

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

Admissão: 03/06/2019 00:19

Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO

Sexo: Masculino

RG:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro: SAO BENTO

Tel.: 88 99368-4135

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Num: 70

ATO DECLARATÓRIO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMAPELO

Classificador: ANA QUITERIA GONCALVES AQUINO

Horário: 03/06/2019 00:27

Queixa:

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

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02:

Glasgow:

Temp.:

Glicemia:

Régua: 5

Pulso/FC:

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM: 6

Nº: 487518

Horário 03/06/2019 01:20

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTROS DEDOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

DOR EM PUNHO E MÃO DIR APOS QUEDA

NEGA SINAL DE ALARME

SOL RX + ANALGESIA

ATO DECLARATÓRIO

EXAME

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

PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM

18929

03/06/19 01:22

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

Admissão: 03/06/2019 00:19

Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO

Sexo: Masculino

RG:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro: SAO BENTO

Tel.: 88 99368-4135

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Num: 70

ATO DECLARATÓRIO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMAPELO

Classificador: ANA QUITERIA GONCALVES AQUINO

Horário: 03/06/2019 00:27

Queixa:

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

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02:

Glasgow:

Temp.:

Glicemia:

Régua: 5

Pulso/FC:

Investprev Seguradora S/A

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM: 6

Nº: 487518

Horário 03/06/2019 01:20

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTROS DEDOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

DOR EM PUNHO E MÃO DIR APOS QUEDA

NEGA SINAL DE ALARME

SOL RX + ANALGESIA

ATO DECLARATÓRIO



30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

EXAME

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

PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM

18929

03/06/19 01:22

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



Nº de Inscrição:

021732590

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

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

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63050-720

End. Entrega:

Cidade:

Local: 021

Setor: 001

Quadra: 0125

Lote: 0143

CEP:

Cidade: 0000

ECONOMIA

Residência: 000

Comercial: 001

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

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

OUTRAS

Leitura Atual: 10/05/2019

Emissão: 10/05/2019

Lacre Água: 0

Leitura Anterior: 10/04/2019

Próxima Leitura: 10/06/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

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

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Água

Valor (R\$)

33,74

HISTÓRICO DE VOLUME

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

TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição

Valor (R\$)

PIS

0,32

COFINS

1,61

SÚMARIO

Descrição

Valor (R\$)

VALOR DO SERVIÇO

33,74

VALOR DO SUBSÍDIO

0,00

VALOR TOTAL A PAGAR

33,74

MÊS/ANO

05/2019

VENCIMENTO

06/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

33,74

CAGECE PAGAR SUA FATURA

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

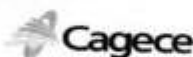
Bancos: Bradesco, Itaú, SBC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Nubank, Cielo, PagSeguro.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative por meio eletrônico. Consulte sua agência.

Cagece
0800 275 0195

Cagece
Mobile

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

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



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

351512060402699 7705

Inscrição: 021732590

Código de Regeneração

Mês/Ano: 05/2019

Local: 021

Setor: 001

Quadra: 0125

Lote: 0143

Cidade: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 06/06/2019

Total (R\$): 33,74

8265000000 3 33/40008900 4 02173259001 9 02002122015 5



Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

IMPORTE

2728306

Para agilizarmos seu atendimento, utilize o e-mail sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social da Energia Elétrica
 foi criada pela Lei Nº 10.430
 de 25 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valério, 150
 CEP 60135-940 | Fortaleza CE
 CNPJ 07947201/0001-70 | CDP 06.706.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 572594405

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

Nome ANGELA MARIA CARDOSO BRAZ

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

Medidor 11498385

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 630909453-04

CGF

Nome do Responsável

DATAS

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

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Ver a legendagem verso desta conta.

Conjunta 06/2019 98,99
 Mensal 06/2019 98,99

ICMS

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

100% 0,00 0,00

Padrão Individual

Mensal Trim. Anual

0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

02.05.2019 02.05.2019 02.05.2019 02.05.2019

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual 15825 Leit. Anterior 15710 Cons. 110 Cons. (kWh) 7 Cons. Incl. 0 Cons. Excl. 0 Tarifa (R\$/kWh) 16,05 Valor (R\$) 1.765,50

DESCRIÇÃO

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

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 0,00
 Encargos Setoriais 0,00
 Tributos (ICMS FIP, CNFIM) 0,00
 TOTAL 0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

06/2018 104 07/2018 121 08/2018 121 09/2018 121 10/2018 121 11/2018 121 12/2018 121 01/2019 121 02/2019 121 03/2019 121 04/2019 121 05/2019 121

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emissão (kg CO₂) 0,00 Compensação (kg CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (% CO₂) 100%

CONTAS EM ATRASO

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

DÉBITOS ANTERIORES

02/2019 102,44
 03/2019 00,00

ENTENDIMENTO

Consta desta fatura R\$ 0,71 referente a DTS e DIFER. Alíquotas: DTS 0,010 e DIFER 0,670.

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



Nº de Inscrição:

021732590

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

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

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63050-720

End. Entrega:

Cidade:

Local: 021

Setor: 001

Quadra: 0125

Lote: 0143

CEP:

Cidade: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIA

Residência: 000

Comercial: 001

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

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

OUTRAS

Leitura Atual: 10/05/2019

Emissão: 10/05/2019

Lacre Água: 0

Leitura Anterior: 10/04/2019

Próxima Leitura: 10/06/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

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

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Água

Valor (R\$)

33,74

HISTÓRICO DE VOLUME

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

TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição

Valor (R\$)

PIS

0,32

COFINS

1,61

SUBSIDIO

Descrição

Valor (R\$)

VALOR DO SERVIÇO

33,74

VALOR DO SUBSIDIO

0,00

VALOR TOTAL A PAGAR

33,74

MÊS/ANO

05/2019

VENCIMENTO

06/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

33,74

CAGECE PAGAR SUA FATURA

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

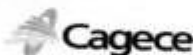
Bancos: Bradesco, Itaú, SBC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Truopar, Cielo, PagSeguro.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative por meio do aplicativo ou consulte sua agência.

Cagece
0800 275 0195

Cagece
Mobile

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

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



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

351512060402699 7705

Inscrição: 021732590

Código de Regeneração

Mês/Ano: 05/2019

Local: 021

Setor: 001

Quadra: 0125

Lote: 0143

Cidade: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 06/06/2019

Total (R\$): 33,74

8265000000 3 33/40008900 4 02173259001 9 02002122015 5



Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Segurado. De acordo com a determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu **EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS**

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

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

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

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

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

☒ Recuso informar

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

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

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


Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br 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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS**

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

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

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

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

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

☒ Recuso informar

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

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

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


Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO CRM: 6 Nº: 487518 Hora: 03/06/2019 00:28
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTROS DEDOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

DOR EM PUNHO E MÃO DIR APOS QUEDA
NEGA SINAL DE ALARME
SOL RX + ANALGESIA



EXAME

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

PRESCRIÇÃO

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

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

Admissão: 03/06/2019 00:19

Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO

Sexo: Masculino

RG:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro: SAO BENTO

Tel.: 88 99368-4135

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Num: 70

PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM

18929

03/06/19 01:22

Prescrição

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

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Prontuário: 175521

Admissão: 03/06/2019

RG:

Sexo: Masculino

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

Telefone: 88

99368-4135

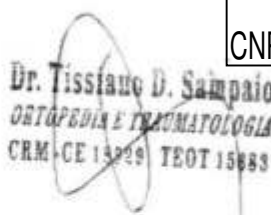
Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO

CEP:

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Num: 70

Bairro: SAO BENTO

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

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

PRIORIDADE CLÍNICA URGENCIA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

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

EXAME FÍSICO

DOR E EDEMA

EXAMES COMPLEMENTARES

RX DE MAO DIREITA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

FRATURA DE 5 MTC DA MAO DIREITA

CONDUTA

LUVA EM GARRAFA

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável

DR. MARCEL PITA
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10621 TEOT 12915

Fatima
19/07/19

Investprev Segura
06 AGO 20

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

Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

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

Relatório médico

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

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

16/08/2019

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
MÉDICO

CREMEOP 6795

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

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

ATENDIMENTO MÉDICO

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

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

EXAME

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

PRESCRIÇÃO

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

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

Admissão: 03/06/2019 00:19

Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO

Sexo: Masculino

RG:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro: SAO BENTO

Tel.: 88 99368-4135

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Num: 70

PRESCRIÇÃO

Médico: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM

18929

03/06/19 01:22

Prescrição

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

Horário:

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

Investprev Seguradora S/A

☐ Óbito

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Prontuário: 175521

Admissão: 03/06/2019

RG:

Sexo: Masculino

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

Telefone: 88

99368-4135


Mãe: ANGELA MARIA LEONARDO CARDOSO

CEP:

Endereço: RUA NAILE GONCALVES FELICIO

Num: 70

Bairro: SAO BENTO

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

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

PRIORIDADE CLÍNICA URGENCIA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Investprev Seguradora S/A

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

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

EXAME FÍSICO

DOR E EDEMA

EXAMES COMPLEMENTARES

RX DE MÃO DIREITA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

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

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável

30 AGO 2019

MAO DIREITA COM
CNPJ: 42.366.302/0001-28

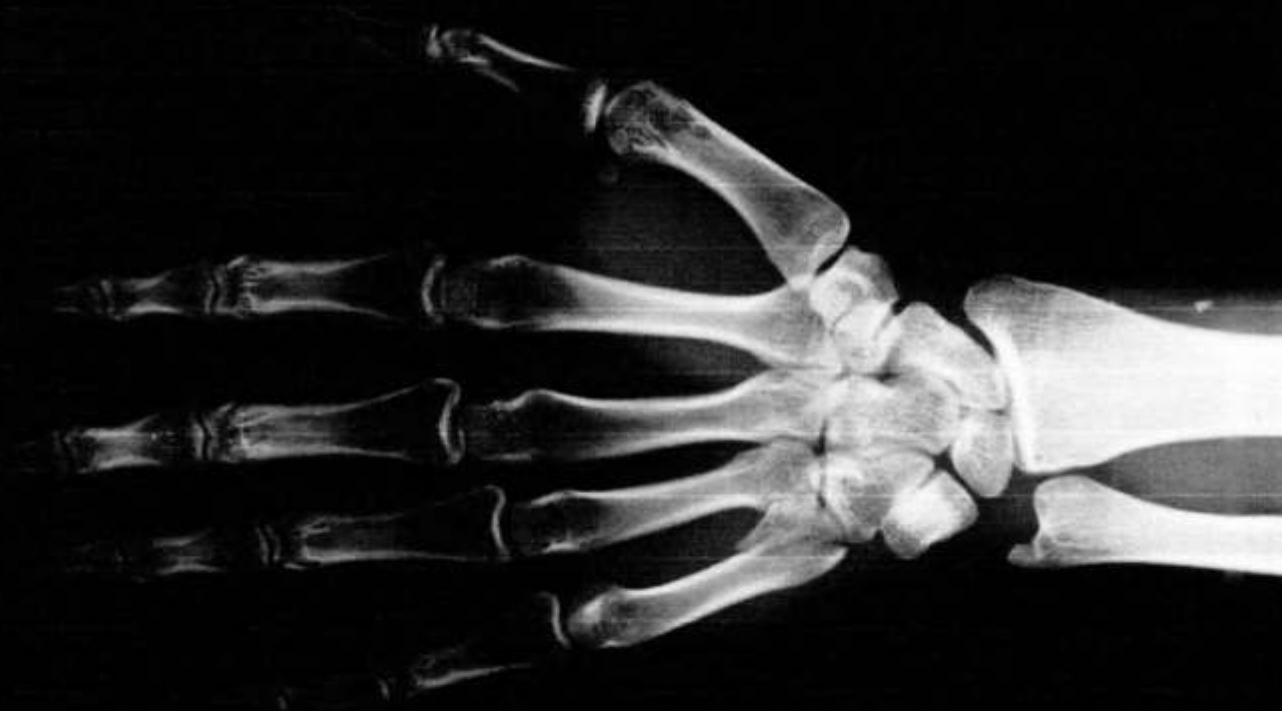
DR. MARCEL PITA
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10621 TEOT 12915



Fatima
19 07 19

CNPJ: 42.366.302/

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



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

CE

Nome
KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

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

PLACAO
CICERO FRANCISCO DA
SILVA SANTOS
ANGELA MARIA LEONARDO
CARDOSO

PROFISSÃO
NÃO RESPONDEU

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

Observações
SEM OBSERVAÇÃO:

Kesley Ruan Cardoso Santos

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

1- V - 24

05969211769
CE164113401

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1633363106

PROIBIDO PLASTIFICAR
1633363106

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

NOME
EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF
99029071681 SSPDS CE

CPF
045.291.864-23

DATA NASCIMENTO
26/09/1982

FILIAÇÃO
MANOEL PEREIRA DOS SANTOS
MARIA APARECIDA DOS SANTOS

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CATIGA
AB

UF RESIDÊNCIA
04012393505

VIGÊNCIA
19/12/2021

V. VALIDADE
16/12/2006

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR
[Assinatura]

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO
10/01/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

80514056010
CE168710862

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1656063485

PROIBIDO PLASTIFICAR
1656063485

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

Nome
KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

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

PLACAO
CICERO FRANCISCO DA
SILVA SANTOS
ANGELA MARIA LEONARDO
CARDOSO

PROFISSÃO
NÃO RESPONDEU

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

Observações
SEM OBSERVAÇÃO:

Kesley Rua Cardoso Santos

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

1- V. 1- 2h

CE
05969211769
CE164113401

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1633363106

PROIBIDO PLASTIFICAR
1633363106

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

NOME
EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF
99029071681 SSPDS CE

CPF
045.291.864-23

DATA NASCIMENTO
26/09/1982

FILIAÇÃO
MANOEL PEREIRA DOS SANTOS
MARIA APARECIDA DOS SANTOS

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. 198
AB

UF RESIDÊNCIA
04012393505

VIGÊNCIA
19/12/2021

V.º VALIDADE
16/12/2006

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO
[Assinatura]

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO
10/01/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

80514056010
CE168710862

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1656063485

PROIBIDO PLASTIFICAR
1656063485

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

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

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

CRATO/CE

07625449378

PLACA
HYT3993

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

CHASSI
9C2JC30708R163073

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PSS/MOTOCICLO/HN APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FA

CAP/POT/CIL

2P/0CV/124CC

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

FAIXA I/PVA

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

0.70

185.50

10/05/2017

OBSERVAÇÕES

CRATO

LOCAL

Igor Nete



DATA

16/08/2017

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

CE Nº 01338622225 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
07625449378 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO HYT3993
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 16/08/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 07625449378 HYT3993

RENAVAM MARCA / MODELO
960854134 HONDA/CG 125 FAN

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

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

PROPRIETÁRIO
LOTE/DESEGURO/ALDER DPVAT
MOTOR: JC30E78163073

ABR-2017

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

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

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

CRATO/CE

07625449378

PLACA
HYT3993

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

CHASSI
9C2JC30708R163073

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
MOTOCICLO 150 APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 FAN

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

CATEGORIA
PARTIC

ANO FAB. ANO MOD.
2008 2008

COR PREDOMINANTE
PRETA

DOTA UNICA	VENC. DOTA UNICA	VENC. DOTA UNICA
1ª *****	1ª *****	1ª *****
2ª *****	2ª *****	2ª *****
3ª *****	3ª *****	3ª *****

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

OBSERVAÇÕES

CRATO

LOCAL
Igor Nogueira
Superintendente



DATA
16/08/2017

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

CE Nº 01338622225 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
07625449378 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VITO 3993
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 16/08/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 07625449378 HYT3993

RENAVAM MARCA / MODELO
960854134 HONDA/CG 125 FAN

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ DOTA UNICA ☐ PARCELADO 10/05/2017

PROPRIETÁRIO
LOTE/DESEMPENHO DO SEGURO DPVAT
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. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

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

Não

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

Em tratamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

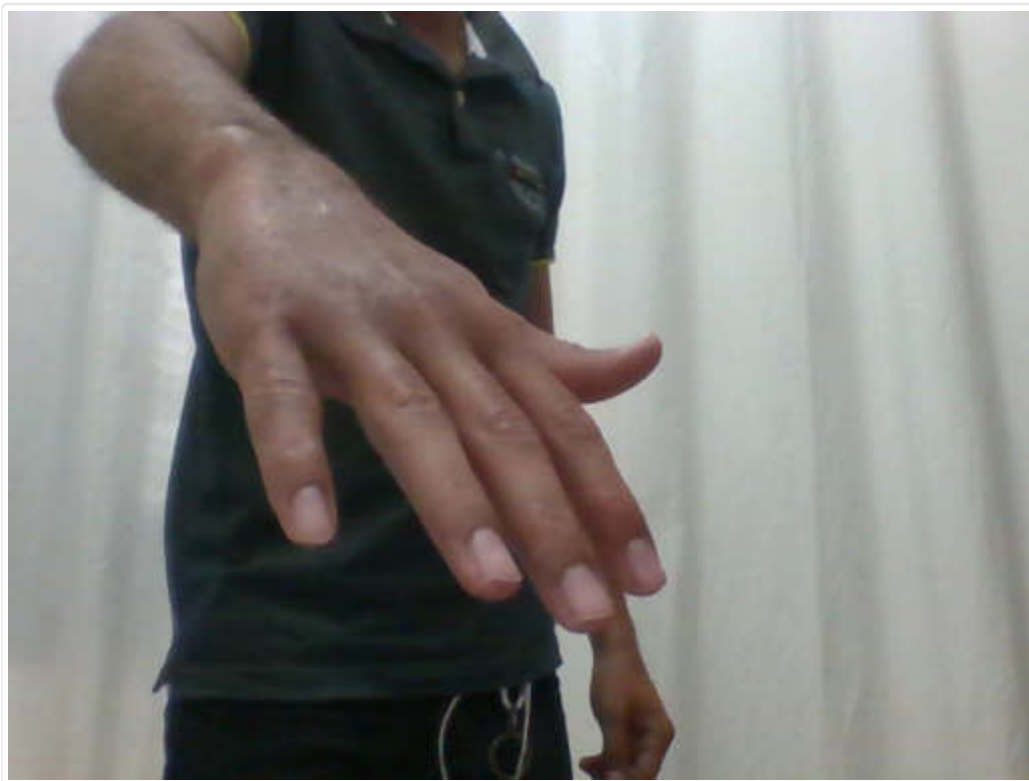
Periciado permanece em período de convalescença das lesões, estando em tratamento fisioterápico. Retorno em 60 dias.


Victor Marcel G. Oliveira
MÉDICO
CRM-CE 13.117

Imagens do Exame Físico







Termo de Imagem

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS - 076.254.493-78

Victor Marcel Gonçalves Oliveira - 13117

Juazeiro do Norte /CE - 13/09/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: Fratura do quinto metacarpo direito.

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 13/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: Fratura do quinto metacarpo direito.

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 13/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

NOME COMPLETO: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS		
CPF: 076.254.493-78	RG: 20086393140	ÓRGÃO EMISSOR: SSP/OS CE
ENDEREÇO: RUA NAILE GONCALVES FELICIANO		Nº: 70
BAIRRO: SÃO BENTO	CEP: 63123-165	COMPLEMENTO: CASA
CIDADE/UF: CRATO - CEARÁ		Tel.(DDD): (88) 99368-4135

OUTORGADO

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

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

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



KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer por Autenticidade)

CRATO - CE, 25-07-2019

Local e Data

Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

NOME COMPLETO: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS		
CPF: 076.254.493-78	RG: 20086393140	ÓRGÃO EMISSOR: SSPDS CE
ENDEREÇO: RUA NAILE GONCALVES FELICITO		Nº 70
BAIRRO: SÃO BENTO	CEP: 63123-165	COMPLEMENTO: CASA
CIDADE/UF: CRATO - CEARÁ		Tel.(DDD) (88) 99368-4135

OUTORGADO

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

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

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



KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer por Autenticidade)

CRATO - CE, 25-07-2019

Local e Data

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Antonio Hamilton de Souza
Escrevente 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

Titular do CPF: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS : 045.291.864-23

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

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS : 076.254.493-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/08/2019
Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 045.291.864-23

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Antonia Daniella Ferreira da Silva

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190508584

Vítima: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190508584

Vítima: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

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

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14914867



Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190508584

Vítima: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 60492 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Investprev Seguradora S/A
30 AGO 2019

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 60492 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 8524 / 2019

Dados da Ocorrência

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

Investprev Seguradora S/A

Dados da(s) Vítima(s)

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

06 AGO 2019

UF: **CE**

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dados do(s) Veículo(s)

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

Histórico

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 8524 / 2019

Dados da Ocorrência

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

Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dados da(s) Vítima(s)

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

Dados do(s) Veículo(s)

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

Histórico

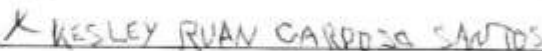
Comunica que quando trafegava na Moto de dados acima anotados, vindo de Barbalha/CE para Juazeiro do Norte/CE, teve que fazer uma manobra para não colidir com um veículo que trafegava a frente, e que parou de maneira brusca, acarretando a queda da vítima da Motocicleta que conduzia e fratura no braço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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS 6 - CPF: 076.254.493-78
7 - Profissão: RECUSOU-SE 8 - Endereço: RUA NAILEE GONCALVES FELICIO 9 - Número: 70 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SAO BENTO 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63123-165
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88198804727

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 60492 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Investprev Seguradora S/A

06 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 60492 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: -

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

KESLEY RUAN CARDOSO SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Investprev Seguradora S/A

30 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28