

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO HENRIQUE FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01039-1

CONTA: 000010044010-X

Nr. da Autenticação 10CB72EA946DDB7A

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160528390

Cidade: Cascavel

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO HENRIQUE FILHO

Data do acidente: 20/06/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL LEVE.

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ IRREGULAR NO MENTO, DOR Á MASTIGAÇÃO, CREPITAÇÃO DA ATM E LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA ATM.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO


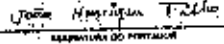
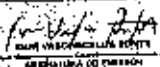
CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





REPTB		MINISTERIO DA JUSTICA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO					
NOME		JOAO HENRIQUE FILHO		DOC. IDENTIDADE / DOB / ENDERECO		9907010027529 ESP CE					
		CPF		039.794.573-62		DATA NASCIMENTO		27/03/1988			
		FILIAÇÃO		JOAO MACIEL DOS SANTOS		MARTA ALAIDE HENRIQUE DA SILVA					
PROFISSÃO		NÃO		CATEGORIA		A					
NÚMERO		05866617600		VALIDADE		25/06/2018		EXPIRAÇÃO		29/08/2019	
OBSERVAÇÃO		SEM OBSERVAÇÃO									
ASSINATURA DO DETENTOR											
LOCAL		PORTALEZA, CE						DATA EMISSÃO		01/09/2014	
ASSINATURA DO EMISSOR								05684111340		00143527533	

PRÓXIMO PLASTIFICAR 973145452

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 973145452

PROXIMO PLASTIFICAR 973145452

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011960618363
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - CONTRA - EXERCÍCIO
JRE 01 392116723 0000000000 2015

JOAO HENRIQUE FELNO

CASCAVEL

03979457362 0009458

PLACA ANT/VF - CHASSI

03979457362 312GBR737677

PAS/MOTOCICLO HONDA/CG 125 FAN ES GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/CG 125 FAN ES 2010 2010

DAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE

28/0CV/120CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS

1ª *****

2ª *****

3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

286,75 1,11 292,01 14/12/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA

CASCAVEL 16/12/2015

16/12/2015

16/12/2015

CE Nº 011960618363 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 16/12/2015

VIA - CPF / CNPJ PLACA
01 03979457362 0009458

RENAVAM - MARCA / MODELO
392116723 HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. CAT. TARE. Nº CHASSI
2011 09 312GBR737677

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$) DEBTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,02 14,29 143,39

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
4,15 1,11 292,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 14/12/2015

PROPRIETÁRIO
LOTE 1 SEGURADORA LIDER DPVAT 039670

NOTUR: JC41E737677
www.seguradora lider.com.br

16/12/2015



SISTEMA DE SAÚDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU

FICHA AMBULATORIAL Convênio: SUS AMBULATORIO CONSULTA

Prof: 000225 - ~~CICERO THIAGO LOPES DE SOUSA~~ MEDICO CLINICO URGENCIA
 ATENDIMENTO Nº: 154771 EM: 20/06/2016 ÀS 21:58 CNS: CRM/CO: 16

Paciente: JOAO HENRIQUE FILHO Cod. Cliente: 3074021
 Data Nascimento: 27/03/1988 Idade: 28a 2m 24d Sexo: M Fone: 859763711
 Endereço: BARRA NOVA SN
 Município: CASCAVEL Naturalidade: CASCAVEL Bairro: BARRA NOVA
 Mãe: MARIA ALAIDE
 Pai: JOAO MARCIEL

-----Último Atendimento-----
 Cod. Proced.: 0000000000 Descrição: PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO
 -----Anotações Médicas-----

CONDUTA:

Transtorno, 28 meses, nível de valores dentro x exames, atualizados,
 apresentados resultados de TCE base

DIAGNÓSTICO:

Transtorno mental funcional à E+

ANOTAÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS

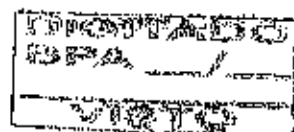
TEMPERATURA: PRESSÃO ARTERIAL: 120 x 80 mmHg

---PACIENTE--- fenda aberta, em estado de

Atesto a realização do atendimento de acordo com os dados acima.

Ass. Paciente ou Responsável

CARIMBO



João Ivo da Silva Ferreira
 Administrador
 CRA/CE Nº 11866

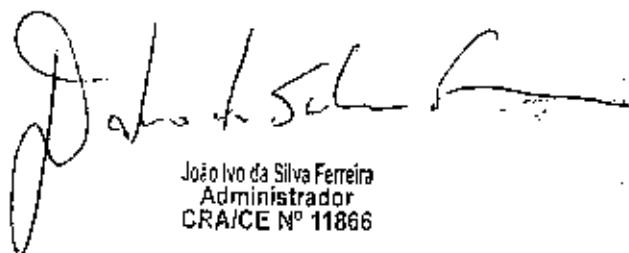
CNPJ 07.938.938/0006-29

① SF 0.5%. 500 unid. em rápido. gr

② Diferença no unid. 6 L 10 + 18 unid 10 em rápido. gr

Para: João da Silva Ferreira
Membro CRA/CE 14.729

Secretaria de Administração
CRA/CE Nº 14.729/0006-20
Cascabel - CE


João Ivo da Silva Ferreira
Administrador
CRA/CE Nº 11866

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (PARCIAL OU TOTAL)

Nome do Paciente:

João Henrique Filho

DECLARAÇÕES MÉDICAS

Data do Acidente

20-06-16

Data de Início do Tratamento

20-06-16

Nome Completo do Médico e CRM:

Pedro Joaquim dos Santos - CRM: 1338

Lesões Resultantes do Acidente / Tratamento Realizado:

Acidente de moto. Capa provocando traumatismo encefalocranial com perda da consciência momentânea, mais ferida por impacto frontal e perda de memória que foi estrutural.

Quadro Atual:

Refere cefaleia quando leva sol e dor facial

Existe Alguma Deficiência ou Doença Pré-Existente? () SIM (X) NÃO, se SIM, descrever:

A Invalidez Constada é () Temporária ou (X) Permanente?

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar Órgão, Membro ou Sentido Atingido)

Segmento Anatômico ou Órgão Atingido	Grau de Invalidez (%)
Cabeça	30%

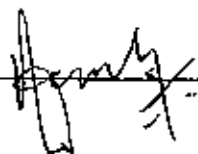
INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO E AVALIAÇÃO MÉDICA

Término do Tratamento:

28-06-16

Local e Data de Avaliação:

Cascavel, 05-12-16



Dr. Pedro Joaquim dos Santos
Médico - CRM 1338
Cascavel - CE

Cascavel, 05/12/16



SISTEMA DE SAÚDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU

FICHA AMBULATORIAL Convênio: SUS AMBULATORIO CONSULTA

Prof: 000225 ~~CICERO THIAGO LOPES DE SOUSA~~ MEDICO CLINICO URGENCIA
ATENDIMENTO Nº: 154771 EM: 20/06/2016 ÀS 21:58 CNS: CRM/CO: 180

Dados para Atendimento

Paciente: JOAO HENRIQUE FILHO Cod. Cliente: 3074028

Data Nascimento: 27/03/1988 Idade: 28a 2m 24d Sexo: M Fone: 8597037454

Endereço: BARRA NOVA SN

Município: CASCAVEL

Naturalidade: CASCAVEL

Bairro: BARRA NOVA

Mãe: MARIA ALAIDE

Pai: JOAO MARCIEL

Último Atendimento

Cod. Proced.: 0000000000 Descrição: PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO

Anotações Médicas

CONDIÇÃO:

Transtorno, 28 anos, história de colúmbia ventral e cãibra, alcoolizado,

apresentando sintomas de TCE leve

DIAGNÓSTICO:

Transtorno de personalidade

ANOTAÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS

PESSO: TEMPERATURA: PRESSÃO ARTERIAL:

PACIENTE: *ferida cirúrgica aberta*

CONTROLE FATORIAL

Atesto a realização do PA 120 x 80 mmHg.

Hora do

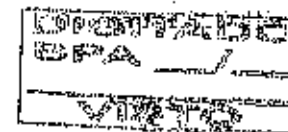
atendimento de acordo

Atendimento

com os dados acima.

João Ivo da Silva Ferreira

Ass. Paciente ou Responsável



João Ivo da Silva Ferreira
João Ivo da Silva Ferreira
Administrador
CRA/CE Nº 11866

SISTEMA DE SAÚDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU

CNPJ: 07.126.998/0006-29

Cascavel - CE

① SF 0.9%. 500 unid. em rápido. gja

② Dipinosa 100 unid. 0.10 + 10 unid. em rápido. gja

Dr. Ivete de Lima Jêta
Médica CRM/CE 14729

SISTEMA DE CONTABILIDADE E GESTÃO

CNPJ: 07.225.950/0006-29

CASCAVEL - CE

João Ivo da Silva Ferreira

João Ivo da Silva Ferreira
Administrador
CRA/CE Nº 11866

SISTEM



ENTINA MARGARIDA NASEAU

FICHA AMBULATORIAL Convênio: SUS AMBULATORIO CONSULTA

Prof: 000225-~~CICERO THIAGO LOPES DE SOUSA~~ MEDICO CLINICO URGENCIA
 ATENDIMENTO Nº: 154771 EM: 20/06/2016 ÀS 21:58 CNS: CRM/CO:16

Paciente: JOAO HENRIQUE FILHO Cod. Cliente: 3074024
 Data Nascimento: 27/03/1988 Idade: 28a 2m 24d Sexo: M Fone: 9597037404

Endereço: BARRA NOVA SM Naturalidade: CASCAVEL Bairro: BARRA NOVA
 Município: CASCAVEL Mãe: MARIA ALAIDE
 Pai: JOAO MARCIEL

-----Último Atendimento-----
 Cod. Proced.: 0000000000 Descrição: PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO
 -----Anotações Médicas-----

CONDUTA:

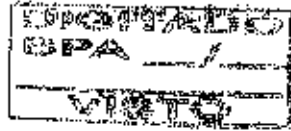
+ ~~paciente~~, 28 anos, vítima de colisão motor x carro, alcoolizado,
 apresentando sinais de TCE leve

DIAGNÓSTICO:

+ ~~do trauma~~: ~~lesão~~ ~~neural~~ ~~fratura~~ ~~à~~ ~~EP~~ CARIMBO

SEXO: TEMPERATURA: PRESSÃO ARTERIAL: ~~120 x 80 mmHg~~
 ---PACIENTE--- ~~ferido~~ ~~contusões~~ ~~abertas~~ ~~em~~ ~~veredas~~ ~~à~~ ~~EP~~
 Atesto a realização do atendimento de acordo com os dados acima.

Ass. Paciente ou Responsável
 João Ivo da Silva Ferreira
 Administrador
 CRA/CE Nº 11866



João Ivo da Silva Ferreira
 Administrador
 CRA/CE Nº 11866

CNPJ: 07.116.998/0006-29
 Cascavel - PR

SINCORICE
 15 FEV 2017

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (PARCIAL OU TOTAL)

Nome do Paciente:

João Henrique filho

DECLARAÇÕES MÉDICAS

Data do Acidente

20-06-16

Data de Início do Tratamento

20-06-16

Nome Completo do Médico e CRM:

Pedro Joaquim dos Santos - CRM: 1338

Lesões Resultantes do Acidente / Tratamento Realizado:

Acidente de moto capso provocando traumatismo encefálico com perda da consciência momentânea, mais ferida por impacto frontal na região frontal esquerda e musculatura que foi suturada

Quadro Atual:

Refere cefaleia quando leva tol e dor facial

Existe Alguma Deficiência ou Doença Pré-Existente? () SIM (X) NÃO, se SIM, descrever:

A Invalidez Constada é () Temporária ou (X) Permanente?

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar Órgão, Membro ou Sentido Atingido)

Segmento Anatômico ou Órgão Atingido	Grau de Invalidez (%)
Cabeça	30%

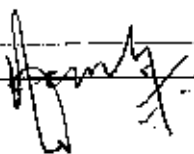
INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO E AVALIAÇÃO MÉDICA

Término do Tratamento:

28-06-16

Local e Data de Avaliação:

Cascavel, 05-12-16



Dr. Pedro Joaquim dos Santos
Médico - CRM 1338
Cascavel - CE

Cascavel, 05/12/16

SINCORCE
15 FEV 2017

À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

CASCADEL-CE, 15/ fevereiro 2017

COD. INTERNO:

SINISTRO: 3160/528390

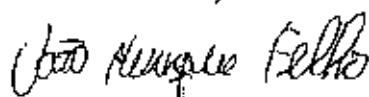
VÍTIMA: JOÃO HERRIQUE FILHO

JOÃO HENRRIQUE FILHO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, PORTADOR DO RG: 2007010007529 E CPF: 039.794.573-62, RESIDENTE E DOMICILIADO EM PV BARRA NOVA – JACARECOARA – CASCADEL-CE, CEP: 62850-000, SOLICITO QUE SEJA FEITA UMA REANÁLISE DE TODA DOCUMENTAÇÃO MEDICA APRESENTADA, POIS ESSE É TODO TRATAMENTO REALIZADO DECORRENTE DO ACIDENTE DE TRANSITO, TODA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA É A DOCUMENTAÇÃO FEITA DO TRATAMENTO DO OCORRIDO.

MEUS CONTATOS SÃO:

(85) 9656-7724 / 8719-3553

ATENCIOSAMENTE,



JOÃO HENRRIQUE FILHO

SINCORICE
15 FEV 2017

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2017

Carta nº: 10680923

A/C: JOAO HENRIQUE FILHO

Sinistro: 3160528390 ASL-1030201/16
Vítima: JOAO HENRIQUE FILHO
Data Acidente: 20/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA ELISANGELA OLIVEIRA DA SILVA

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: JOAO HENRIQUE FILHO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000001039-1

Conta: 000010044010-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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





DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

Pág. 1 de 1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 2547 / 2016

Impresso em: 15/07/2016 às 06:50

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/07/2016 10:00:25**
Data / Hora da Ocorrência: **20/06/2016 21:58:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: **BARRA VELHA** Município: **CASCAVEL/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO HENRIQUE FILHO**
Nascimento: **27/03/1988** CPF:
RG: **2007010007529** Órgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA ALAIDE HENRIQUE DA SILVA**



UF: **CE**

DELEGACIA MUNICIPAL
DE POLÍCIA CIVIL DE CASCAVEL

Endereço: **RUA JACARECOARA**
Bairro: **BARRA NOVA**
Município: **CASCAVEL/CE**
País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 99703-7454**

Histórico

Afirma a vítima que sob as penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB; Que no dia e hora acima especificados estava o registrante no endereço conduzindo a moto PLACA:OCQ9458 MODELO: HONDA/CG 125 FAN ES ANO 2011 DE COR PRETA NO NOME DE JOAO HENRIQUE FILHO estava na moto trafegando quando passou um cachorro na sua frente e se assustou se desequilibrou e colidiu em um carro que estava estacionado no acostamento; Que no momento teve escoriações pelo corpo; Afirma o registrante que Foi socorrido por populares e levado para o hospital local que foi medicado e após teve alta hospitalar; Que compareceu nesta DP para noticiar o fato; QUE estão em anexo as cópias: RG DA VITIMA, COMPROVANTE DE RESIDENCIA; QUE O REGISTRANTE APRESENTOU GUIA HOSPITALAR E DUAS TESTEMUNHAS DE NOME GEICIANE ARAUJO DE OLIVEIRA E ALICE HENRIQUE DA SILVA; QUE VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DESTE PROCEDIMENTO, SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS O SUJEITA ÀS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL



DELEGACIA MUNICIPAL
DE POLÍCIA CIVIL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Maria do Graças Sousa

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Henrique Filho

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCIA JANINE ESPINDOLA - MAT.: 198859-1-7

Geiciane Araujo de Oliveira

Alice Henrique da Silva

DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

Pág. 1 de 1

Impresso em: 15/07/2016 às 06:50



Declaração

Eu, João Henrique Filho, RG 2007010007529
CPF 029.794.573-62 declaro que após ter sofrido acidente provocado
por veículo automotor de via terrestre em 20/06/2016 fui socorrido por

Telefone ()

e levado ao
hospital Sistema de Saúde Vicentina Margarida Basean

Declaro que além da documentação médica apresentada não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente conforme exige a SUPTEC 005/2014 pois não recebi atendimento do SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc. da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

Art. 340 – Provocar a ação de autoridades comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado

Também me responsabilizo pela ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer conforme o Art. 299 do Código penal.

“Art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1(um) a 5 (cinco) anos e multa se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos se o documento é particular”

Local Casavale UF CE Data ____/____/____

João Henrique Filho

**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): Joao Henrique Filho
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Barra Nova, S/N
Barra Nova Cascavel CE CEP: 62850-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2007010007529
Data local do exame: [09/03/2017] Fortaleza [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)

TRAUMA CRÂNIO FACIAL LEVE.

CICATRIZ IRREGULAR NO MENTO, DOR Á MASTIGAÇÃO, CREPITAÇÃO DA ATM E LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA ATM.

- 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.

ATENDIDO NA EMERGÊNCIA, MEDICADO E LIBERADO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Data da alta: AGOSTO DE 2016.

QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. CICATRIZ IRREGULAR NO MENTO, DOR Á MASTIGAÇÃO, CREPITAÇÃO DA ATM E LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA ATM.

Complicações: SEM.

- 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.

DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA FACE, PELA CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO DA ATM.

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 (*).

() "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):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: (X) 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

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 - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

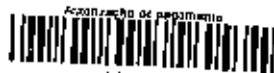
Carimbo com Nome e CRM


SaúdeSEG André de Oliveira Lasi
CRM 16586



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELO SEGURADO

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, João Henrique Filho
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2007010007529 EXPEDIDO POR SSP - CE EM ____/____/____ E
 CPF 039794573-62 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo, 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1039-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 44-010-8

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.

Caraculhe 11 de Agosto de 2016 v. João Henrique Filho
 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.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/07/2016 - Autotendimento 06:02:37
103970851 0458

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 1039-1 CONTA: 44.010-8
VARIACAO: 51
CLIENTE: JOAO HENRIQUE FILHO

DATA	OT. BS	HISTORICO	VALOR
Junho/2016			
3006		Saldo ant	3,94 C
Julho/2016			
1207	13	REAJ. MON. BC	0,01 C
1207	13	JUROS	0,02 C
DISPONIVEL			3,97 C
VLR. BLOQUEADO			0,00 D
SALDO TOTAL			3,97 C
SALDO POR DATA BASE			
13			3,97 C

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/maior que 0,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 0,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento
entre outras informacoes.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 438 - 2547 / 2016

Pág. 1 de 1
Impresso em: 15/07/2017 às 08:56:30

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO	
Data / Hora da Comunicação: 15/07/2016 10:00:25	
Data / Hora da Ocorrência: 20/06/2016 21:58:00	
Endereço da Ocorrência:	
Complemento:	
Bairro: BARRA VELHA	Município: CASCAVEL/CE
Ponto de Referência:	

Nome: JOAO HENRIQUE FILHO	Dados da(s) Vítima(s)
Nascimento: 27/03/1988 CPF:	
RG: 2007010007529 Orgão Emissor: SSPDS	
Filiação: MARIA ALAIDE HENRIQUE DA SILVA	
Endereço: RUA JACARECOARA	UF: CE
Bairro: BARRA NOVA	
Município: CASCAVEL/CE	CEP:
País: BRASIL	
	Telefone: (35) 99703-7454

Histórico

Afirma a vítima que sob as penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB; Que no dia e hora acima especificados estava o registrante no endereço conduzindo a moto PLACA:OCB9458 MODELO: HONDA/CG 125 FAN ES ANO 2011 DE COR PRETA NO NOME DE JOAO HENRIQUE FILHO estava na moto trafegando quando passou um cachorro na sua frente e se assustou se desequilibrou e colidiu em um carro que estava estacionado no acostamento; Que no momento teve escolações pelo corpo; Afirma o registrante que foi socorrido por populares e levado para o hospital local que foi medicado e após teve alta hospitalar; Que compareceu nesta DP para noticiar o fato; QUE estão em anexo as cópias: RG DA VITIMA, COMPROVANTE DE RESIDENCIA; QUE O REGISTRANTE APRESENTOU GUIA HOSPITALAR E DUAS TESTEMUNHAS DE NOME GEICIANE ARAUJO DE OLIVEIRA E ALICE HENRIQUE DA SILVA; QUE VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIAO DESTE PROCEDIMENTO, SAO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTIFICANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS O SUJEITA AS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB).



DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Marcia Janine Espindola

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Henrique Filho

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCIA JANINE ESPINDOLA - MAT.: 19859-13

Caroline de Jesus de Oliveira

Alice Henrique da Silva

DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **011960618363**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA: 01/09/2015 RUA: 000000000000 EXERCÍCIO: 2015

PLACA: 039216723

DOM: JORO HENRIQUE FILHO

CASCAVEL

PLACA: 0099458

PLACA ANTIGA: 000000000000

REGISTRO: 000000000000

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA CG 125 FAN 15

ANO/FAB: 2011 2011

CATEGORIA: PARTIAL

DATA DE REGISTRO: 21/09/2015

DATA ÚNICA: 21/09/2015

VEÍCULO ÚNICO: 1

PREMIO TARIFARIO (R\$): 326,71

DE R\$: 1,11

PREMIO TOTAL (R\$): 292,11

DATA DE PAGAMENTO: 14/12/2015

LOCAL: CASCAVEL

DATA: 16/12/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
CONDICIONANTES DE INSCRIÇÃO E OU POR SINISTROS PRESENCIAIS
TRANSPORTE DE CARGA E PASSAJEIRAGEM

CE Nº **011960618363** BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

1º PERÍODO: 2015 DATA EMISSÃO: 16/12/2015

PLACA: 039216723

PLACA: 0099458

MARCA/MODELO: HONDA CG 125 FAN 15

ANO/FAB: 2011 2011

REGISTRO: 000000000000

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$): 326,71

DE R\$: 1,11

PREMIO TOTAL (R\$): 292,11

DATA DE PAGAMENTO: 14/12/2015

LOCAL: CASCAVEL

DATA: 16/12/2015

SEGUROADORA LIDER DPVAT

OTOR: JORGE FILHO

CHUVA: 000000000000

www.seguradoralider.com.br

16/12/2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011960618363
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD. RENAVAM - CONTRA - EXERCÍCIO
JREI 01 392116723 0000000000 2015

JOAO HENRIQUE FELNO

CASCAVEL

03979457362 0009458

PLACA ANT/VF - CHASSI
***** 312GBR737677

PAS/MOTOCICLO HONDA/CG CASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN ES 2010 2010

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
250CV/120CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
1ª *****

2ª *****

3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
286,75 1,11 292,01 14/12/2015

OBSERVAÇÕES

CE Nº 011960618363 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 16/12/2015

VIA - CPF / CNPJ PLACA
01 03979457362 0009458

RENAVAM - MARCA / MODELO
392116723 HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. CAT. TARE. Nº CHASSI
2011 09 312GBR737677

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$) DEBTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,02 14,29 143,39

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
4,15 1,11 292,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 14/12/2015

PROPRIETÁRIO

LOTE/SEGURADORA LIDER DPVAT

NOTUR: JC41E737677

www.seguradoralider.com.br
