

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 CICATRIZ IRREGULAR NO MENTO, DOR Á MASTIGAÇÃO, CREPITAÇÃO DA ATM E LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS
médico pericial: 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

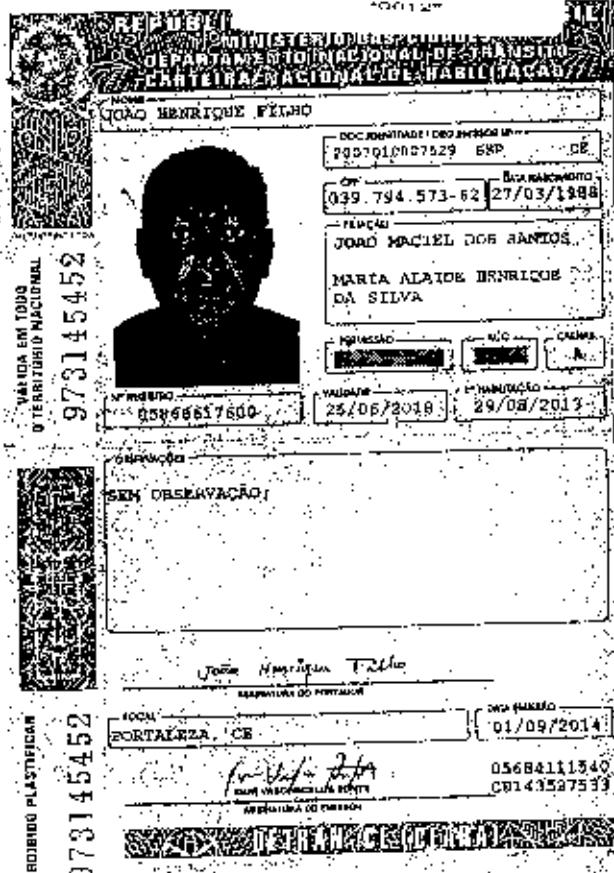
Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE N° 011960618363
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	INTRO	EXERCÍCIO
JR61	01 392116723	0000000000	2015
JOAO HENRIQUE FELHO			

CASCASVEL			
GRUPO	PLACA		
03979457362	0009458		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
*****	SC2004120BR737677		
ESPECIE/DO	COMBUSTIVEL		
B25/MOTOCICLO	CASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN ES	2014	2014	
CAP/POT/ÓLIO	CATEGÓRIA	GOR PREDOMINANTE	
2B/DCV/12900	PARTIC	PRETA	
I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	
		1º *****	
	FAIXA IPVA	PARCELAGEM/ COTAS	
		2º *****	
		3º *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IPF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
286,75	1.11	292,01	14/12/2015
OBSERVAÇÕES:			

LOCAL	DATA		
CASCASVEL	16/12/2015		

DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMÓVEIS DE VIAS TERRESTRES, EXCETO POR SÓ CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

CE N° 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.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 16/12/2015

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	03379457362	0009458
RENAVAM	MARCA/ MODELO	
392116723	HONDA/CG 125 FAN ES	
ANO FAB.	CHASSI	
2014	SC2004120BR737677	

PRÉMIO TARIFÁRIO

IPN (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,74	14,29	143,33
BILHETE DE SEGURO (R\$)		IPF (R\$)
4,15	1.11	292,01
PAGAMENTO		TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
COTA ÚNICA	PARCELA DO	14/12/2015
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE GUITAÇÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO
SEGURADORA: LOSE - DPVAT
NOTUR: 011960618363
www.loseseguro.com.br

① SF 0.91, 500 msl, evr rapido, qje

② Dipinere 100 mg. CLB + 100 mg evr leches, qje

Assinatura
Dir.农夫 de Dina Félix
Médica CRM/CE 14.729

2006-07-10

SNR: 17.6.504/0006-3

Caçapava - SP

Assinatura
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-capo provocando traumas ósseos cranio-mecáficos com perda da consciência momentânea, mais ferida por ferimento facial na órbita frontal expurgada e hematoma arra que foi suturado.

Quadro Atual:

Refere cefaleia quando leva sol e dor facial

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

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

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificiar 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:

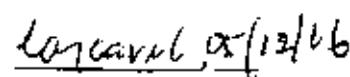
28-06-16

Local e Data de Avaliação:

Lançarote, 05-12-16



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





SISTEMA DE SAÚDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU

FICHA AMBULATORIAL Convênio: SUS AMBULATORIO CONSULTA

Prof: 000225-CICERO THIAGO LOPES DE SOUSA MEDICO CLINICO URGÊNCIA
ATENDIMENTO N°: 154771 EM: 20/06/2016 ÁS 21:58 CNS: CRM/CO: 1.601

-----Dados para Atendimento-----

Paciente: JOAO HENRIQUE FILHO Cod. Cliente: 3074026
Data Nascimento: 27/03/1988 Idade: 28a 2m 24d Sexo: M Fone: 8597037454

Endereço: BARRA NOVA SN

Município: CASCABEL Naturalidade: CASCABEL Bairro: BARRA NOVA
Mae: MARIA ALAIDE CIDADE: CASCABEL
Pai: JOAO MARCIEL REGIÃO: NEGRA
-----Último Atendimento----- ALERGIA: N/A
-----Anotações Médicas-----

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

CONDUTA:

Tratamento, 28 a 30 dias, ritmo de colher urina + urina, aconselhado a
apresentar exames de TTE bim

DIAGNÓSTICO:

====> doença: inflamação nasal frontal à E+

CARIMBO DE SINAUTURA

====> doença: inflamação nasal frontal à E+ ANOTAÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS

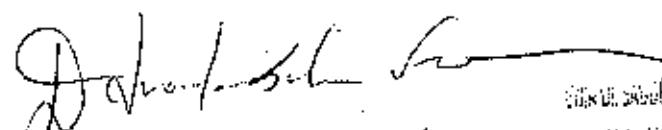
PESO: 70 TEMPERATURA: 36,5 PRESSÃO ARTERIAL: 120/80

---PACIENTE--- tempo: controle: controle CONTROLE FATURAMENTO: controle

Ateste a realização do PA 120x80 mmHg. Bora do Atendimento: _____ Digt. _____

atendimento de acordo com os dados acima. Ator: João Ivo da Silva Ferreira Contra: _____
Ass. Paciente ou Responsável: João Ivo da Silva Ferreira Fathm: _____




João Ivo da Silva Ferreira
Administrador
CRA/CE N° 11866

SISTEMA DE SAÚDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU

CNPJ: 07.125.998/0006-29

Ceará - CE

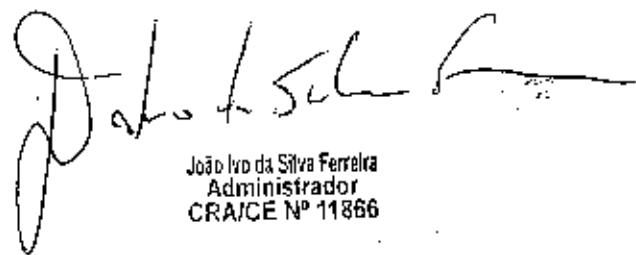
① SF 0,97. 500 mvel. ou rápida. op.

② Diposse 500 mvg. 62 80 + 10 mvel. ou lentas. op.

João Ivo da Silva Ferreira
Pátria CRA/CE 11866

CNPJ 07.126.958/0006-29

Cascavel - PR


João Ivo da Silva Ferreira
Administrador
CRA/CE Nº 11866

SINCORCE
15 FEB 2017

SISTEM



ENTINA MARGARIDA NASEAU

FICHA AMBULATORIAL Convênio: SUS AMBULATORIO CONSULTA

Prof: 000225-CICERO THIAGO LOPEZ DE SOUSA MEDICO CLINICO URGENCIA
ATENDIMENTO N°: 154771 EM: 20/06/2016 ÁS 21:58 CNS: CRM/CO: 16.

-----Dados para Atendimento-----

Paciente: JOAO HENRIQUE FILHO Cod. Cliente: 3074024

Data Nascimento: 27/03/1986 Idade: 28a 2m 24d Sexo: M Fone: 9597037454

Endereço: BARRA NOVA SN

Municipio: CASCABEL Naturalidade: CASCABEL Bairro: PARCA NOVA

Mãe: MARIA ALAIDE CASCABEL RG: 01

Pai: JOAO MARCIEL CASCABEL CNH: 00000000000000000000000000000000

-----Último Atendimento-----

Cod. Proced.: 0000000000 Descrição: PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO

-----Anotações Médicas-----

CONDUTA:

7 meses, 25 dias, vítima de colapso venoso + cancro, alcoolizado, apresentando quadro de TCE leve

DIAGNÓSTICO: hemorragia nasal frontal à f

CARIMBO: 00000000000000000000000000000000

-----ANOTAÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS-----

PESSO: TEMPERATURA: PRESSAO ARTERIAL:

---PACIENTE--- fente cardia aberta

Ateste a realização do PA 120x80 mmHg. Hora do CONTROLE FATURAMENTO:

atendimento de acordo

com os dados acima.

04/06/2016

Ass. Paciente ou Responsável

Hora do Atendimento: Diagn.: Conf.: Fatur.:

Assinatura: 00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

João Ivo da Silva Ferreira
Administrador
CRA/CE N° 11866

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

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 carro provocando traumas ósseos cranio-macfálico com perda da consciência momentânea, mais ferida por fricção face - região frontal expostas e contusas que foi suturada

Quadro Atual:

Refere cefaleia quando lava rosto e dor facial

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

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

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificiar 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

Hony

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

Cascavel, 05/12/16

SINCORCE
15 FEVEREIRO 2017

À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

CASCABEL-CE, 15/ fevereiro /2017

COD. INTERNO:

SINISTRO: 3160/528390

VÍTIMA: JOÃO HENRIQUE FILHO

JOÃO HENRIQUE FILHO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, PORTADOR DO RG: 2007010007529 E CPF: 039.794.573-62, RESIDENTE E DOMICILIADO EM PV BARRA NOVA – JACARECOARA – CASCABEL-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 Henrique Filho

JOÃO HENRIQUE FILHO

SINCORICE
15 FEVEREIRO 2017

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2017

Carta n°: 10680923

A/C: JOAO HENRIQUE FILHO

Sinistro: 3160528390 ASL-1030201/16
Vitima: 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%

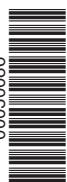
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
--	-----	-----------------

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





Declarando

Eu, José Henrique Filho, RG 200.701.000-7529
CPF 039.794.573-62 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 Cascavel

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 particulares, 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 Cascavel UF PR Data —/—/—

José Henrique Filho

**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): 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?

Sim Não

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim Não

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

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)?

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 ELIMITAÇÃO 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”

“Sem sequela permanente”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de

“Exame não permite conclusão”

trânsito que não sejam suscetíveis de amenização

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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):

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

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.

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

Carimbo com Nome e CRM


Andre de Oliveira Leal
CRM 16566



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELO SEGURO DPVAT

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, José Henrique FilhoPORTADOR(A) DO RG N° 200701000 75.29 EXPEDIDO POR SDP - CE EM / / ECPF 030394573-62 /CNPJ 000000000000000000, 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 Lotéricas 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 AGENCIA (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 AGENCIA (com dígito, se existir) 1029-4 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.

Carcavelos 11 de Maio de 2016 Local e Data

José Henrique Filho

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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
18/07/2016 - Autoatendimento 06:02:07
103970851 0458

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

AGÊNCIA: 1039-1 CONTA: 44.010-8

VARIACAO: 51

CLIENTE: JOAO HENRIQUE FILHO

DATA	OT. BS. HISTORICO	VALOR
Junho/2016		
30/06	Saldo ant.	3,94 C
Julho/2016		
12/07	13 REAJ. MON. BC	0,01 C
12/07	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 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento
entre outras informações.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 439 -2547 / 2016

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: CASCABEL/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOÃO HENRIQUE FILHO

Nascimento: 27/03/1988 CPF:

RG: 2007010007529 Orgão Emissor: SSPDS

Fixação: MARIA ALAIDE HENRIQUE DA SILVA

Endereço: RUA JACARECOARA

Bairro: BARRA NOVA

Município: CASCABEL/CE

País: BRASIL

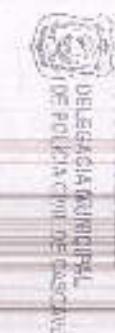
Telefone: (25) 99703-7454

Histórico

Afirmou a vítima que sob as penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB; Que no dia e hora acima especificados estava conduzindo a moto PLACA: OC09458 MODELO: HONDA CG 125 FAN ES ANO 2011 DE COR PRETA NO NOME DE JOÃO 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 escorregões pelo corpo; Afirmou 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 RESIDÊNCIA; 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 NOTIFICANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS SΟUJETA AS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCABEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Márcia Janine Espindola*

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *João Henrique Filho*

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT:

VISTO DO DELEGADO(A):

x *Carolina Souza Jo de Oliveira*

MARCIA JANINE ESPINDOLA - MAT: 196859-17

Assinatura da Sra. Souza

DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCABEL

Pág. 1 de 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE N° 011960618363
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	INTRO	EXERCÍCIO
JR61	01 392116723	0000000000	2015
JOAO HENRIQUE FELHO			

CASCASVEL			
GRUPO	PLACA		
03979457362	0009458		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
*****	SC2004120BR737677		
ESPECIE/DO	COMBUSTIVEL		
B25/MOTOCICLO	CASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN ES	2014	2014	
CAP/POT/ÓLIO	CATEGÓRIA	GOR PREDOMINANTE	
2B/DCV/12900	PARTIC	PRETA	
I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	
		1º *****	
	FAIXA IPVA	PARCELAGEM/ COTAS	
		2º *****	
		3º *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IPF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
286,75	1.11	292,01	14/12/2015
OBSERVAÇÕES:			

LOCAL	DATA		
CASCASVEL	16/12/2015		

DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMÓVEIS DE VIAS TERRESTRES, EXCETO POR SÓ CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

CE N° 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.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 16/12/2015

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	03379457362	0009458
RENAVAM	MARCA/ MODELO	
392116723	HONDA/CG 125 FAN ES	
ANO FAB.	CHASSI	
2014	SC2004120BR737677	

PRÉMIO TARIFÁRIO

IPN (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,74	14,29	143,33
BILHETE DE SEGURO (R\$)		VALOR PAGO SEGUROADO (R\$)
4,15	1,11	292,01
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA	PARCELA DO	

PRÉMIO TARIFÁRIO
129,74
BILHETE DE SEGURO
4,15
VALOR PAGO SEGUROADO
292,01
PAGAMENTO
COTA ÚNICA
PARCELA DO
DATA DE QUITAÇÃO
14/12/2015

SEGURADORA: LOSE - DPVAT

www.losesegurodetransito.com.br