

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 NAILÉ 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 T. de Medeiros
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 CARLOS 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 CARLOS SANTOS			6 - CPF:	076.254.493-78
7 - Profissão:	8 - Endereço:	RUA MARLENE GONÇALVES FELICIO		9 - Número:	70
11 - Bairro:	12 - Cidade:	(RATO)		13 - Estado:	CEARA
14 - CEP:				15 - E-mail:	63123-165 (38198804)9727

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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):

- | | |
|--|---|
| <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: 0684 CONTA: 60492 7 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel/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

Imprressão digital da vítima ou beneficiário declarante

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 07/07/2019

KESLEY RUAN CARLOS SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



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 CARLOS 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 CARLOS SANTOS		6 - CPF:	076.254.493-78
7 - Profissão:	8 - Endereço:	RUA MARLENE GONÇALVES FELICIO	9 - Número:	70
11 - Bairro:	12 - Cidade:	(RATO)	13 - Estado:	CENTRAL
14 - CEP:			15 - E-mail:	63123-165 (35198804)9727

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	30 AGO 2019
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		

AGÊNCIA: 0684	CONTA: 60492	7	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	Investore Seguradora S/A
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		(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.

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

Imprressão digital da vítima ou beneficiário declarante

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, (CFA TO - CE, 31-07-2019)

KESLEY RUAN CARLOS SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28