Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta n°: 11219135

A/C: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170348089 ASL-0238967/17**
Vitima:	**JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA**
Data Acidente:	**24/09/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ**

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Investprev Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta n°: 11219243

A/C: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170348089 ASL-0238967/17**
Vitima:	**JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA**
Data Acidente:	**24/09/2015**
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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 Investprev Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2017

Carta n°: 11290691

A/C: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170348089 ASL-0238967/17**
Vitima:	**JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA**
Data Acidente:	**24/09/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ**

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Investprev Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2017

Carta n°: 11362394

A/C: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

Sinistro:	**3170348089 ASL-0238967/17**
Vítima:	**JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA**
Data Acidente:	**24/09/2015**
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.seguradoralider.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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2017

Carta n°: 11483415

A/C: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

Sinistro:	**3170348089 ASL-0238967/17**
Vítima:	**JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA**
Data Acidente:	**24/09/2015**
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.seguradoralider.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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta n°: 11654487

A/C: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

Sinistro:	**3170348089 ASL-0238967/17**
Vitima:	**JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA**
Data Acidente:	**24/09/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA**
Valor: **R$ 7.087,50**
Banco: **001**
Agência: **000001598-9**
Conta: **0000041996-6**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**7.087,50**

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R$	**7.087,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora **LÍDER**
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENI AT

Autorização de pagamento
-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 Bosclin Pessoa de Oliveira
PORTADOR(A) DO RG Nº 9802917659 0 EXPEDIDO POR SSP / CE EM 07/04/15 E
CPF 00219891338 /CNPJ ___-___-___, PROFISSÃO MUSICO
E RENDA MENSAL DE R$ 600,00 (*) 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 benefiário/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/beneficários.**

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) 41996-6

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/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. do Norte - CE 19 de Maio de 2017
LOCAL E DATA

X Jean Bosclin Pessoa de Oliveira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

INVESTPREV
22 JUN 2017

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 a 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.

Extrato de Conta Corrente Sair

Mês referência: Maio / 2017

Agência: 1598-9
Conta: 41996-6

Dia	Histórico	Valor
26	Saldo Anterior	[illegible] ⊕
8	Transferência on line 08/05 0640 5369-4 GLAUCIA JANIEI	[illegible] ⊕
19	S A L D O	[illegible] ⊕

Informações adicionais

INVESTPREV
22 JUN 2017
R$ 0,00

Juros

Data do Débito no Juros 01/06/2017

Extrato de Conta Corrente Sair

Mês referência: Maio / 2017

Agência: 1598-9
Conta: 41996-6

Dia	Histórico	Valor
26	Saldo Anterior	0,00 ⊕
8	Transferência on line 08/05 0640 5369-4 GLAUCIA JANIEI	20,00 ⊕
19	S A L D O	20,00 ⊕

Informações adicionais

JUROS R$ 0,00

Taxa de Débito de Juros 01/06/2017

Seguradora **LÍDER**
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEN... ...VAT

Autorização de pagamento
"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 Bosclin Pessoa de Oliveira,
PORTADOR(A) DO RG Nº 9802917659 0 EXPEDIDO POR SSP CE EM 07/04/15 E
CPF 00219891338 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO MUSICO
E RENDA MENSAL DE R$ 600,00 (*) 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 da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/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/beneficários.**

INVESTPREV SEGURADORA S/A
03 JUL. 2017
ENTRADA

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) 41996-6

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/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. do Norte-CE 19 de Maio de 2017 — LOCAL E DATA

X Jean Bosclin 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO POR SISTEMA

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 980291765 90 EXPEDIDO POR SSP CE EM 07/04/15 E

CPF 002 598 913-38 /CNPJ ___-___-___, PROFISSÃO MUSICO

E RENDA MENSAL DE R$ 600,00 (*) 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 (Microempresa) 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 benefiário/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/beneficários.**

INVESTIREV SEGURADORA S/A 18 JUL. 2017 ENTRADA

Atila Braun Analista DPVAT

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) 41996-6

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/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. do Norte-CE 19 de maio de 2017
LOCAL E DATA

x Jean Bosclin 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
18 JUL. 2017
ENTRADA

Extrato de Conta Corrente Sair

Mês referência: Maio / 2017

Agência: 1598-9
Conta: 41996-6

Dia	Histórico	Valor
26	Saldo Anterior	0,00
8	Transferência on line 08/05 0640 5369-4 GLAUCIA JANIEI	20,00
19	S A L D O	20,00

Informações adicionais

Juros	R$ 0,00
Data de Debito de Juros	01/06/2017

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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): R do Cruzeiro, 1409

Sao Miguel Barbalha CE CEP: 63180-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 98029176590

Data local do exame: [02/09/2017] 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)

LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO OMBRO DIREITO (LESÃO DE BANKART)
DIMINUIÇÃO IMPORTANTE DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, ATROFIA MUSCULAR, HIPOTONIA MUSCULAR IMPORTANTE, PERDA DA FUNÇÃO DO MSD.

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.

EVOLUIU COM SINAIS DE ALTERAÇÃO MORFOLÓGICA DA CAVIDADE GLENOIDAL, COM PERDA DE SUA MORFOLOGIA CARACTERÍSTICA, SUBLUXAÇÃO INFERIOR DA CABEÇA UMERAL, OSTEOARTRITE ACRÔMIO-CLAVICULAR, TENDINOSE DO SUBESCAPULAR, FOCO DE ENOSTOSE ÓSSEA EM ESCÁPULA, TENDINOPATIA DO SUPRAESPINHOSO,LESÃO LABRAL QUE PODE CORRESPONDER A RUPTURA, DIMINUIÇÃO IMPORTANTE DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, ATROFIA MUSCULAR, HIPOTONIA MUSCULAR IMPORTANTE, PERDA DA FUNÇÃO DO MSD.
Data da alta: AGOSTO DE 2016
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTROSCOPIA E FISIOTERAPIA.
Complicações: SINAIS DE ALTERAÇÃO MORFOLÓGICA DA CAVIDADE GLENOIDAL, COM PERDA DE SUA MORFOLOGIA CARACTERÍSTICA, SUBLUXAÇÃO INFERIOR DA CABEÇA UMERAL, OSTEOARTRITE ACRÔMIO-CLAVICULAR, TENDINOSE DO SUBESCAPULAR, FOCO DE ENOSTOSE ÓSSEA EM ESCÁPULA, TENDINOPATIA DO SUPRAESPINHOSO,LESÃO LABRAL QUE PODE CORRESPONDER A RUPTURA

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.

APRESENTA SEQUELA FUNCIONAL DIMINUIÇÃO IMPORTANTE DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, ATROFIA MUSCULAR, HIPOTONIA MUSCULAR IMPORTANTE, PERDA DA FUNÇÃO DO MSD.

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, §1° do art. 3° 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio **(X) 75% intensa** ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 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.

RESSONÂNCIA EVIDENCIOU SINAIS DE ALTERAÇÃO MORFOLÓGICA DA CAVIDADE GLENOIDAL, COM PERDA DE SUA MORFOLOGIA CARACTERÍSTICA, SUBLUXAÇÃO INFERIOR DA CABEÇA UMERAL, OSTEOARTRITE ACRÔMIO-CLAVICULAR, TENDINOSE DO SUBESCAPULAR, FOCO DE ENOSTOSE ÓSSEA EM ESCÁPULA, TENDINOPATIA DO SUPRAESPINHOSO,LESÃO LABRAL QUE PODE CORRESPONDER A RUPTURA

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

Dr. Joaquim Freitas Diogo
CPF - 549.070.043-20
CRM/CE - 8133

CAT-

Boletim de Ocorrência
-0001-

FLS.

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 - 461 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/01/2017 12:05:53**
Data / Hora da Ocorrência: **24/09/2015 07:48:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA SÃO FRANCISCO**
Complemento: **EM FRENTE À FJN**
Bairro: **SÃO MIGUEL** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PROX. À FJN**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **18/10/1983** CPF: **002.198.913-38**
RG: **98029176590** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ANTÔNIA ELISA PESSOA DE OLIVEIRA**
JOÃO BOSCO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA DO CRUZEIRO, 1409**
Bairro: **SÃO MIGUEL**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 3512-1508**

INVESTPREV
22 JUN 2017
CEP

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PML8256** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD0810FR436178** Renavam: **1046411575** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma O NOTICIANTE, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denunciação caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA HORA, DIA E LOCAL ACIMA INFORMADOS CONDUZIA A MOTO ACIMA IDENTIFICADA, SOZINHO SEM NENHUM PASSAGEIRO, QUANDO EM DETERMINADO MOMENTO PAROU EM UMA FAIXA DE PEDESTRES E FOI COLHIDO PELA TRASEIRO POR UM VEÍCULO FIAT UNO NÃO ESPECIFICADO, QUE O OUTRO CONDUTOR SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO À VÍTIMA; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE O DECLARANTE PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU AO SOLO, QUE SOFREU SOFREU FRATURA NO OMBRO DIREITO EM RAZÃO DA QUEDA. QUE A VITIMA JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA FORA SOCORRIDA PELA SUA IRMÃ: ELAINE CHRISTIANE PESSOA DE OLIVEIRA, TENDO ESTA CHEGADO AO LOCAL POSTERIORMENTE; QUE FOI LEVADO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI ONDE TEVE OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO À CIRÚRGIA; QUE O NOTICIANTE/CONDUTOR É PORTADOR DE CNH Nº 1084869758. QUE APRESENTA CÓPIAS DOS SEGUINTES DOCUMENTOS: CNH, CRLV, FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DO HCFC DE Nº 20297. QUE FOI CIENTIFICADO NESTE MOMENTO QUE TODA E QUALQUER INFORMAÇÃO PRESTADA NA LAVRATURA DESTE BOLETIM É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE SOB PENA DE RESPONDER CRIMINALMENTE POR PRESTAÇÃO DE FALSAS INFORMAÇÕES. Nada mais

X Jean Bosclin Pessoa de Oliveira.

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 461 / 2017

disse, nem lhe foi perguntado.//////////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
ANDERSON MARTINS DE LACERDA - MAT.: 300625-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Jean Boschin Pessoa de Oliveira.

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
FRANCISCA SUERDA BEZERRA ULISSES - MAT.: 198424-1-X

INVESTPREV
22 JUN 2017
ENTRADA

Certidão de Inexistência de IML
-0004-

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jean Borslim pessoa de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 9802917659 0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 002.198.913-38, residente e domiciliado na Rua do cruzeiro Nº 1409. São miguel, Cidade J. do Norte, Estado ceará, 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

(X) 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 Borslim Pessoa de Oliveira.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

J. do Norte - ce 19/05/2017

Local e data

INVESTPREV
22 JUN 2017
ENTRADA

Comprovação de ato declaratório
"0005"

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Prontuário: 30568 **Registro:** 20297 **Data/Hora:** 24/09/2015 07:48
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: 33 anos, 2 meses e
Endereço: RUA DO CRUZEIRO **Nº** 1409 **Bairro:** SÃO MIGUEL
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE **UF:** CE
Convênio: UNIMED **Carteira:** 01070020039411000
Fone: 88996749657 - 8835121508
Profissão: MÚSICOS **Atendente:** JOSEPEDRO
Médico Responsável: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS
Tipo de Atendimento: 1ª CONSULTA

MOTIVO DO ATENDIMENTO (Queixas, exames clínicos) :
Paciente vem c alta de trauma (SIC), c lesão de ombro

Exame Solicitados: 1/ RX do ombro

Diagnostico: Luxação + rep

Medicação: A INC

Procedimento:

VESTPREV
22 JUN 2017
ADA

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

Previsão de Alta: __/__/____ Hora:
Curado ( ) Melhorado ( ) Transferido ( )
Trat. Ambulatorial ( ) Indisciplina ( )

Óbito:_____ Causa:_____ Data:__/__/____

VESTPREV
22 JUN 2017
ADA

Jean Bosclin Pessoa de Oliveira
Paciente/Responsável

Médico Solicitante

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: 11/09/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 7.087,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 01598-9
CONTA: 000000041996-6

Nr. da Autenticação C23C7ACAE6DA3975

Comprovante de residência
-0015-

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jean Boschin pessoa de Oliveira,

RG nº 9802.9176590, data de expedição 07/04/15, Órgão SSP/CE,

CPF nº 002.198.913-38, 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)	Rua do cruzeiro
Número	1409
Apto / Complemento	—
Bairro	São Miguel
Cidade	Juazeiro do Norte
Estado	Ceará
CEP	63180-000
Telefone de Contato	(88) 9 9938-5995 / 992460373
E-mail	lclaudioqueiroz@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE. 19/05/2017

Assinatura do Declarante: X Jean Boschin Pessoa de Oliveira.

INVESTPREV
22 JUN 2017
ADA

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades

0014563762

JOÃO BOSCO DE OLIVEIRA ME

RU DO CRUZEIRO, 1109, SÃO MIGUEL

CRUZEIRO

021 019 00 00 0000

001 000 000 000

AGUA A00F409109 2792 2521 26 27

01 12 2016 01 12 2016

11 2016

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AGUA 109 01
ESGOTO

OUT	15	21	19

PIS	1,79	VALOR DO SERVIÇO	172,00
COFINS	8,21	VALOR DO SALDO DEVEDOR	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	172,00

12/2016	05/01/2017	178,06

Cagece — MOBILETI — 155

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

Maiores informações pelo telefone: , nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1910, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará:

INVESTPREV
22 JUN 2017
ADA

6389919-1

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 190
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047251/0001-70 | CGF 03 105.848-3

Comprovante de residência

"0015"

CONTA DE ENERGIA ELETRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 467403731

Rota 19 13010 03 016400 - 6 — Data de Emissão 23/02/2017

Nome LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ

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

Medidor 9408071 — Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO — Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 445172033-87 — CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próximo Leitura
Fev/2017	23/02/2017	28/03/2017

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

[illegible]

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja o legendo no verso deste aviso.

Conjunto [illegible]

Mês [illegible] — Período de Medição [illegible] — Apuração Mensal [illegible]

	Período de Medição			Apuração Mensal		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,19	13,89	20,77	0,00	3,03	4,20
FIC	3,93	6,68	13,30	0,00	3,03	3,03
DMIC	2,94			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Insl.	Const. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
[illegible]	[illegible]	1,00	13	0,00	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias	Valor (R$)
[illegible]	26.01.17	[illegible]	30	15,22

DESCRIÇÃO	Valor (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	15,22
MULTA MORATORIA REF 01/2017	1,83
JUROS DO MES	0,24
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-17,29

06.03.2017

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
TOTAL	15,22

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

95	18	128	48	163	55	211	52	121	4	158	44	140

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh)

Compensa cuja emissão pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Conscientização Ecológica (CO_2)
12,97	0,00	

[illegible]

[illegible]

Nº do Cliente 6389919-1 — Referência Fev/2017

Data do Emissão 23/02/2017 — Total a Pagar (R$) 0,00

Nº da Nota Fiscal 467403731 — Nº do Controle 0006389919 00029 39342 94

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mini mo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na proxima fatura mensal sem qualquer incidencia de multas ou encargos.

INVESTPREV
23 JUN 2017
ENTRADA

Declaração Circular SUSEP 445/12
-0030-

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

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[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 225504898, expedido por SSP / CE, em 03 / 02 / 17, CPF/CNPJ nº 445.172.033-87, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jean Bordin pessoa de O. do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Jean Bordin 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

INVESTPREV
22 JUN 2017
ENTRADA

Declaração do proprietário do veículo
-0031-

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA,
RG nº 9802917659 0, data de expedição 07/04/15,
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 002.198.913-38, com domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA DO CRUZEIRO, SÃO MIGUEL, nº 1409,
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 JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA, cujo o condutor era JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESDD
Ano: 2015
Placa: PML 8256
Chassi: 9C2KD0810FR436178
Data do Acidente: 24-09-2015
Local e Data: Juazeiro do Norte-Ce 27/04/2017

X Jean Boslin Pessoa de Oliveira.
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

X Jean Boslin Pessoa de Oliveira
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA. DOU FÉ. Juazeiro do Norte-Ceará, 27/04/2017.
Paulo de Tarso Gondim Machado
[EM 2,58][FÉ:0 17][SE.1,0][FA:0,13][FR:0,13]

Maria Marlene Esposito Machado
Fones (88) 3511-2042 / 3511-2313
CPF 002.[illegible]
Rua Francisco Nº [illegible] Juazeiro do Norte - CE
WCE063.942 RECONHECIMENTO DE FIRMA

INVESTPREV
22 JUN 2017
ENTRADA

Clemir Arrais

Documentação médico Hospitalar
-0006-

PACIENTE: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

EXAME: RM DO OMBRO DIREITO

DATA DO EXAME: 19/04/2016
CODIGO: 112410
DATA DE NASC.: 18/10/1983

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

RELATÓRIO

TÉCNICA:

Exame realizado nos planos e nas sequencias habituais sem o uso do meio de contraste.

OS SEGUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- *Foco de enostose óssea em escápula, em seu aspecto anterior, notadamente próximo à margem acetabular, de aspecto ovalado, medindo cerca de 0,6 cm.*

- *Evidenciamos alteração morfológica da cavidade acetabular, sendo vista perda da morfologia habitual da cavidade glenoidal, que se encontra bastante rasa e chamando a atenção ainda descontinuidades no aspecto póstero-inferior labral, com hipersinais associado, medindo cerca de 0,4 cm e com extensões biarticulares.*

O sulco intertuberositário também é raso, sendo vista discreta subluxação medial do mesmo e pequena quantidade de líquido ao seu redor.

Articulação acrômio-clavicular exibindo sinais de redução do seu espaço, com esclerose do osso subcondral e focos de maior intensidade de sinal em permeio, com espessamento cápsulo-ligamentar e derrame articular.

Leve bursite subacromial/subdeltoidea e subescapular.

- *Evidenciamos heterogeneidade de sinal do tendão do supraespinhoso, notadamente em sua zona*

INVESTPREV
22 JUN 2017
ADA

DR. RAPHAEL XENOFONTE
CRM:12448

Clemir Arrais

crítica até a sua êntese, com lesões de aspecto cístico na tuberosidade lateral.

Tendão do subescapular espessado e com áreas de intensidade de sinal em permeio.

Demais aspectos do manguito rotador sem alterações.

Não há evidências de lesões expansivas ou de alterações da musculatura loco regional.

Evidenciamos ainda discreto deslocamento inferior (subluxação) da cabeça umeral em relação a glenoide.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1 - Sinais de alteração morfológica da cavidade glenoidal, com perda de sua morfologia característica, sendo vista no presente estudo cavidade glenoidal rasa. Há subluxação inferior da cabeça umeral.
2 - Suco intertuberositário raso, com leve subluxação medial do cabo longo do bíceps.
3 - Osteoartrite acrômio-clavicular.
4 - Pequena lesão labral no aspecto póstero-inferior, que pode corresponder a pequena ruptura.
5 - Tendinose/tendinopatia/entesite do tendão supraespinhoso.
6 - Bursite subacromial/subdeltoidea e subescapular.
7 - Tendinose do subescapular.
8 - Foco de enostose óssea em escápula.

Este laudo corresponde a uma análise interpretativa, com componentes subjetivos do que é expresso. A interpretação e conclusão final podem variar na dependência de alguns fatores, dentre eles: examinador, informes clínicos contidos na requisição do exame, imagens complementares enviadas anexas e evolução do conhecimento científico. Qualquer discordância ou dúvida do médico assistente deve ser imediatamente comunicada, postergando-se medidas terapeuticas. A sensibilida e especialidade do exame não é absoluta podendo requerer nova investigação.

DR. RAPHAEL [illegible]
CRM:12448

INVESTIGADOR
22 JUN 2017
ENTRADA

CEDIL
Centro de Especialidades
Dr. Iari Lacerda

LAUDO MÉDICO

PACIENTE JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA COM HISTORICO DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 24 DE SETEMBRO DE 2015 COM LUXAÇAO TRAUMATICA DO OMBRO DIREITO (SIC). EVOLUI COM EPISÓDIOS DE RECIDIVA DA LUXAÇAO APOS ESTE TRAUMA, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO ARTROSCOPICO EM NOVEMBRO DE 2016, COM CORRECAO DA LESAO DE BANKART.
O MESMO ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO

Crato, 19 ABRIL de 2017.

Dr. Marco Aurélio A. Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 7418

Dr. Marco Aurélio A. Lacerda
Cremec 7418
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

INVESTPREV
22 JUN 2017
ENTRADA

Reabilita

Dr. André Luis Brangel
Dra. Liana C. Brangel
GINECOLOGISTA

ESPECIALISTA EM PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO
COLPOSCOPIA - PATOLOGIA ONCÓTICA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Jean Bosclin Pessoa de Oliveira, realiza fisioterapia, nesta clinica, desde janeiro/2017, devido a uma artroscopia em ombro direito.

Paciente evolui satisfatoriamente, com quadro álgico leve, diminuição de amplitude de movimento, diminuição de tônus muscular e diminuição de força.

Juazeiro do Norte, 19 de Abril de 2017.

André Luis Coelho Brangel
CREFITO: 160.189-F

INVESTREV
22 JUN 2017
ADA

R. Nestor Peixoto, 31, Centro

31.786

Jean R. P de Oliveira

Marco Lacerda

Hospital Cruz Dois

Pericia-se quanto de instalação de ambos direito, e/ multiplos enxertos.

54301

30735056	Luxação do ombro	01
30735025	Reparo lesão	01
30735041	Sinovectomia punho	01

INVESTPREV
22 JUN 2017
ENTRADA

Dr. Marco Aurelio Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro Cotovelo
CREMESC 7914 - TEOT 9301

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

INVESTPREV
22 JUN 2017
DA

Jean B. P. de Oliveira

Unoreal Lucende

(que consta no quadro de insumos e de 1, para ambos)

Parafuso Cortical Smith	01
Placa de Reconstrução Smith	01
Enxerto de Bombina Smith	01
Fio de Cerclagem Smith	01
Parafusos de Esponjosa Smith	02
Arruelas Bico 2 Smith	03

Dr. Marco Aurélio Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CREMEC 7440 - TEOT 0391

05/12/16

ORIENTAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS – CIRURGIA DO OMBRO

PARA: Jean Boschin

1. **USAR TIPÓIA DURANTE ~~6~~ 4 SEMANAS;**
2. **CURATIVO SIMPLES DIÁRIO;**
3. **COMPRESSAS DE GELO LOCAL 20 MINUTOS, 4 X AO DIA;**
4. **EXERCÍCIOS DE FLEXÃO/ EXTENSÃO DO COTOVELO, PUNHO E MÃO 4XAO DIA;**
5. **RETIRAR PONTOS COM 10 DIAS DA CIRURGIA;**
6. ~~**REALIZAR EXERCÍCIOS ATIVOS PARA ESCÁPULA APÓS 5 DIAS;**~~
7. **EXERCÍCIOS PENDULARES APÓS 4 SEMANAS DE PÓS OPERATORIO;**
8. **INICIAR FISIOTERAPIA MOTORA APÓS ~~6~~ 4 SEMANAS.**

revisão 07/12/16

às 14h

Vídeo conferência

352/2912

Dr. Marco Antonio Bono
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CREMEC 7418 - TEOT 9...

INVESTPREV
22 JUN 2017
...DA

SÃOCAMILO
Hospital Cura d'Ars

www.saocamilofortaleza.org.br

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL CURA D'ARS
END.: RUA COSTA BARROS, 833.
CIDADE: FORTALEZA UF: CE
TELEFONE: (85) 3464-7000

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª ORIENTAÇÃO AO CLIENTE

Marco Aurélio Lacerda
Cirurgia e Traumatologia
Ortopedia
CRM-CE 7448

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:
END.:
PRESCRIÇÃO:

DATA: / /

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDENT.:
ORGÃO:
EMISSOR:
CIDADE: UF:

VISTPREV
2 JUN 2017
VC

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA/CARIMBO DO FARMACEUTICO
DATA: / /

LQ Modelo 150.V-02

SÃOCAMILO
Hospital Cura d'Ars

www.saocamilofortaleza.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE Jean Boselin

Atestado

Atesto para os devidos fins que o paciente acima encontra-se liberado para realizar viagem de avião VV partir de hoje

FORTALEZA, 23 de 11 20 16

ASSINATURA E CRM

Hospital Cura d'Ars
Rua Costa Barros, 833
Centro
60160-280 Fortaleza CE
Tel 55 85 3464-7000

SÃOCAMILO
Hospital Cura d'Ars

www.saocamilofortaleza.org.br

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),
Jean Boscolin Pereira de Oliveira
Compareceu neste hospital no dia de hoje das ___ h às ___ h por motivo de doença, devendo.

( ) Retornar ao trabalho

( ) Ser dispensado no dia de hoje.

(X) Permanecer afastado do trabalho (45) quarenta e cinco dias a partir de _____

Observações: realizou tratamento cirúrgico em 22/11/16 CID: S43.0

FORTALEZA, 23 de 11 20 16

ASSINATURA E CRM

Hospital Cura d'Ars
Rua Costa Barros, 833
Centro
60160-280 Fortaleza CE

SÃOCAMILO
Hospital Cura d'Ars

www.saocamilofortaleza.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE Jean Boscolin

Profenan 100 — 01 cx
Tomar 01 cx de 12/12 h

FORTALEZA, 23 de 11 20 16

ASSINATURA E CRM

Hospital Cura d'Ars
Rua Costa Barros, 833
Centro
60160-280 Fortaleza CE
Tel 55 85 3464-7000

Documentos de Identificação

"0012"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF: 93029176590 SSP CE

CPF: 002.198.913-36

DATA NASCIMENTO: 18/10/1983

FILIAÇÃO: JOÃO BOSCO DE OLIVEIRA
ANTONIA ELISA PESSOA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CATEGORIA:

Nº REGISTRO:

VALIDADE:

1ª HABILITAÇÃO: 14/09/2002

OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO;

LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO: 07/04/2015

33051884314
CE146390580

DETRAN - CE (CEARÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

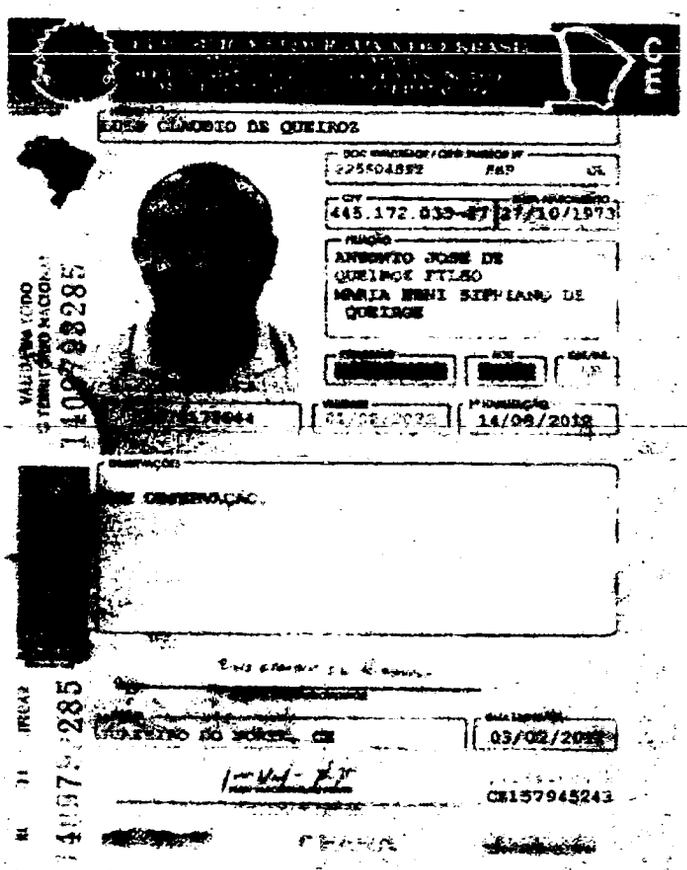
1084869758

PERÍCIMO PLASTIFICADO

1084869758

INVESTPREV
22 JUN 2017
ADA

Documentos de Identificação
-0012-



CE

JOSÉ CLÁUDIO DE QUEIROZ

225504892 PAP CE

CPF 445.172.033-87 DATA NASCIMENTO 27/10/1973

FILIAÇÃO
ANTONIO JOSÉ DE QUEIROZ FILHO
MARIA NONI SIMPLIANO DE QUEIROZ

[redacted]

[redacted] 14/08/2012

OBSERVAÇÃO

[redacted]

FORTALEZA DO NORTE, CE 03/02/2012

CE157945243

[redacted]

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1409788285

1409788285

INVESTPREV
22 JUN 2017
ENTRADA

RECIBO DE PRO_LABORE

2017

EMPREGADOR
LUIZ CLAUDIO DE QUEIROZ
BARBALHA - CE

CNPJ
14.502.394-000-41

EMPREGADO
LUIZ CLAUDIO DE QUEIROZ
CPF [illegible]
BARBALHA - CE

CARGO
EMPRESARIO

DEPARTAMENTO GERAL

COD	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	DESCONTOS	PROVENTOS
5000	PRO-LABORE			2.100,00
	INSS	11%	231,00	
	IRPF		14,70	

OBSERVAÇÕES: DEUS SEJA LOUVADO

TOTAL DESC.	TOTAL PROV.
R$ 245,70	R$ 2.100,00
VALOR LÍQUIDO	R$ 1.854,30

SALÁRIO BASE	BASE I.N.S.S.	BASE I.R.R.F.	BASE PREVIDÊNCIA PRÓPRIA
R$ 2.100,00	R$ 11 %	R$ 14,70	R$ 2.100,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

DATA: 30/03/2017 ASSINATURA: Luis Claudio de Queiroz
EMPRESARIO

INVESTPREV
22 JUN 2017
ENTREGADA

DUT
0007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 012991688329
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	01046411575	0000000000	2016

NOME
JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA
JUAZEIRO DO NORTE /CE

CPF / CNPJ	PLACA
00219891338	PML8256/CE

PLACA ANT / UF	CHASSI
/CE	9C2KD0810FR436178

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOL/ALCO

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESDD	2015	2015

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/OCV/162CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
********,**	**/**/**	1º******** 2º******** 3º********

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
********	********,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			********

OBSERVAÇÕES

LOCAL	DATA
JUAZEIRO DO NORTE	16/08/2016

Igor Bento
Supervisor/Emissor DETRAN/CE

CONTRAN

JUN 2017
ADA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012991688329 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	16/08/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	00219891338	PML8256

RENAVAM	MARCA / MODELO
01046411575	HONDA/NXR160 BROS ES

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2015	09	9C2KD0810FR436178

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	VALOR PRÊMIO TOTAL (R$)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	10/08/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KD08E1F436178 03400

012991688329
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.
DE _____ DE _____
ASSINATURA

03400
PML8256
CÓD. RENAVAM
01046411575
97361 03799

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170348089
Cidade: Juazeiro do Norte
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA
Data do acidente: 24/09/2015
Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: LUXAÇÃO DO OMBRO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTROSCÓPICO) COM CORREÇÃO DA LESÃO DE BANKART; REALIZA FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: QUADRO ÁLGICO LEVE; DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO; DIMINUIÇÃO DE TÔNUS E DE FORÇA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 75% (PERDA FUNCIONAL INTENSA)

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDENIZADO COM BASE EM DOCUMENTAÇÃO CONSISTENTE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170348089
Cidade: Juazeiro do Norte
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA
Data do acidente: 24/09/2015
Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO OMBRO DIREITO (LESÃO DE BANKART)

Descrição do exame médico pericial: DIMINUIÇÃO IMPORTANTE DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, ATROFIA MUSCULAR, HIPOTONIA MUSCULAR IMPORTANTE, PERDA DA FUNÇÃO DO MSD.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTROSCOPIA E FISIOTERAPIA.
Complicações: SINAIS DE ALTERAÇÃO MORFOLÓGICA DA CAVIDADE GLENOIDAL, COM PERDA DE SUA MORFOLOGIA CARACTERÍSTICA, SUBLUXAÇÃO INFERIOR DA CABEÇA UMERAL, OSTEOARTRITE ACRÔMIO-CLAVICULAR, TENDINOSE DO SUBESCAPULAR, FOCO DE ENOSTOSE ÓSSEA EM ESCÁPULA, TENDINOPATIA DO SUPRA ESPINHOSO,LESÃO LABRAL QUE PODE CORRESPONDER A RUPTURA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO MSD.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/09/2017

Conduta mantida:

Observações: RESSONÂNCIA EVIDENCIOU SINAIS DE ALTERAÇÃO MORFOLÓGICA DA CAVIDADE GLENOIDAL, COM PERDA DE SUA MORFOLOGIA CARACTERÍSTICA, SUBLUXAÇÃO INFERIOR DA CABEÇA UMERAL, OSTEOARTRITE ACRÔMIO-CLAVICULAR, TENDINOSE DO SUBESCAPULAR, FOCO DE ENOSTOSE ÓSSEA EM ESCÁPULA, TENDINOPATIA DO SUPRAESPINHOSO,LESÃO LABRAL QUE PODE CORRESPONDER A RUPTURA

Médico examinador: Joaquim Freitas Diogo

CRM do médico: 8133

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R$ 7.087,50
		Total	**52,5 %**	**R$ 7.087,50**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Procuração
0025

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: MUSICO, portador(a) do RG 9802917659O, órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 002.198.913-38, residente no(a) RUA DO CRUZEIRO
nº 1409, bairro: SÃO MIGUEL, município: JUAZEIRO DO NORTE/CE.

OUTORGADO:

Nome: LUIS CLAUDIO DE QUEIROZ, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: EMPRESARIO, portador(a) do RG 225504 899, órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 445.172.033-87 residente no(a) RUA GERCINA MARIA DE ARAUJO
nº 33, bairro: CIROLANDIA, município: BARBALHA/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 JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA.
Local e Data: Juazeiro do Norte, CE 27/04/2017.

X Jean Boscln Pessoa de Oliveira
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JEAN BOSCLIN PESSOA DE OLIVEIRA. DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceara, 27/04/2017.
Paulo de Tarso Gondim Machado
ITEM 2,50][FA:0,17][SE.1,02][FA:0,13][FR:0,13]

Cartório Machado
Maria Marlene Silva
Escrevente
Fone: 3511.204
Rua São Francisco
Juazeiro do Norte
FCT
RECONHECIMENTO DE FIRMA
CE063.942

INVESTPREV
22 JUN 2017
ENTRADA