

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180372365 **Cidade:** Jucás **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA DA MAXILA E ZIGOMA DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180372365 **Cidade:** Jucás **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL COM FERIMENTO CORTO CONTUNDENTE NA FACE FRATURAS EM MAXILAR E ZIGOMA DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DISFUNÇÃO DE FACE EM GRAU RESIDUAL .

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE COM USO DE ANTI-INFLAMATÓRIO E REPOUSO. .PACIENTE TEVE ALTA DEFINITIVA EM 30/06/2018.
APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DISCRETA DA FORÇA MASTIGATÓRIA. EDEMA RESIDUAL NA HEMIFACE DIREITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL DA FACE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/09/2018

Conduta mantida:

Observações: APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico examinador: JOSE GERARDO VALE MATOS

CRM do médico: 3216

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA

Nº Sinistro: 3180372365

Vitima: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA

Data do Acidente: 04/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DIANA BRAGA DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180372365**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13238001



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA
Nº Sinistro: 3180372365
Vitima: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA
Data do Acidente: 04/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DIANA BRAGA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180372365**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível
- Comprovante de residência faltando página
- Declaração de Inexistência de IML ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13240723



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA

Sinistro: 3180372365
Vítima: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA
Data do Acidente: 04/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DIANA BRAGA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180372365** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

**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

Sinistro: **3180372365**
Nome do(a) Examinado(a): **JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **CONJ COHAB 02 nº 98 - CENTRO - JUCAS/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20083345315 - SSP**
Data e local do acidente: **04/02/2018 JUCAS/CE**
Data e local do exame: **20/09/2018 ICO/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA FACIAL COM FERIMENTO CORTO CONTUNDENTE NA FACE FRATURAS EM MAXILAR E ZIGOMA DIREITO.

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

TRATADO CONSERVADORAMENTE COM USO DE ANTI-INFLAMATÓRIO E REPOUSO. .PACIENTE TEVE ALTA DEFINITIVA EM 30/06/2018.

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

APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DISCRETA DA FORÇA MASTIGATÓRIA. EDEMA RESIDUAL NA HEMIFACE DIREITA.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DISFUNÇÃO DE FACE EM GRAU RESIDUAL

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(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **FACE**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico Perito: JOSE GERARDO VALE MATOS CRM:3216/CE


Dr. Jose Gerardo Vale Matos
MÉDICO CREMEC 3216
CRM PB 10035

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 068.687.833-70 Nome completo da vítima: João Roberto Teixeira Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>João Roberto Teixeira Pereira</u>		CPF titular da conta: <u>068.687.833-70</u>		Profissão: <u>seguro informante</u>
Endereço: <u>Conf. Cadast. 02 - Rua A</u>		Número: <u>98</u>	Complemento: <u>sem</u>	
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Juazeiro</u>	Estado: <u>Minas</u>	CEP: <u>ES 300-000</u>	
Email: _____		Telefone (DDD): <u>(31) 9.4708.5095</u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 0613 D/V: 9 CONTA NRO: 58512 D/V: 9
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome: _____ NRO: _____
AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Juazeiro, 22 de março de 2018
Local e Data



João Roberto Teixeira Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CÓPIA



AUTO-ATENDIMENTO - AG IGUAU

DATA: 16/04/2018

HORA: 09:21:57

TERMINAL: 06131030

CONTROLE: 061310300129

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CCC/AGÊNCIA : 0613 / IGUAU

CONTA : 001.00035498-9

NOME : DIANA BRAGA DOS SANTOS

FAVORECIDO

CCC/AGÊNCIA : 0613 / IGUAU

CONTA : 013.00050512-7

NOME : JOAO JAKSON T PEREIRA

VALOR :

DATA DE EFETIVAÇÃO : 16/04/2018

DÉBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA DESTINO É DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 068.687.833-70	Nome completo da vítima João Jackson Teixeira Pereira
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João Jackson Teixeira Pereira		CPF titular da conta 068.687.833-70	Profissão recusou informar
Endereço conj. Cahab 02 Rua A		Número 98	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Jucas	Estado Paraíba	CEP 63.500-000
Email			Telefone (DDD) (88) 9.9913.3168

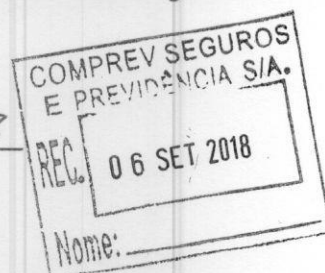
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0613 D/V ☐ (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO AGÊNCIA NRO. D/V ☐ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 58512 D/V 7 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V ☐ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jucas **24** de **agosto** de **2018**
Local e Data



João Jackson Teixeira Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG IGUATU

DATA: 16/04/2018

HORA: 09:21:57

TERMINAL: 06131030

CONTROLE: 061310300129

COMPROVANTE DE
TRANSFERENCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 0613 / IGUATU

CONTA : 001.00035498-9

NOME : DIANA BRAGA DOS SANTOS

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 0613 / IGUATU

CONTA : 013.00058512-7

NOME : JOAO JAKSON T PEREIRA

VALOR :

DATA DE EFETIVAÇÃO : 16/04/2018

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JUCAS



BOLETIM DE Ocorrência Nº 489 - 194 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/02/2018 16:24:41**
Data / Hora da Ocorrência: **04/02/2018 21:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA JUCAS/SABOEIRO**
Complemento:
Bairro:
Município: **JUCAS/CE**
Ponto de Referência:

CÓPIA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA**
Nascimento: **26/04/1996** CPF: **068.687.833-70**
RG: **20083345315** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIA TEIXEIRA MARINHO**
CICERO BATISTA PEREIRA
Endereço: **RUA A - COHAB II, 71**
Bairro: **COHAB II**
Município: **JUCAS/CE** CEP: **63.580-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99813-5631**

Histórico

Compareceu a esta Delegacia de polícia o noticiante e, cientificado das penalidades do crime de falso testemunho, disse que: no local e data acima mencionados, conduzia uma motocicleta modelo HONDA/CG 150 TITAN K, PLACA BZX-8375, CHASSI 9C2KC0810BR055202, licenciada em nome de ANTONIA TEIXEIRA MARINHO DE SOUZA quando, repentinamente, derrapou na pista, fazendo com que o declarante perdesse o controle da motocicleta e viesse a cair no chão. Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital Municipal de Jucás, onde foi feito os primeiros procedimentos. Que do acidente sofreu as seguintes lesões: "fratura no maxilar", conforme documentação apresentada. Nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JUCAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Robson dos Santos e Silva
Escritor de Polícia

ROBSON DOS SANTOS E SILVA - MAT.: 300632-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

THIAGO PAIXAO DA SILVA - MAT.: 30112814



Certifico e dou fé que a presente
cópia fotostática contém com o
original exibido nesta data
Assinatura - CF

12 ABR 2019

Assinatura da verdade



DELEGACIA MUNICIPAL DE JUCAS

Pág. 1 de 1

Impresso em: 22/02/2018 16:28:38



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

COPIA

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Jackson Teixeira Pereira

CPF da Vítima

068.687.833-70

Data do Acidente

04/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

José Jackson Teixeira Pereira

Email

CPF do Representante legal

068.687.833-70

Telefone (DDD)

(11) 9 4766-5295

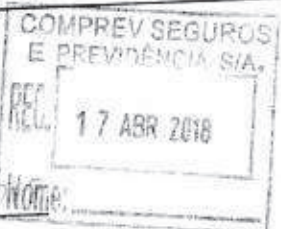
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



José Jackson Teixeira Pereira, 22 de março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

João Jackson Teixeira Pereira

CPF da Vítima

068.687.833-70

Data do Acidente

04/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jucas/ri, 24 de agosto de 2018

Local e Data



João Jackson Teixeira Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

As it is not yet known
a much more vulgar

Nº DO CLIENTE

7916622-9

Para obter o valor do consumo, consulte o valor do consumo no site: www.enel.com.br

Ata do Conselho de Gestão de Energia
Resolução nº 10.000
de 25 de abril de 2007

Companhia Energética de Ceará

Rua Pedro Vitorino, 100

CEP 60135-000 - Fortaleza - CE

UF: CE INSC. EST. ICMS: 06.000.000-00

enel

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

520228242

Rota 05 12000 15 159000 - 7

Data de Emissão 06/04/2018

Nome DIANA BRAGA DOS SANTOS

End. Postal RU DEOCLECIANO BEZERRA 00808 SL A
CENTRO - IQUATU - 63500119

Medidor 378917

Posto 0000 0000

Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFÁSICO

RQ/CPF/CNPJ 069362053-64

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 06/04/2018 03/05/2018

Índice

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

47,04 07,00 11,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos 100% 100%

Mês 06/2018 06/2018

Período 06/04/2018 03/05/2018

Aplicação Individual

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

Medidor 378917

VENCIMENTO 13/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 51,76

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

Consumo 14,00

CÓPIA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
17 APR 2018



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 537269282

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

AGO/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

938703

DV 0

VENCIMENTO

21/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

84,62

DADOS DO CLIENTE

Rota 09 012120 09 046000

Medidor

Poste

Nome CARMELITA MARIA MARINHO

5094595

0000 0000

Endereço Postal

End. da Unidade

CONJ COHAB 02 RUA A 00098 JUCAS 63500000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ

589.213.703-15

CGF

Classe

01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☐ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP

19048

18950

1

98

0

98

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

14/08/2018

Prev. Próxima
Leitura

14/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

81AE.4065.0CB6.18AC.2831.45A6.29BF.EA88

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

75,73

Alíquota

27%

Valor do Imposto

20,44

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,98)

8,89

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

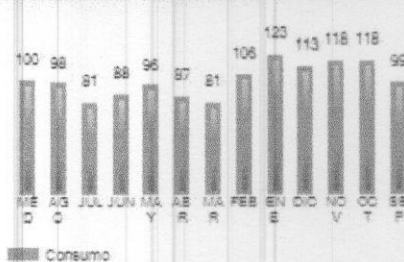
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 21,06

Conjunto JUCAS

Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Nº do Cliente:

938703-0

Nº da Nota Fiscal: 537269282

Total a Pagar (R\$): 84,62

Data de Emissão:

24/08/2018

Referência: AGO/2018

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Diana Braga da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.302.093 / 000, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Jackson Tullio Basso inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.687.833 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima João Jackson Tullio Basso inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.687.833 / 70, 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 <u>R. Ocidente, 100</u>		Número <u>808</u>	Complemento <u>100</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Siquetuba</u>	Estado <u>SP</u>	CEP <u>05.000.119</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>11 9366 5243</u>

CÓPIA

Siquetuba, 15 de abril de 2018
Local e Data

Diana Braga da Silva
Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECABWEB/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 Diana Braga dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 069.362.053 / 64, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Jakson Teixeira Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.687.833 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima João Jakson Teixeira Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.687.833 / 70, 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 <u>R. Deschiano Bezerra</u>		Número <u>808</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Iguatu</u>	Estado <u>Ceara</u>	CEP <u>63.500-119</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(88)9.9913-3168</u>

Iguatu/CE, 24 de agosto de 2018
Local e Data

Diana Braga dos Santos
Assinatura do Declarante



CÓPIA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônia Teixeira Marinho de Souza,
 RG nº 2008485915-0 data de expedição 03/03/2013,
 Órgão SSP/DF-CE, portador do CPF nº 929.463.023-20, com
 domicílio na cidade de Lucas, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Parb 2, nº 71,
 complemento Carro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima João Jackson Teixeira Pereira, cujo o condutor era
João Jackson Teixeira Pereira.

Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda CG 150 TITAN K
 Ano: 2007
 Placa: BZV-8375
 Chassi: 9C2KE08306K055102
 Data do Acidente: 09/02/2018
 Local e Data: Lucas/PA 09/maio/2018


 Assinatura do Declarante
 (Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
 (Sem reconhecimento de firma)



Reconhecimento (s) firma(s) por semelhança ()
 ou autenticidade (X) AUTENTICAÇÃO
MARINHO DE SOUZA
 Lucas - DF: 07 MAR 2018 Doc. nº
 em testemunha da verdade
Antônia Teixeira Marinho de Souza
 O Condutor Assinado: João Jackson Teixeira Pereira
 O Condutor Assinado: João Jackson Teixeira Pereira
 O Condutor Assinado: João Jackson Teixeira Pereira



RELATÓRIO DE LAUDO MÉDICO

Trata-se do periciado JOÃO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA, 22anos, brasileiro, solteiro, natural de Jucás-CE, portador do RG: 2008334531-5, CPF: 068.687.833-70, vítima de acidente motociclistico no dia 4 de Janeiro de 2018, na cidade de Jucás-CE.

Na ocasião, apresentava-se em decorrência do trauma, traumatismo cranioencefálico (TCE) associada a ferimentos cortocontusos em hemiface direita, ombro e joelho direito.

No atendimento da emergência foi submetido a limpeza e sutura do ferimento no ombro direito e na face. Foi transferido para Hospital Regional do Cariri onde realizou uma tomografia de crânio evidenciando fratura de maxila associada a fratura de osso zigomático a direita. Foi realizado tratamento conservador para as fraturas.

No momento do exame, observei no periciado, cicatriz na face, ombro direito e joelho direito associada a edema facial e deformidade associada a dor a palpação digital. Apresentou ainda dor na articulação temporomandibular e dificuldade na abertura da boca.

Diante do presente exposto, concluo que o periciado apresenta comprometimento funcional na articulação temporomandibular dificultando a amplitude do movimento durante a abertura da boca.

Paciente encontra-se de alta definitiva.

Atenciosamente,

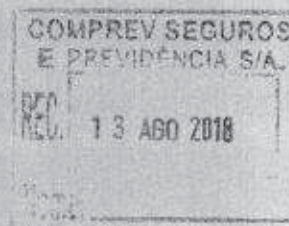
CID10.: S02.4/ S02.9

Dr. Alan Felipe Oliveira de Alencar
CRM-CE 18121

Jucás-CE, 30 de Junho 2018.

Alan Felipe Oliveira de Alencar

CREMEC: 18121



HMJ

JUCAS

mais
Saúde
A Saúde Mais Próxima de Você

SUS

Sistema
Único
de Saúde

BPA (URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA)

Data: 04/02/18 Horário: 21:30 Ocorrência: 205702 Idade: 25a Sexo: M.

Paciente: João Jackson Teixeira Pereira 2664198

Endereço do Paciente/ Responsável:

Tel: Doc.: de Identificação:

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Horário de Atendimento: PA: TEMP: Glicemia:

ATENDIMENTO MÉDICO

Histórico doença atual: Paciente trazida pela SAMU com história de TCE após queda de moto. Paciente estabilizada em prancha longa, porém colaborativa. Apresenta alteração no tom de voz, chiado pulmonar bilateral e cefaleia. Apresenta hematomas periorbitais com presença de sangramento.

Exame físico: Ao ex. ECG: normal, ECG: 14 (40:3, RU: 5, RM: 6)

Diagnóstico: lesão por trauma e pupila dilatada.

TCE

Destino do Paciente:

Ass. e carimbo do Médico

CRM: 16.121



Data	Plano Terapêutico e Tratamento	Horário	Observações
04/18	1) Realizar limpeza e sutura da ferimento	0h	05:20 - Pupila dilatada, chiado pulmonar, hematomas periorbitais.
	2) Deixar a estabilização da queda sobre TC pelo membro	ATT	Vitamina C, vitamina K, vitamina B12.
	3) Avaliar PA e Sat O2	ATT	Monitorar, Estado de consciência, presença de sangramento.
	4) Em observação até receber ordem ATT	ATT	Após 1h de observação, sem alterações.
	5) SFO 9%, 500ml, CV	SFO	Tratado com plasma e sangue.
	6) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	7) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	8) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	9) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	10) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	11) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	12) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	13) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	14) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	15) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	16) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	17) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	18) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	19) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.
	20) Dexametasona 500mg/ml, 1 dose + 1 dose, CV 22:45	22:45	Tratado com plasma e sangue.

Dr. Miguel Leal Neto

Médico
CRM: 2318

Marcia Assunção de Oliveira Neto
Diretora Administrativa
Hospital Municipal de Jucas

Atestado de óbito
e morte por doença

CÓPIA

BPA (URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA)

Data: 05/02/18	Horário: 11:00	Ocorrência: 30535103	Idade: 2/a	Sexo: M
Paciente: João Jackson Teixeira Pereira 96/04/96				
Endereço do Paciente/ Responsável: R-A Cohab 55				
Tel:		Doc.: de Identificação:		

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Horário de Atendimento:	PA:	TEMP:	Glicemia:
-------------------------	-----	-------	-----------

ATENDIMENTO MÉDICO

Histórico doença atual:	
Exame físico:	
Diagnóstico:	
Destino do Paciente:	Ass. e carimbo do Médico

João Jackson Teixeira Pereira

Data	Plano Terapêutico e Tratamento	Horário	Observações
	Gr. 1 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 2 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 3 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 4 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 5 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 6 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 7 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 8 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 9 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 10 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 11 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 12 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 13 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 14 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 15 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 16 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 17 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 18 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 19 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		
	Gr. 20 - 1.000ml - 14/06/18 - 10:00		

Dr. Miguel Leal Neto
Médico
CRM: 2913

Simone da Silva Vieira
Téc. em Enfermagem
CORENCE 810.612

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
17/02/2018
Nome:

Dr. Miguel Leal Neto
Médico
CRM: 2913

Assessoria de Gestão de Pessoas
Assessoria de Gestão de Pessoas
Assessoria de Gestão de Pessoas

FICHA DE ATENDIMENTO

CÓPIA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA

Pront.: 157209 Data Nasc.: 26/04/1996 Idade: 21 ano(s) 9 mes(es) e 12 dia(s) Admissão: 08/02/2018 12:01

Mãe: ANTONIA TEIXEIRA NMARIANO

Sexo: Masculino

RG: 20083345315

Município: JUCAS

CEP

Bairro: ALTO DO TOR

Tel.: 88 99813-5631

Endereço: RUA A QUABE 02

Num: 71

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO

Classificador WONESKA RODRIGUES PINHEIRO

Horário 08/02/2018 12:09

Queixa:

pcte apresentando hematoma e dor em face devido acidente de transito há 3 dias. ja recebeu atendimento inicial no municipio de origem

Fluxograma: PROBLEMAS EM FACE

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: EDGARD RODRIGUES DA MATTA NETO

CRM: 6098

Nº: 411113

Horário 08/02/2018 12:24

Acidente: Sim

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo:

ALTA DA EMERGÊNCIA/MÉDICO

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

ALTA

Data: 08/02/2018 12:34

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Médico: EDGARD RODRIGUES DA MATTA NETO

CRO: 6098

Nº: 411113

Horário 08/02/2018 12:24

Acidente: Sim

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: ALTA DA EMERGÊNCIA/MÉDICO

Hipótese Diagnóstico:

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEGA DESMAIO, NEGA VOMITO, DEAMBULANTE, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS. AO EXAME FISICO APRESENTA EDEMA EM FACE, ESCORIAÇÕES EM HEMIFACE DIREITA, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO MANTIDA, SEM SINAIS DE FRATURA EM FACE. AO EXAME TOMOGRAFICO APRESENTA FRATURA EM MAXILA E ZIGOMA DIREITO SEM NECESSIDADE DE REDUÇÃO CIRURGICA

ALTA

Data: 08/02/2018 12:34





SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JUCAS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS CEARÁ

1. Preencher esta ficha em 2 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento
entregar as 2 vias ao usuário, orientando-o
para retornar com a 1ª via a unidade de origem



FICHA DE REFERÊNCIA

CÓPIA

Unidade de Origem

Distrito Sanitário

Nome

Prontuário N°

Sexo: M ☒ F ☐

Idade

Ocupação

Endereço

Bairro

Motivo do Encaminhamento

Resultado de Exames

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Data

Hora

Gleison Furtado de Lima

Secretário Municipal de Saúde

CPF: 465.675.693-67

Governo Municipal de Jucás

AGENDAMENTO

Encaminhamento

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento

Profissional

Unidade de Referência

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência

Município

Prontuário N°

Alta

Resumo Clínico / Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico Principal

Secundário 1

Secundário 2

Conduta Realizada

Proposta de Conduta para Seguimento

O problema justificou a referência?

Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

Sim ☐ Não ☐

Assinatura do consultante - N° Registro

Função

Data



(*) Utilizar também como resumo de alta



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JUCÁS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 2 vias.
2. Ao Terminar a consulta ou tratamento
entregar as 2 vias ao usuário, orientando-o
para retornar com a 1ª via a unidade de origem.



Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____

CÓPIA

Nome: _____	Prontuário N°: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Idade: _____	Ocupação: _____
Endereço: _____	Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: _____		
Resultado de Exames: _____		
Conduta já Realizada: _____		
Impressão Diagnóstica: _____		
Assinatura do Encaminhante: <i>Stelson Furtado de Lima</i>	Data: _____	Hora: _____

AGENDAMENTO		
Encaminhamento para: _____	Ambulatorial ☐	Hospitalar ☐
Procedimento: _____	Profissional: _____	Auxílio Diagnóstico ☐
Unidade de Referência: _____	Data: _____	Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____	Prontuário N°: _____	Alta: _____
Município: _____		
Resumo Clínico / Cirúrgico: _____		
Resultado de Exames: _____		
Diagnóstico Principal: _____		
Secundário 1: _____		
Secundário 2: _____		
Conduta Realizada: _____		
Proposta de Conduta para Seguinte: _____		
CID: _____		
CID: _____		
Nome: _____		
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐		
Assinatura do consultante - N° Registro: _____	Função: _____	Data: _____

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
17 ABR 2016
Nome: _____

(*) Utilizar também como resumo de alta

CÓPIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		ARTE DA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME						JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA	
DOC. IDENTIFIC. / CPG. EMISSOR DE						20083345315 SSP CE	
CPF						068.687.833-70	
DATA NASCIMENTO						26/04/1996	
PERIÓDO						CICERO BATISTA PEREIRA	
ANTONIA TEIXEIRA						MARINHO	
PROMISSÃO						ACC	
CAT. 1994						AB	
Nº REGISTRO						06401692609	
VALIDADE						29/01/2020	
1ª EMISSÃO						27/06/2015	
OBSERVAÇÕES							
SEM OBSERVAÇÃO.							
Assinatura do Portador							
Assinatura do Emissor							
LOCAL							
IGUATU, CE							
DATA EMISSÃO							
02/10/2017							
45697111222							
CE161520685							
CEARÁ							

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1544872818

PROVIDO PLASTIFICAR
1544872818

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
17 ABR 2018
Nome:

UNIAO FEDERAL DO BRASIL

706889746-4

04/08/2016

DATA DE NASCIMENTO

17/06/1998

DIANA BRAGA DOS SANTOS

FRANCISCO ALVES DOS SANTOS

EDILANE BRAGA DE OLIVEIRA

CATEIRAS - SP

CERT. NASCIMENTO - CARTÃO: SEDE TERMO: 310-16 FOLHA: 64V LITRO: A

49 CATEIRAS - SP

069.342.053-64

P.: 135

VIA

715 DE 2000003

PROIBIDO PLASTIFICAR

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA/SECRETARIA DE POLÍCIA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

DIANA BRAGA DOS SANTOS

Polegar Direito

715 DE 2000003

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

17 ABR 2010

CÓPIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

CETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01356868105
PPT 01 00942323209 0001000000 2017
ANTONIA TEIXEIRA MARILHO DE SOUZA
JUCAS
92996302320 BZXB375/CE
92996302320 BZXB375/CE
PAS/MOTOCICLO 150 TITAN XS
2P/OCV/149CC
1 P
V
A
92996302320 BZXB375/CE
JUCAS
CE Nº 01356868105 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
01 92996302320 BZXB375
00942323209 HONDA/CG 150 TITAN K
92996302320 BZXB375/CE
00942323209 HONDA/CG 150 TITAN K
4,15 0,17 185,5
SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.249.000/01-01
03231
COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 17 ABR 2018
Nome:

Requerimento 001/2018

Jucás, 16 de Julho de 2018

Assunto: Solicitação de reanálise de processo

Sinistro nº 3180173073

A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA portador do RG 20083345315 SSP-CE e do CPF 068.687.833-70, nascido aos 26/04/1996, residente no Conj Cohab 02 rua A, 98 - Centro - Jucás - CE.

Vítima de acidente de trânsito dia 04/02/2018, dei entrada no processo de recebimento do seguro DPVAT, conforme sinistro acima mencionado, onde sofri, trauma, traumatismo cranioencefálico (TCE) associada a ferimentos corto contuso em hemifase direita, ombro, joelho direito e múltiplas escoriações pelo corpo, fui submetida a tratamento conservador, cuidados médicos, observação hospitalar, ficando com sequelas e de natureza permanente.

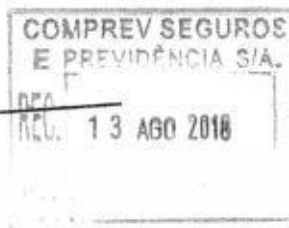
Acontece que no mês de Maio de 2018, recebi um comunicado da SEGURADORA LÍDER informando que meu processo havia sido negado por não apresentar sequelas (invalidez permanente). Ora, como a seguradora LÍDER pôde negar meu processo tomando por conta apenas o prontuário médico onde não menciona o verdadeiro estado em que me encontro uma vez que sinto: dor na articulação temporomandibular e dificuldade na abertura da boca, cicatriz na face, ombro direito e joelho direito associado a edema facial e deformidade associado a dor e palpação digital com dificuldade para exercer minhas atividades de rotina em decorrência das lesões sofridas no acidente.

Diante do exposto, SOLICITO que seja reanalisado meu processo, se possível agendando uma perícia médica para correta avaliação das sequelas que apresento em virtude do acidente.

Anexo: novo relatório médico.

João Jakson Teixeira Pereira

JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294662/18
Vítima: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA
CPF: 068.687.833-70

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/02/2018
Titular do CPF: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DIANA BRAGA DOS SANTOS : 069.362.053-64

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

JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA : 068.687.833-70

Autorização de pagamento

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 13/08/2018
Nome: DIANA BRAGA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 069.362.053-64

DIANA BRAGA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2018
Nome: JESSICA GLENDA NOGUEIRA ROSENO
CPF: 051.537.153-02

JESSICA GLENDA NOGUEIRA ROSENO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294662/18

Número do Sinistro: 3180372365

Vítima: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA

CPF: 068.687.833-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/02/2018

Titular do CPF: JOAO JAKSON TEIXEIRA
PEREIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

DIANA BRAGA DOS SANTOS : 069.362.053-64

Declaração Circular SUSEP 445/12

JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA : 068.687.833-70

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: 06/09/2018
Nome: DIANA BRAGA DOS SANTOS
CPF: 069.362.053-64

DIANA BRAGA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 048.755.333-06

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180372365 **Cidade:** Jucás **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA DA MAXILA E ZIGOMA DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180372365 **Cidade:** Jucás **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL COM FERIMENTO CORTO CONTUNDENTE NA FACE FRATURAS EM MAXILAR E ZIGOMA DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DISFUNÇÃO DE FACE EM GRAU RESIDUAL .

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE COM USO DE ANTI-INFLAMATÓRIO E REPOUSO. .PACIENTE TEVE ALTA DEFINITIVA EM 30/06/2018.
APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DISCRETA DA FORÇA MASTIGATÓRIA. EDEMA RESIDUAL NA HEMIFACE DIREITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL DA FACE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/09/2018

Conduta mantida:

Observações: APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico examinador: JOSE GERARDO VALE MATOS

CRM do médico: 3216

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jairo Jackson Teixeira Pinheiro, brasileiro(a), estado civil: solteiro
Profissão: advogado, portador(a) do RG 202334521-5, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 068.687.833-30, residente no(a) Cobal 2 Rua A
nº 98, bairro: Alto do Sol, município: Juazeiro CE.

OUTORGADO:

Nome: Deividson Diniz dos Santos, brasileiro(a), estado civil: solteiro
Profissão: advogado, portador(a) do RG 20080897464, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 069.362.053-84, residente no(a) R. Ducléciano Bezerra
nº 808, bairro: Centro, município: Siquilândia CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Jairo Jackson Teixeira Pinheiro.
Local e Data: Juazeiro, 16/ março/ 2018.

Jairo Jackson Teixeira Pinheiro
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



CÓPIA



SAINTA ROSA ALMEIDA
ESCRIVÃO AUXILIAR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294662/18

Número do Sinistro: 3180372365

Vítima: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA

CPF: 068.687.833-70

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

DIANA BRAGA DOS SANTOS : 069.362.053-64

Declaração Circular SUSEP 445/12

JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA : 068.687.833-70

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: 06/09/2018
Nome: DIANA BRAGA DOS SANTOS
CPF: 069.362.053-64

DIANA BRAGA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 048.755.333-06

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO JAKSON TEIXEIRA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00613

CONTA: 000000058512-7

Nr. da Autenticação 151E44F8F0981F23