

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485969 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180485969

Vitima: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180485969**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

045 974 933 10

Nome completo da vítima

FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS		CPF titular da conta 045 974 933 10	Profissão REOUSOU
Endereço RUA DESEMBARGADOR JUCA FILHO		Número 300	Complemento
Bairro SALINAS	Cidade FORTALEZA	Estado CE	CEP 60821 080
Email		Telefone (DDD) (85) 3035 6947	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: Brasil NRO. 001			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FORTALEZA, **01** de **OUTUBRO** de **2018** **16 OUT. 2018**

Local e Data

Francisco Jean Ramos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
- AUTOATENDIMENTO -

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: DAYLLANNA S L L FEITOSA

AGÊNCIA: 1292-0 CONTA: 27192-6

FAVORECIDO

AGÊNCIA: 3468-1 CONTA: 33865-6

CLIENTE: FRANCISCO J RAMOS SANTOS

VALOR: 0,01

DATA: 20/06/2018

O TELEFONE DA SUA AGENCIA MUDOU: 4003 3001

CAPITAIS E REGIÕES METROPOLITANAS OU

0800 729 3001 DEMAIS LOCALIDADES.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 2598 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/06/2018 12:54:42**
Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2018 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ROGACIANO LEITE**
Complemento:
Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A LOJA CODISMAN**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS**
Nascimento: **20/09/1992** CPF: **045.974.933-10**
CNH: **DETRAN** Orgão Emissor: **CE** UF:
Filiação: **MARIA IVANILDE RAMOS DOS SANTOS**
GEOVANE CACAU DOS SANTOS
Endereço: **RUA DESEMBARGADOR JUCA FILHO, 200**
Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99771-3305**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIF1424** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0540CR552709 Renavam: **470456663** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE ADAUTO DIANO DE MESQUITA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OIF-1424 NA AV. ROGACIANO LEITE NA FAIXA DA DIREITA QUANDO UM CARRO(VIATURA DA POLICIA CIVIL DA DELEGACIA DA MULHER DE MARACANAÚ) DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRANSITAVA NA FAIXA DA ESQUERDA REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA A DIREITA SEM SINALIZAR E SEM OS DEVIDOS CUIDADOS COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO POLICIAIS CIVIS QUE CONDUZIA O REFERIDO CARRO PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.

//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Few *Jeson Ramos dos Santos*

VISTO DO DELEGADO(A) :

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

16 OUT. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FRANCISCO JEAN RANOS DOS SANTOS

CPF da Vítima

045 974 933-10

Data do Acidente

12/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

...CORRETORA DE SEG. LTDA.

Fortaleza . 01 de outubro de 2018 16 OUT. 2018

Local e Data

Francisco Jean Rano dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03468-1

CONTA: 00000033865-6

Nr. da Autenticação 42069619475FA047



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento
Emergencial

Ato Declaratório

SAÚDE
HOSPITALAR

Emitido em: 18/06/2018 11:56:17

Port: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 12/06/2018 15:58:44

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 161781172300005	NOME: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS			Registro: 5479798
CPF:	RG:	D. NASC: 20/09/1992	ESTADO CIVIL:	SEXO: M RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA IVONILDE RAMOS DOS SANTOS		NOME DO PAI: GEOVANE CACAU DOS SANTOS		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: DESEMBARGADOR JUCA FILHO	Nº: 200	BAIRRO: JARDIM DAS OLIVEIRAS	
COMPLEMENTO:	TELEFONE 997337499,	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60821080

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: viatura 6340 cond mardonio	PARENTESCO:	TELEFONE 997337499
----------------------------------	-------------	--------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR	COSIDO DO CNAER:
-----------------	-------------------	--------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete

QUEIXAS: COLISAO MOTO/CARRO APRESENTANDO DOR EM OMBRO + CALCANHAR

OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/DOR LEVE

SINAIS VITais

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE
-----------------------------------	---------------------	----------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSARIO PARA
OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES
SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO
PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

ISS

EDIJANIA PAIXAO TEODOSIO
RU DES JUCA FILHO, 200, 201, SALINAS
FORTALEZA

60821-080

(85)987740318
(85)30356942

001	046	0292	0511	0007
00	00	00	00	00

001	000	000	000	000
-----	-----	-----	-----	-----

AGUA	A10F551118	484	488	4	10
------	------------	-----	-----	---	----

07/06/2018	07/06/2018	1539707
08/05/2018	07/07/2018	
04/2018		
533	533	126
543	543	543
533	533	531
		533
		541
		512
		541

MEDIA DE CONSUMO(DUT/14 A SET/15): 8 m3 | META: 10 m3.

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

AGUA	24,40
ESGOTO	19,52

PIS	0,42	VALOR DO SERVICO	68,30
COFINS	2,09	VALOR DO SUBSIDIO	24,38
		VALOR TOTAL A PAGAR	43,92

06/2018	22/06/2018	43,92
---------	------------	-------

I:356615075639026 L:5725 H:11:08:22 R:026 P:001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caxia, Econômes, Banco Santander, Bradesco, Citibank, PagBank, Cagece, que fornece o serviço de débito em conta de suas contas. Onde e como sacar? Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece

Cagece
Mobile

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

Mais informações pelo telefone: 0800-375-0705, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, 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.

consumidor.gov.br
E seu E-mail. Período:

LIBIA CORRETORA DE SEGUROS

16 OUT. 2018

Cagece

013991060	001	046	0292	0511	0007
06/2018					
FORTALEZA 22/06/2018 43,92					

82690000000 9 43920009800 2 01399106001 6 03000122015 8





PARA USO DA EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS - ECT		NOME ENTREGADOR	MATRÍCULA
<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Endereço não encontrado		
<input type="checkbox"/> Recusou-se a Receber	<input type="checkbox"/> Endereço incompleto		
<input type="checkbox"/> Falecido	<input type="checkbox"/> Não existe c.º indicado		
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Destinatário desconhecido		
		ASSINATURA ENTREGADOR	DATA
			/ /

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Fábio Bernardo Muniz inscrito (a) no CPF sob o Nº 538.546.403-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fábio Bernardo Muniz inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.974.933-10, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Fábio Bernardo Muniz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.974.933-10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Conde de Castro</u>	<u>Parangaba</u>	<u>Fortaleza</u>	<u>703</u>	
			<u>CE</u>	<u>60720-095</u>
Email			Telefone comercial (DDD) <u>(85)30356947</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85)987740318</u>

Fortaleza/CE, 09 de Outubro de 18
Local e Data

LÍDIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

Fábio Bernardo B. Muniz
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Adauto Diano de Mesquita,
RG nº 2007067403-0, data de expedição 26/10/17,
Órgão SSP, portador do CPF nº 849.360.493-60, com
domicílio na cidade de CEARA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. JOSE BASTOS, DEMOCRITO ROCES, nº 5870,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisco Jean Roros dos Santos, cujo o condutor era
Francisco Jean Roros dos Santos.

Veículo: Motociclo
Modelo: Monda NXR 150 Bros ESD
Ano: 2012/2012
Placa: QIF 1124
Chassi: QCZL DOS4 OCT SSZ 709
Data do Acidente: 12/06/2018
Local e Data: fortaleza Ceará

José Adauto Diano de Mesquita
Assinatura do Declarante (Reconhecido firma em cartório por autenticidade)

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

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORREIA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E 2º RTDPJ
TABELIÃ: ÁNGELA MARIA APAUJO MORAIS CORREIA - CNPJ: 06.573.000/0001-67
Rua Major Facundo, 676 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE - Tel: (85) 3464.5900
E-mail: moraiscorreia@moraiscorreia.com.br

Cód.: 441094. Reconheço a(s) assinatura(s) por AUTÉNTICA de:

(1) JOSÉ ADAUTO DIANO DE MESQUITA

Do que dou fé. Fortaleza, 25 de junho de 2018. Total: R\$ 4,16
Selo Digital de Fiscalização - SELO 2 - RECONHECIMENTO DE FIRMA

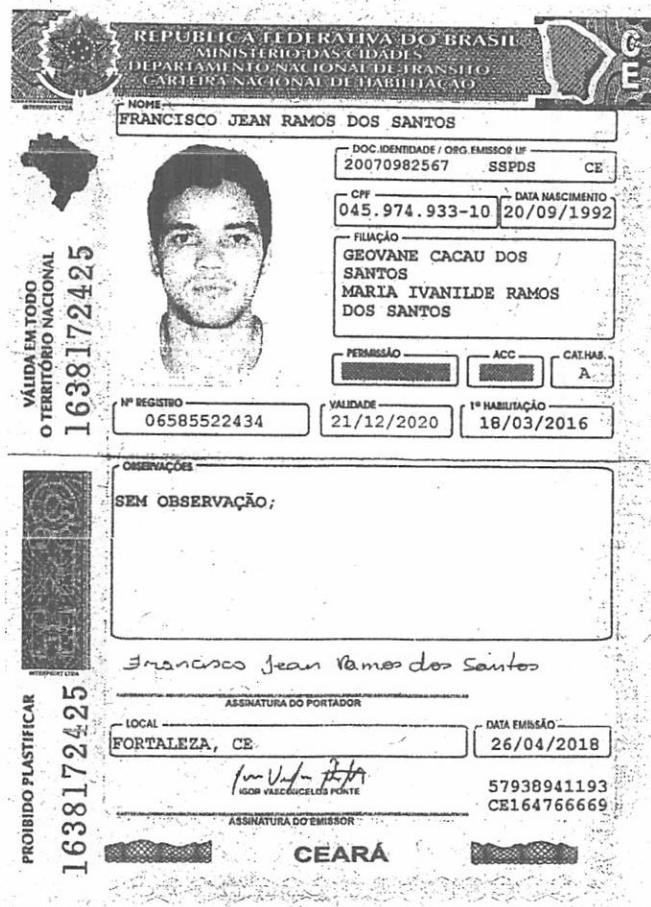
)- Francisco de A. M. Correia - () - Maria A. L. Soares - () - Luiz M. Correia Neto -
Cesar Alexandre G. Rodrigues - () - Arlene L. Rodrigues - Escrivente

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018



BRASIL CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

METARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA

POLÍCIA MUNICIPAL DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍODAS SICOM



Policial Direito

Francisco Laelcio Bernardino Muniz

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO

940023/2221

DATA DE
EXPEDIÇÃO

24/08/2010

GERAL

FRANCISCO LAELCIO BERNARDINO MUNIZ

WANDEL FERREIRA MUNIZ

TEREZINHA BERNARDINO MUNIZ

FORTALEZA - CE

097001199700

086 - PRÓXIMO - CARTÓRIO: 1 ZONA: TERMO: 98221 FOLHA: 62
CERT. Nascimento - CARTÓRIO: 1 ZONA: TERMO: 98221 FOLHA: 62
LIVRO: A-84 FORTALEZA - CE
538.546.403-15

2 Vias
Assinatura do Diretor

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P.: 1

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

DETAN - CE N° 013547541254
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	BNTRC	EXERCÍCIO
DANI	01 470456663	0000000000	2017
JOSE ADAUTO DIANE DE MESQUITA			

FORTALEZA/CE			
CPF/CNPJ	PLACA		
04936049360	CIF1424		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
CE	9C2KD0540CR552709		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOL/ALCO		
MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD.	
HONDA/NXR150 BRO5 ESD	2012	2012	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0CV/149CC	PARTIC	PRETA	
I P V A	COTA UNICA ***** FAIXA IPVA ***	VENC. COTA UNICA ***** PARCELAMENTO/COTAS ***** 2 ^a ***** 3 ^a *****	VENC/COTAS ***** 2 ^a ***** 3 ^a *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180,65	0170	185,50	13/06/2017
***** OBSERVAÇÕES *****			
FORTALEZA		DATA	31/10/2017
Local: Fortaleza - Ceará - Brasil		EXPEDITOR	LETRALH-CE

CE N° 013547541254 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
04936049360 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NOSSO FOLHETO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2017	31/10/2017	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	04936049360	CIF1424
RENAVAM	MARCA / MODELO	
470456663	HONDA/NXR150 BRO5 ESD	
ANO FAB	CAT. TARIF	Nº CHASSI
2012	09	9C2KD0540CR552709
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,02	90,33
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SEI PAGO SEGURO (R\$)
4,15	0,70	185,50
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> PARCELADO		13/06/2017
PROPRIETÁRIO		
LOTE / DISCUSSÃO DE LUSTRO: 013547541430		
MOTOR: K005E405E09243060001-04		

31/10/2017

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485969 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS	Brasileiro (a)	
Estado Civil:	RECUSOU	Profissão: RECUSOU	Inscrito com o Nº de RG:
20070992567		e CPF: 04597493310	
Residente e domiciliado(a) à rua RUA DES. JULIA FILHO			
Nº:	200	Bairro:	SALINAS
Estado:	CE	Cidade:	FORTALEZA
CEP:	60821080	Fone:	3035 6947

OUTORGADO:	Francisco da Caelio Bernardino Muniz	Inscrito com o Nº de RG:	94002372221
e CPF:	538.546.403-15	Residente e domiciliado na:	Ra Congo
de Castro		Nº:	703
Cidade:	Fortaleza	Bairro:	Paranguba
		Estado:	CE

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS, ocorrido em 12/06/2018,

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

FORTALEZA, (CE), 28 de SETEMBRO de 20 18

CARTÓRIO TAPERA

Francisco Jean Ramos dos Santos

OUTORGANTE

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:
FRANCISCO JEAN
RAMOS DOS SANTOS

Distrito de Tapera: 28 SET. 2018 Aquiraz/CE

Em testemunho Frank da verdade

José Frank Mendonça de Lima
Escrevente/Substituto



LIMA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

CARTÓRIO TAPERA
Rua Bruno Lopes de Queiroz S/N
Tapera - Aquiraz
(85) 3113-1331

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376739/18

Vítima: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS

CPF: 045.974.933-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCISCO LAELCIO BERNARDINO MUNIZ : 538.546.403-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS : 045.974.933-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 16/10/2018

Nome: FRANCISCO LAELCIO BERNARDINO MUNIZ
CPF: 538.546.403-15

Data do cadastramento: 16/10/2018

Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

FRANCISCO LAELCIO BERNARDINO MUNIZ

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA