



Seguradora Líder · DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2015

Carta nº: 8046078

A/C: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3150904746  
**Vitima:** JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 27/08/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2015

Carta n°: 8087734

A/C: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3150904746  
**Vítima:** JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 27/08/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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**

Nome do(a) Examinado(a): Jean Bosclin Pessoa de Oliveira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua do Cruzeiro, 1409  
São Miguel Juazeiro do Norte CE CEP: 63010-485  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 98029176590  
Data local do exame: [ 17/11/2015 ] Juazeiro do Norte [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **fratura de quinto metacarpo a esquerda. deformidade em articulação metacarpo-falangeana**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
- Sim  Não
- Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
- Sim  Não
- Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **tratado conservadoramente, com imobilização e fisioterapia.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?
- Sim  Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- Permanece com limitação grave de articulação metacarpofalangeana. Dor residual associada. Vítima é músico profissional, e está incapacitado de exercer suas atividades.**
- Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. Segundo o 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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> “Vítima em tratamento”<br>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias       | <input type="checkbox"/> “Sem sequela permanente”<br>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
| <input type="checkbox"/> “Exame não permite conclusão”<br>Vide motivo do impedimento no campo das observações |   |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |  |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>5º Dedo da Mão - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo   | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).
- Total = “100% da IS”
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. James Rocha Tavares  
NEUROCIRURGIA  
CRM: 11218  
CPF: 915.401.273-20

# 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: 23/11/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01598-9

CONTA: 00000039615-X

---

Nr. da Autenticação 302844A213B7E87E

**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luis Cláudio de Queiroz, portador(a) do RG nº 22.5504892, expedido por SSP/CE, em 16/08/13, CPF/CNPJ nº 445.172.033-87, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jean Bosciun PESSOA DE OLIVEIRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Jean Bosciun PESSOA DE OLIVEIRA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: EMPRESARIO Renda Mensal: R\$ 2.100,00

Documentos comprobatórios: EMPRESARIO

X Luis Cláudio de Queiroz  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

CENTAURO  
VIDA PREVIDÊNCIA

22

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JEAN BOSCHIA, PESSOA DE OLIVEIRA

RG nº 58029176590, data de expedição 07/04/15,  
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 002.698.923-38, com  
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua 25 de Março 123 nº 112

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jefferson Rosclim Pessoa de Oliveira, cujo o condutor era Jefferson Rosclim Pessoa de Oliveira.

Véículo: *MEP*

Modelo: *Honda ATC*

Ang: 2045 / 2045

Chassi: 9C2K100840EP436138

Data do Acidente: 27/08/15

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE. 02/10/2015

✓ Jean Berchon Pesso de Oliveira

**Assinatura do Declarante**

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

~~✓ Tex Berlin Passes de Oliveira~~

**Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)**

(Sem reconhecimento de firma)

763342



## HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI

## BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Prontuário: 30568

Registro: 18863

Data/Hora: 27/08/2015 14:18

Paciente: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

Mãe: ANTONIA ELISA PESSOA DE OLIVEIRA

Nasc: 18/10/1983

RG: 572405

CPF: 002.198.913-38 Sexo: Masculino

Idade: 31 anos, 11 meses e

Endereço: RUA DO CRUZEIRO

Nº 1409

Bairro: SÃO MIGUEL

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

UF: CE

Convênio: UNIMED

Carteira: 01070020039411000

Fone: 8899580955 - 8835121508

Profissão: MÚSICOS COMPOSITORES, Atendente: FATIMABESERRA

Médico Responsável: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

Tipo de Atendimento: 1ª CONSULTA

## MOTIVO DO ATENDIMENTO (Queixas, exames clínicos):

Perdeu Vida x o cacto a  
luzes (SIC), quando fui  
fuma x

## Exame Solicitados:

Alm x

## Diagnóstico:

Fratura.

## Medicação:

A/NC

## Procedimento:

1/ Curva gesso x

Agudo  Crônico  Tempo de Doença  Dias  Meses  Anos

Previsão de Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Curado ( )

Trat. Ambulatorial ( )

Melhorado ( )

Indisciplina ( )

Transferido ( )

Óbito: \_\_\_\_\_

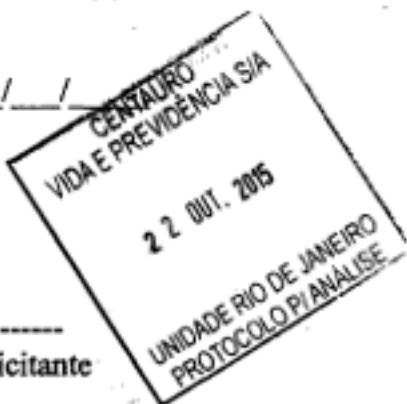
Causa: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

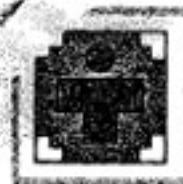
Dr. Padre Basílio dos Santos Hora:  
CRM - CE 9048  
CRM - CE 9048

Paciente/Responsável

Médico Solicitante



Nº 488-14992/2015



**HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI**

Abaixo pre o paciente  
mencionado visto e ob-  
servado os fraturas lítis-  
ticas de E, encon-  
trado e alta de fratura-  
vo:

24.09.2015

CRM-CG-9064  
Ortopedia - Traumatologia  
Dr. Healdo Basilio dos Santos

Av. Padre Cicero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101.3150 - Fax: (88) 3571.4517  
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará





HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS  
E FRATURAS DO CARIRI

Avenida Padre Cicero KM 02 Bairro: Triângulo  
Juazeiro do Norte CE  
PABX: (88) 2101.3150 - FAX: (88) 3571.4517

<b>NOME DO CLIENTE:</b>		JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA		
<b>EXAME SOLICITADO:</b>		RAIOS-X DA MAO E	<b>DATA</b> 10/09/2015	<b>IDADE</b> 31 ANOS
<b>MEDICO:</b>	WAYDSON	CRM: 9048/CE	<b>CONVÊNIO</b>	UNIMED

Fratura do 5º metacarpiano

**DR. EDUARDO LOPES**  
CRM 721 - CPF 001.610.203-72

**DR. EDUARDO LOPES**  
CRM: 721



## HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

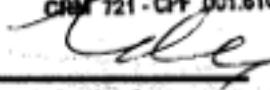
### LAUDO RADIOLOGICO

<b>NOME DO CLIENTE:</b>	<b>JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA</b>		
<b>SOLICITACAO DE EXAME</b>	<b>RX DA MAO E</b>	<b>IDADE:</b>	<b>31 ANOS</b>
<b>MÉDICO SOLICITANTE:</b>	<b>DR. WAYDSON</b>	<b>CRM:</b>	<b>9048</b>
<b>CONVÊNIO:</b>	<b>UNIMED</b>	<b>DATA:</b>	<b>10/09/2015</b>

### LAUDO RADIOLÓGICO

*Fratura do 5º metacarpiano.*

**DR. EDUARDO LOPES**  
CRM 721 - CPF 001.810.203-72

  
**DR. EDUARDO LOPES**  
CARDIOLOGISTA E RADIOLOGISTA  
CRM 721

# HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

## LAUDO RADIOLÓGICO

NOME DO CLIENTE:	JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA		
SOLICITACAO DE EXAME	RX: MÃO E	IDADE:	31 ANOS
MÉDICO SOLICITANTE:	DR. WAYDSON	CRM:	9048
CONVÊNIO:	UNIMED	DATA:	27/08/2015

## LAUDO RADIOLÓGICO

*Fratura da 5ª metacarpiana.*

**DR. EDUARDO LOPES**  
CRM 721 - CPF 001.610.203-72

**DR. EDUARDO LOPES**  
CARDIOLOGISTA E RADIOLÓGISTA  
CRM 721

**CENTAURO**  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
22 OUT. 2015  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTÓCOLO PLANALISE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CERTIDÃO NACIONAL DE VEÍCULOS

JOÃO BOBOLIN PESSOA DE OLIVEIRA

DOC. CONTRIBUIDOR: CNH NÚMERO: 9	98229176590	SSP	CE
CPF:	002.198.913-38	DATA Nascimento: 16/10/1983	
PESO:		ALTURA:	
JOÃO BOBOLIN DE OLIVEIRA		ANTONIA ELISA PESSOA DE OLIVEIRA	
PLACA:	ACE:	CARNE:	DATA:
02-91-00001	23200-00100	14/08/2002	
<p style="text-align: center;">LICENCIAMENTO AUTOMOTIVO</p> <p style="text-align: center;">ESTADO: CEARÁ</p> <p style="text-align: center;">MUNICÍPIO: JUAZEIRO DO NORTE</p> <p style="text-align: center;">DATA: 07/04/2015</p> <p style="text-align: center;">Nº CADASTRO: 33051884314</p> <p style="text-align: center;">Nº CADASTRO: CE146390580</p> <p style="text-align: center;">LICENCIAMENTO AUTOMOTIVO</p>			
<p style="text-align: center;">LICENCIAMENTO AUTOMOTIVO</p> <p style="text-align: center;">ESTADO: CEARÁ</p> <p style="text-align: center;">MUNICÍPIO: JUAZEIRO DO NORTE</p> <p style="text-align: center;">DATA: 07/04/2015</p> <p style="text-align: center;">Nº CADASTRO: 33051884314</p> <p style="text-align: center;">Nº CADASTRO: CE146390580</p> <p style="text-align: center;">LICENCIAMENTO AUTOMOTIVO</p>			

LICENCIAMENTO AUTOMOTIVO

ESTADO: CEARÁ

MUNICÍPIO: JUAZEIRO DO NORTE

DATA: 07/04/2015

Nº CADASTRO: 33051884314

Nº CADASTRO: CE146390580

LICENCIAMENTO AUTOMOTIVO

VALIDADE: 06/2015  
O TRÂNSITO AUTOMOTIVOPARCEIRO PLASTURCAR  
1084869758



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **002.198.913-38**

Nome da Pessoa Física: **JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **18/10/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/11/2001**

Dígito Verificador: **00**

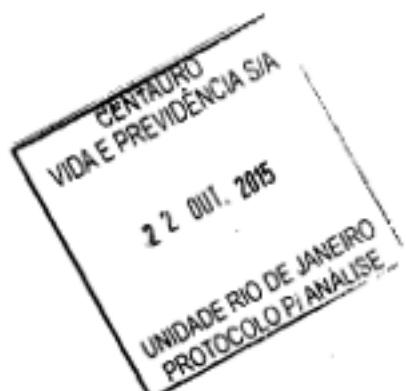
Comprovante emitido às: **08:22:31** do dia **21/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **E866.BF6B.8692.A671**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **445.172.033-87**

Nome da Pessoa Física: **LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ**

Data de Nascimento: **27/10/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/11/1999**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:23:29** do dia **21/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **EFF6.98B9.6504.616E**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







## Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 763342

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

<b>Tipo de Veículo</b> 09-Ciclotrem/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		<b>Placa</b> PML-8256/CE	
<b>Nome da Vítima</b> JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA		<b>Natureza</b> 2 - INVALIDEZ	
<b>Tipo Sinistrado</b> 3 - Motorista	<b>Data Nascimento</b> 18/10/1983	<b>Tipo de CPF</b> 0 - Possui CPF	<b>CPF da Vítima</b> 002.198.913-38
			<b>Data Ocorrência</b> 27/08/2015

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

( ) Certidão Nº 488-14992/2015 da autoridade policial sobre a ocorrência;

( ) DUT Nº \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

( ) RG e CPF do Sinistrado ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

### Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA	Vítima	VITIMA	18/10/1983	63010-485	002.198.913-38
LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ		Procurador	27/10/1973		445.172.033-87
<i>Data Procuração/U.F:</i> 02/10/2015	<i>CE</i>				

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).

Observações.:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nota:** Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

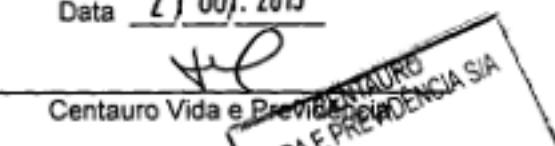
Local do Aviso \_\_\_\_\_ CE

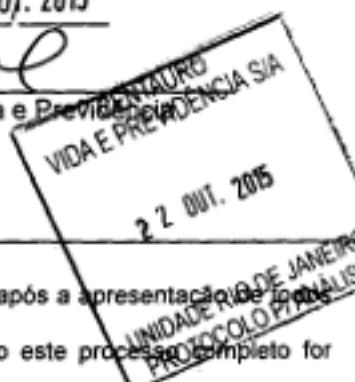
Data 21/OUT/2015

Local da Entrega QJ

Data 21 OUT. 2015

  
Beneficiário

  
Centauro Vida e Previdência S.A.



#### Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

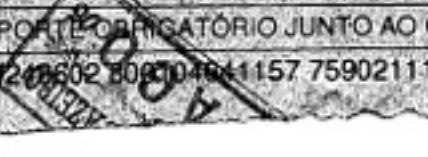
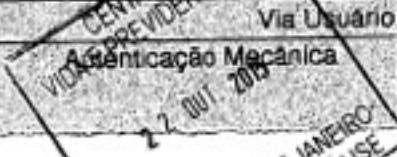
Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: [dpvat-rj@centauro-on.com.br](mailto:dpvat-rj@centauro-on.com.br)

RIO DE JANEIRO - RJ

EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS		Último Lic	Nº atendimento:	Nº documento:																	
NÚCLEO DE ARRECADAÇÃO		Data emissão:	7123595	2.50456724-8																	
			Hora:																		
		20/04/2015	14:50:59	Código placa:																	
Nome Proprietário / Solicitante: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA		CPF / CNPJ: 002.198.913-38																			
Placa: PML8256	Chassi: 9C2KD0810FR436178	Município: JUAZEIRO DO	Marca / Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD																		
Código	Descrição (Taxa / Multa)	Órgão	Nº Auto	Data Infração																	
219	PRIMEIRO EMLAC. VEIC. NOVOS (1)			Vencimento																	
				Valor (R\$)																	
				103,50																	
 <p>OBS: Exigir guia de pagamento de seguro obrigatório. Multas em Processamento e em Detetado Serão Cobradas Posteriormente</p> <p>Multas em Processamento e em Detetado Serão Cobradas Posteriormente</p>																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">RESUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAXAS</td> <td>103,50</td> </tr> <tr> <td>MULTAS</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>301 DETRAN</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>312 PPRIRENAINF</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>313 PREF</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Total a Pagar</td> <td>103,50</td> </tr> </tbody> </table>					RESUMO					TAXAS	103,50	MULTAS	0,00	301 DETRAN	0,00	312 PPRIRENAINF	0,00	313 PREF	0,00	Total a Pagar	103,50
RESUMO																					
TAXAS	103,50																				
MULTAS	0,00																				
301 DETRAN	0,00																				
312 PPRIRENAINF	0,00																				
313 PREF	0,00																				
Total a Pagar	103,50																				
Página: Extrato 1/1	Credenciado NAO	Atendente MLLOPEZ	Débito / PVA NAO	Via: Usuário																	
8665000000017 035007135664 820151230258 045672480006																					

SEGURADORA LÍDER		Exercício:	Nº documento:
SEGURADORAS LÍDER		2015	2.50456724-8
Nome Proprietário / Solicitante: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA		Data emissão:	Código placa:
		20/04/2015	1613128256-1
Placa: PML8256		Marca / Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD	Chassi: 9C2KD0810FR436178
Ano fabricação: 2015		Ano / Modelo: 2015	Renavam: 1046411575
Código seguro: 09	Prêmio líquido (R\$): 219,21	ISOF ( 0,38 % ) 0,83	Prêmio total (R\$): 220,04
Código corredor: 61562			
***** DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)			
866300000027 200409240602 800104941157 759021115069			
 <p>VIA CERTIFICADA PREVIDA 1. JUI 2015 Autenticação Mecânica</p>			
 <p>VIA CERTIFICADA PREVIDA 1. JUI 2015 Autenticação Mecânica</p>			
 <p>UNIDADE RIO DE JANEIRO PROTÓCOLO P/ANALISE</p>			

## PROCURAÇÃO PARTICULAR



**BENEFICIÁRIO/VITÍMA**

Nome: JEAN BOSCHI PESSOA DE OLIVEIRA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO.  
Profissão: MUSICO  
Identidade: 98029176590 CPF: 002.198.963-38  
Endereço: RUA DO GUERREIRO nº 1409

**PROCURADOR:**

Nome: LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: EMPRESARIO  
Identidade: 225504892 CPF: 445.172.033-87  
Endereço: RUA GERELINA MARIA DE ARAUJO nº 33

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, 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

JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA.

JUAZERO DO NORTE.  
Local e data

X Jean Boschin Pessas de Oliveira.  
Assinatura do Beneficiário/Vitima  
(reconhecer firma por autenticidade)





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

0014\*

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JEAN BOSCIN PESSOA DE OLIVEIRA,

PORTADOR(A) DO RG N° 98029176590 EXPEDIDO POR SSP / CC EM 07/04/15 E  
 CPF 002198913-38 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO MUSICO  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JEAN BOSCIN PESSOA DE OLIVEIRA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1598-9 N° da CONTA (com dígito, se existir) 39615 - X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO DO CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA INDENIZAÇÃO.

J. DO NORTE, 07 de OUTUBRO de 2015

LOCAL E DATA

Jean Boscin Pessoa de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Transferência entre contas correntes

01/10/2015 08:56:29

**Debitado**

Nome BOSCHIL COML DE PEC LTDA

Agência 1598-9

Conta corrente 12082-0

BOSCHIL COML DE PEC LTDA

**Creditado**

Agência 1598-9

Conta corrente 39615-X

JEAN B PESSOA OLIVEIRA

Usa

Nesta data

Transação efetuada com sucesso por: J2540523 JOAO BOSCO DE OLIVEIRA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouviroria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 1/992 / 2015**

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data / Hora da Comunicação: 24/09/2015 10:00:53

Data / Hora da Ocorrência : 27/08/2015 12:30:00

Endereço da Ocorrência: **R. DO CRUZEIRO COM RUA SÃO SALVADOR 1409**

**SÃO MIGUEL, JUAZEIRO DO NORTE / CE**

Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA**

Nascimento : **18/10/1983**

RG: **98829176590** Órgão Emissor: **SSP - UF: CE** - CPF: **00219891338**

Filiação: **JOÃO BOSCO DE OLIVEIRA**

**ANTÔNIA ELISA PESSOA DE OLIVEIRA**

Endereço: **R DO CRUZEIRO 1409**

**SÃO MIGUEL**

**JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL**

Telefone: **88.35121508**



*Dados da(s) Veículo(s)*

TIPO: **MOTOCICLETA** MARCA: **HONDA/NXR160 BROS ESDD**

PLACA: **PML8256** MUNICÍPIO / UF: **JUAZEIRO DO NORTE / CE**

MODELO/FABRICAÇÃO: **2015/2015** COR: **PRETA**

RENAVAM: **1646411575** CHASSI: **9C2KD0810FR436178**

SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO** PROPRIETÁRIO: **JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA**

ENVOLVIMENTO: **ENVOLVIDO**

*Histórico*

Afirmo A VITIMA, advertida das penas cometidas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e cotação falso de crime ou contravenção que NA HORA, DIA E LOCAL ACIMA INFORMADOS ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PML8256, DESCRIÇÃO ACIMA DETALHADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL ENTROU EM ALTA VELOCIDADE NA RUA QUE A VITIMA ESTAVA E AO LIVRA-SE DO VEÍCULO ACELEROU A MOTOCICLETA E COLIDIU NO PORTÃO DA SUA CASA, CAINDO AO CHÃO; QUE O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL EVADIU-SE DO LOCAL, POR ESTE MOTIVO A VITIMA NADA SABE INFORMAR A RESPEITO DO MESMO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR SUA MÉDICO EVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI, JUAZEIRO DO NORTE/CE; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE A VITIMA SOFREU FRATURA NA MÃO ESQUERDA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE A VITIMA/CONDUTOR É PORTADOR DE CNH N° 02524608421. Nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

27/08/2015  
**UNIDADE RIO DE JANEIRO  
 PROTOCOLO PIANAUSÉ**

*X Jean Bosclin Pessoa de Oliveira*

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

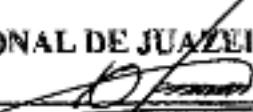
*Assinatura*  
 Pág. 1 de 2  
 Impresso em: 24/08/2015 10:23



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

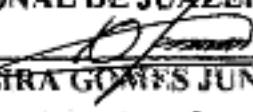
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 14992 / 2015**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: **

**VALMIR PEREIRA GÓMES JUNIOR - MAT.: 405149-1-0**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Luis Tenório de Oliveira***

**VISTO DO DELEGADO(A): **

**LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4**



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 98029176590 e inscrito no CPF/MF sob o nº 002.198.913-38, residente e domiciliado na RUA DO CRUZEIRO, N° 1409, SÃO MIGUEL, Cidade J. DO NORTE, Estado CEARA, 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:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Jean Bosclin Pessoa de Oliveira.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

J. DO NORTE - CE 07/10/2015

Local e data





# Ato Declaratório

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI



## BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Prontuário: 30568

Registro: 18863

Data/Hora: 27/08/2015 14:18

Paciente: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

Mãe: ANTONIA ELISA PESSOA DE OLIVEIRA

Nasc: 18/10/1983

RG: 572405

CPF: 002.198.913-38 Sexo: Masculino

Idade: 31 anos, 11 meses e

Endereço: RUA DO CRUZEIRO

Nº 1409

Bairro: SÃO MIGUEL

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

UF: CE

Convênio: UNIMED

Carteira: 01070020039411000

Fone: 8899580955 - 8835121508

Atendente: FATIMABESERRA

Médico Responsável: 9048 WAYDSON BÁSILIO DÓS SANTOS

Tipo de Atendimento: 1ª CONSULTA

MOTIVO DO ATENDIMENTO (Queixas, exames clínicos):

Poligofia Vertebral x ocoxite x  
toracal (SIC), queixas de dor  
lombar x m

Exame Solicitados:

1/nt x m

Diagnóstico:

Fibrom.

Medicação:

A/NE

Procedimento:

1/ Curva gesso x

( ) Agudo ( ) Crônico ( ) Tempo de Doença \_\_\_\_\_ ( ) Dias ( ) Meses ( ) Anos

Previsão de Alta: \_\_\_\_\_

Hora:

Curado ( )

Melhorado ( )

Trat. Ambulatorial ( )

Indisciplina ( )

Transferido ( )

Óbito: \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

Data:



Paciente/Responsável

Médico Solicitante



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA,

RG nº 98029176590, data de expedição 07/04/15, Órgão SSP/ce,

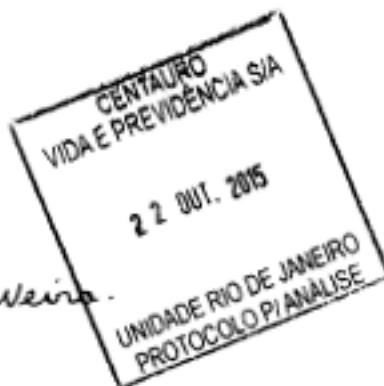
CPF nº 002.198.918-38, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DO CRUZEIRO</u>
Número	<u>1409</u>
Apto / Complemento	<u>— 11 —</u>
Bairro	<u>SAO MIGUEL</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63010485</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9938-5995 / 9246-0373</u>
E-mail	<u>ICLAUDIOQUEIROZ@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J.DONORTE 07 / 10 / 2015

Assinatura do Declarante: X Jean Bosclin Pessoa de Oliveira



SP-00-CLIENTE  
**4437152-7**

VENCIENDO	25/08/2015	TIQUILA A PAGAR (RS)	154,09
<b>DETALLE DE VENCIMIENTOS</b>			
Bebida	63,45		
Fraccionado	50,00		
Distribuidor	30,00		
Unidades Sello Lata	10,00		
Tributos (10% PIS/CFI/ME)	4,95		
Total	154,09		
<b>DETALLE DE CONSUMOS</b>			
225			
197			
174			
204			
206			
226			
185			
272			
261			
232			
245			
269			
249			

45-34 2.00 6

#### Informações importantes e avisos de manutenção

ENTALUM  
GEN

A DIREÇÃO NACIONAL E DIRETORIAS DAS POLÍCIAS TECNOCRATICAS

Bandeira Tarifária: VERMELHA  
Consta desta fatura R\$ 6,92 referente a PIS e COFINS.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia eletrica desta unidade consumidora vencidas ate 31/12/2014, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaracao substitui as quitacoes anteriores.

A rectangular stamp with a double-line border. The text 'CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO' is at the top, followed by 'CENTAURÔ VIDA E PREVIDÊNCIA S/A' in the center, and '22 OUT. 2015' at the bottom. The stamp is slightly tilted.

6389919-1

Av. Henrique Dubois, 29  
CEP 37567-200 - Juiz de Fora - MG  
Atendida Social de Energia Elétrica Fisiognomia  
preço unitário R\$ 0,400, de 29 de junho de 2010.

Componente da mensalidade  
0015-

## NOTA DE FERIADA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B1) SÉRIE 8-11

Nota 19 13010 03 016400 - 6 Data de Emissão 27/07/2015

Nome LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ

End. Postal RUA GERCINA MARIA DE ARAUJO 80033  
CIROLANDIA - BARBALHA - 63180000

Medidor 9468871 Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 445172033-87 CEP

Nome do Responsável

## DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Mês de Referência Data de Apresentação Previsão Período Letras

Jul/2015 27/07/2015 26/06/2015

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

154,78 27,83 41,76 DIC 5,19 18,38 26,77 8,38 8,38 8,38

ÁREA RESERVADA (ACO) CONTROLE E FISCALIZAÇÃO

290.295.291.295.299.298.293.787 DMIC 2,94 8,38

## DETALHAMENTO DE VARIABILIDADES DE CONSUMO

Mês de Referência Data de Apresentação Previsão Período Letras

Jul/2015 27/07/2015 26/06/2015

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

219 8,86 219 8,86

Consumo (kWh) Aliquota Valor do Imposto

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150904746      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEAN BOSCLIN PESSOA DE      **Data do acidente:** 27/08/2015      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
OLIVEIRA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/10/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NA MÃO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA (BAM INCONCLUSIVO)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**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

## PRESTADOR

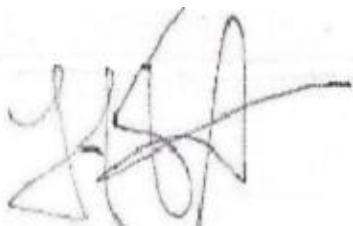
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150904746      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEAN BOSCLIN PESSOA DE      **Data do acidente:** 27/08/2015      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
OLIVEIRA

## PARECER

**Diagnóstico:** fratura de quinto metacarpo a esquerda

**Descrição do exame** deformidade em articulação metacarpo-falangeana  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** tratado conservadoramente, com imobilização e fisioterapia

**Sequelas permanentes:** limitação grave de articulação metacarpofalangeana.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/11/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** James Rocha Tavares

**CRM do médico:** 11218

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
<b>Total</b>			<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

