



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, 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, 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 início 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 nº: 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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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?
(X) 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?
(X) 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 susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) 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 (*).
- | | |
|---|--|
| <p>() “Vítima em tratamento”
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> <p>() “Exame não permite conclusão”
Vide motivo do impedimento no campo das observações</p> | <p>() “Sem sequela permanente”
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
5º Dedo da Mão - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- 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) 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: 000000039615-X

Nr. da Autenticação 302844A213B7E87E

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

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 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 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 LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ, portador(a) do

RG nº 22.550.4898, 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

BOSCHIN PESSOA DE OLIVEIRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima JEAN BOSCHIN 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 CLAUDIO DE QUEIROZ
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA
22/08/13

76 3342



0006



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):

Possível fratura da articulação da
 mão (SIC), apresentando
 dor e inchaço

Exame Solicitados:

RX de mão

Diagnostico:

Fratura

Medicação:

AINE

Procedimento:

Alcinagem

() Agudo () Crônico () Tempo de Doença ____ () Dias () Meses () Anos

Previsão de Alta: ____/____/____

Curado ()

Trat. Ambulatorial ()

Melhorado ()

Indisciplina

Dr. Waydson Basilio dos Santos
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM - CE 9048

Transferido ()

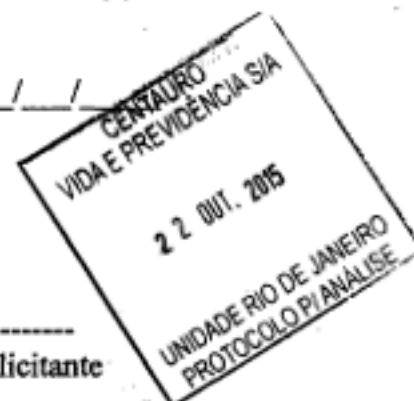
Óbito: ____

Causa: ____

Data: ____/____/____

Paciente/Responsável

Médico Solicitante



Nº 488-14992/2015



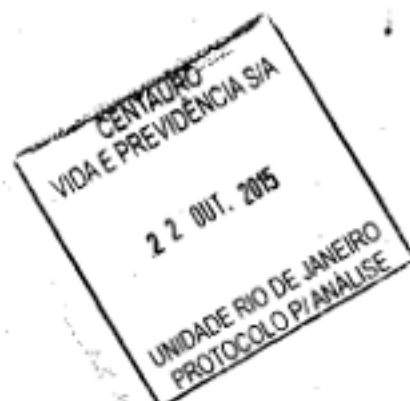
**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

A todo que o paciente,
marchando via a est.
xite se transe L1 tra-
huo de E, encon-
br-se de alta setenta-
va.

24.09.2015

Dr. Wajson Bastião dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 59064

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





**HOSPITAL DAS
CLINICAS
E FRATURAS DO CARIRI**

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

NOME DO CLIENTE:

JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

**EXAME
SOLICITADO:**

RAIOS-X DA MAO E

**DATA
10/09/2015**

**IDADE
31 ANOS**

MEDICO:

WAYDSON

CRM: 9048/CE

CONVÊNIO

UNIMED

Fratura do 5º metacarpiano

DR. EDUARDO LOPES
CRM 721 - CPF 031.610.203-72

[Assinatura]
DR. EDUARDO LOPES
CRM: 721



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

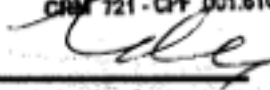
LAUDO RADIOLOGICO

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

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

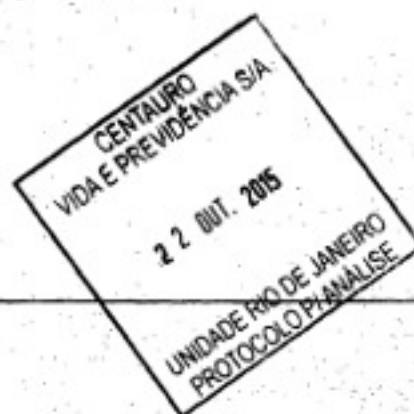
NOME DO CLIENTE:	JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA		
SOLICITACAO DE EXAME	RX: MÃO E	IDADE:	31 ANOS
MÉDICO SOLICITANTE:	DR. WAYDSON	CRM:	9048
CONVÊNIO:	UNIMED	DATA:	27/08/2015

LAUDO RADIOLÓGICO

*Fratura do 5º meta-
carpiano*

DR. EDUARDO LOPES
CRM 721 - CPF 001.610.203-72


DR. EDUARDO LOPES
CARDIOLOGISTA E RADIOLOGISTA
CRM 721







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

JOAO BOSQUE PESSOA DE OLIVEIRA



DIGITADOR / OBSERVAÇÃO

98029176590 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO

002.198.913-38 18/10/1983

RENOME

JOAO BOSQUE DE OLIVEIRA

ANTONIA ELISA PESSOA DE OLIVEIRA

PERMISSO ACC CATEG

Nº FISCAL VALOR D/E EMISSAO

024180001 3.740,00 14/08/2002

Observação

SEM OBSERVAÇÃO;

João Bosque Pessoa de Oliveira

LOCAL DATA EMISSAO

JUAREZINO DO NORTE, CE 07/04/2015

Assinatura

33051864314

CE146390580

1084869758

PARSONS PLASTURGIAN
1084869758

CENTAURO
 VIDA E PREVIDENCIA S/A
 22 OUT. 2015
 UNIDADE RIO DE JANEIRO
 PROTOCOLO P/ANALISE



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**

Digito 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.

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

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





VALORES EM TÍTULOS
E TÍTULOS NACIONAIS

819332609

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

LOIS CLAUDIO DE QUEIROZ



DOCUMENTO - ORG. NÚMERO W		
223504892	SEP	
CE		
CP	445.172.033-87	
DATA NASCIMENTO		
27/10/1973		
FILIAÇÃO		
ANTONIO JOSE QUEIROZ		
FILHO		
MARIA MENI SIFRIANO DE		
QUEIROZ		
PROFISSÃO	AC.	CEMIL
PROFISSIONAL	PROFISSIONAL	AD
Nº IDENTIFIC.	05570175644	VALIDADE
03/02/2013	1ª EMISSÃO	14/02/2012

OBSERVAÇÃO:

SEM OBSERVAÇÃO;

Loís Claudio de Queiroz

LOCAL	
FORTALEZA, CE	
DATA EMISSÃO	
16/08/2013	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	
00439156758	
CE136935389	

PRIMEIRO PLASTIFICADO

819332609

CENTRAL DE
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
22.001.2015
UNIDADE RUI DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANÁLISE



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**

Digito 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.

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:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa PML-8256/CE	
Nome da Vítima JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 18/10/1983	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 002.198.913-38
		Data Ocorrência 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	
Data Procuração/UF: 02/10/2015 CE					

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 _____ 21

Data 21 OUT. 2015

Beneficiário

Centaurio Vida e Previdência

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 Líder, 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

RIO DE JANEIRO - RJ



 EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS		Último Lic.	Nº atendimento:	Nº documento:
			7123595	2.50456724-8
		Data emissão:	Hora:	Código placa:
		20/04/2015	14:50:59	1613128256-1
Nome Proprietário / Solicitante:			CPF / CNPJ:	
JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA			002.198.913-38	
Placa:	Chassi:	Município:	Marca / Modelo:	
PML8256	9C2KD0810FR436178	JUAZEIRO DO	HONDA/NXR160 BROS ESDD	
Código	Descrição (Taxa / Multa)	Orgão	Nº Auto	Data Infração
219	PRIMEIRO EMPLAC. VEIC. NOVOS (1)			
				Valor (R\$)
				103,50
OBS:				
Exigir guia de pagamento de seguro obrigatório.				
Multas em Processamento e em Defesa Prévia Serão Cobradas Posteriormente				
Multas em Processamento e em Defesa Prévia Serão Cobradas Posteriormente				
Página Extrato	Credenciado	Atendente	Débito PVA	RESUMO
1/1	NAO	MLLOPEZ	NAO	TAXAS 103,50
				MULTAS 0,00
				301 DETRAN 0,00
				312 PRF/RENAINF 0,00
				313 PRF 0,00
				Total a Pagar 103,50
866500000017 035007135664 820151230258 045672480006				
Via Usuário				

 SEGURO OBRIGATORIO DPVAT		Exercício:	Nº documento:
		2015	2.50456724-8
		Data emissão:	Código placa:
		20/04/2015	1613128256-1
		Hora:	Código taxa:
		14:50:59	219
Nome Proprietário / Solicitante:			CPF / CNPJ:
JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA			002.198.913-38
Placa:	Marca / Modelo:	Chassi:	
PML8256	HONDA/NXR160 BROS ESDD	9C2KD0810FR436178	
Ano fabricação:	Ano / Modelo:	Renavam:	
2015	2015	1046411575	
Código seguro:	Prêmio líquido (R\$)	Prêmio total (R\$)	Código corretor:
09	219,21	220,04	
***** DOCUMENTO DE POSTE OBRIGATORIO JUNTO AO CRLV (DUAL)			
866300000027 200409248602 808104041157 759021115069			
Via Usuário			

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO PI ANALISE

PROCURAÇÃO PARTICULAR



BENEFICIÁRIO/VITÍMA

Nome: JEAN BOSCHIN PESSOA DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: MUSICO
Identidade: 98029176590 CPF: 002.198.913.38
Endereço: RUA DO CRUZEIRO Nº 1409

PROCURADOR:

Nome: LUIZ CLAUDIO DE QUEIROZ
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: EMPRESARIO
Identidade: 225504892 CPF: 445.172.033.87
Endereço: RUA GARCIA 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 BOSCHIN PESSOA DE OLIVEIRA

JUAZERO DO NORTE. 02/10/2015
Local e data

X Jean Boschín Pessoa de Oliveira
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT



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 BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 98029176590 EXPEDIDO POR SSP/CC EM 07/04/15 E

CPF 002198913-38 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO MUSICO

E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JEAN BOSCLIN 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 Lotéticas 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), 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.

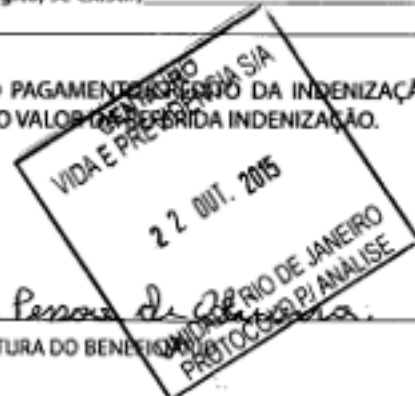
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1598-9 Nº 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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



J. DONORTE, 07 de OUTUBRO de 2015

LOCAL E DATA

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 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

Usar Nesta data

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria 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 Nº 488 - 11992 / 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 do(s) Veículo(s)

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/NXR160 BROS ESDD
PLACA: PML8256 MUNICIPIO / 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

Afirma A VÍTIMA, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa 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 VÍTIMA ESTAVA E AO LIVRA-SE DO VEÍCULO ACCELEROU 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 VÍTIMA NADA SABE INFORMAR A RESPEITO DO MESMO, QUE A A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR SUA FAMILIA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI, JUAZEIRO DO NORTE/CE; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU FRATURA NA MÃO ESQUERDA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE A VÍTIMA/CONDUTOR É PORTADOR DE CNH Nº 02524508421. Nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANÁLISE

X *Jeane Bosclin Pessoa de Oliveira*

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 2

Impresso em: 24/09/2015 10:13



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 14992 / 2015

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

VALMIR PEREIRA GOMES JUNIOR - MAT.: 405149-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: L. Tealê Barcelina Pessoa de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A): _____

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JEAN BOSCIAN 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 Boscian 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
 Nas: 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):

Por acidente de trânsito (SIC) com fratura de fêmur e tibia.

Exame Solicitados:

Alm e us

Diagnostico:

Fratura

Medicação:

A/NE

Procedimento:

Alcuvagesso

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

Previsão de Alta: / /

Curado ()

Trat. Ambulatorial ()

Óbito: _____

Melhorado ()

Indisciplina

Causa: _____

Hora: _____

Transferido ()

Data: _____

Dr. Waydson Basilio dos Santos
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM - CE 9048



Paciente/Responsável

Médico Solicitante



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JEAN BOSCHIN 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>lclaudioqueiroz@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. DO NORTE 07/10/2015

Assinatura do Declarante: X Jean Boschin Pessoa de Oliveira



4437152-7

CNPJ: 13.13000/05-512000-4		Data de Emissão: 18/04/2015	
Nome: ANTONIA ELISA PESSOA DE OLIVEIRA			
Endereço: RU DO CRUZEIRO 01409			
SAO MIGUEL - JUAZEIRO DO NORTE - 63010485			
CPF: 23026203		PIS/PASEP: 0000 0000	
Tipo: 01-RESIDENCIAL MONOFAMILIAR		Valor Declarado: 0,00	
Data de Cadastro: 434065213-04		CNP	

[illegible]

VENGIMENTO	25/08/2015	TOTAL A PAGAR (R\$)	154,09
------------	------------	---------------------	--------

[illegible]

85.14	0.00	
-------	------	--

Informações importantes e avisos de vacinantes

A CIBELDE AGNOSCE E PARABENIZA PELA SUSTENTABILIDADE NOS SEUS DOCUMENTOS

Consta desta fatura RM 6,92 referente a PIS e COFINS.

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

CENTAUR
VIDA E PREVIDENCIA S/A
22 OUT. 2015
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANALISE

6389919-1

Este é o 1º de 3 documentos gerados no sistema de faturamento da Companhia de Energia Elétrica do Rio de Janeiro (CERJ) para o cliente.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 15.478, de 25 de abril de 2015.



0015

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO RIO DE JANEIRO

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

Nome LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ

End. Post. RU GERCINA MARIA DE ARAUJO 00033
CIROLANDIA - BARBALHA - 63180000

Medidor 9488871

Porte 0000 0000

Classif. 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Valor de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 445172833-87

CST

Nome do Responsável

DADOS DE FATURAMENTO

Mês de Referência	Data de Apresentação	Período de Faturamento
Jul/2015	27/07/2015	26/06/2015

ÍNDICE DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO

Índice	Valor
Índice de Qualidade de Forneecimento (IQF)	46,90

DADOS DE FATURAMENTO

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
154,70	17,88%	41,76

DADOS DE FATURAMENTO

Período de Referência	Valor
Período de Referência	41,76

ÁREA RESERVADA AO CONTRIBUÍVEL

290,235,201,216,229,206,250,187

DADOS DE FATURAMENTO

Período de Referência	Valor
Período de Referência	41,76

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Sal. Atual	Sal. Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
21153	22934	1,86	219	8,80	219	8,80	219	8,80	219

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 154,70

MULTA MORATORIA REF 06/2015 3,51

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 18,60

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 17,98)

VENCIMENTO 03/08/2015

TOTAL PAGAR (R\$) 176,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor
Energia	77,45
Perda (15%)	11,62
Distribuição	27,95
Encargos Setoriais	3,34
Tributos (ITIB PIS/COFINS)	31,11
TOTAL	154,70

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)
Jul	219
Jun	254
Maio	242
Abr	253
Mar	266
Fev	290
Jan	248
Dez	283
Nov	316
Out	332
Sep	0
Ago	0

CONSUMO CONVIGENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg)

Consumo Convigente	Emissão de CO ₂
94,65	0,80

informações

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente, notamos que sua conta de energia elétrica está em atraso. Para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica, solicitamos que você pague o valor devido o mais rápido possível. Caso não seja efetuado o pagamento, a Companhia de Energia Elétrica do Rio de Janeiro poderá suspender o fornecimento de energia elétrica por 15 dias, sem prejuízo das sanções previstas na Lei nº 15.478, de 25 de abril de 2015, e no Regulamento de Serviço ao Cliente (RSC) da Companhia de Energia Elétrica do Rio de Janeiro.

DEBITOS ANTERIORES
Res. Ant. 06/2015
Total

VIDA EXPERIÊNCIA SIA

22 OUT. 2015

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANALISE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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

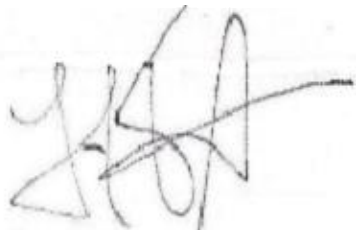
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

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 OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/08/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de quinto metacarpo a esquerda

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

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
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

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:

