

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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**

Carta nº 13493052



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 <b>045 974 933 10</b>	Nome completo da vítima <b>FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS</b>
---------------------------	--	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS</b>		CPF titular da conta <b>045 974 933 10</b>	Profissão <b>PEQUENO</b>
Endereço <b>RUA DESEMBARGADOR JUCA FILHO</b>		Número <b>200</b>	Complemento
Bairro <b>SALINAS</b>	Cidade <b>FORTALEZA</b>	Estado <b>CE</b>	CEP <b>60821 080</b>
Email			Telefone (DDD) <b>(85) 3035 6947</b>

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"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome <b>Brasil</b> NRO <b>001</b>	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. <b>3968</b> D/V <b>1</b> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <b>33865</b> D/V <b>6</b> (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**  
Local e Data

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

**16 OUT. 2018**

**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 REGIOES METROPOLITANAS OU  
0800 729 3001 DEMAIS LOCALIDADES.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

155



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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, COMPARECE 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 MARACANAU) 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:**

*Francisco Delânio CampeLO Almeida*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

*Libia Corretora de Seg. J.T.A.*

**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 RAMOS 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.

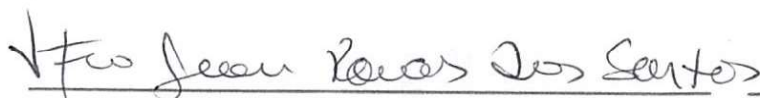
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

\_\_\_\_\_  
CORRETORA DE SEG. LTDA.

Fortaleza, 01 de outubro de 2018

16 OUT. 2018

Local e Data



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: 000000033865-6

---

Nr. da Autenticação 42069619475FA047

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 12/06/2018 15:58:4	
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 CNAE:		
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: CLÍNICA MÉDICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO 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

ASS: \_\_\_\_\_



013991060

60821-080

(85) 987740318  
(85) 30356947

001 000 000 000

533	533	126	533	533
543	543	543	541	541
533	533	531	512	541

AGUA	24,40
ESGOTO	19,52

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

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

[illegible]

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: 3003-2353 0165, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 3101.1918. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://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  
É seu. É fácil. Participe

LIBIA CORRETORA DE SPANISH

16 OCT. 2018

Cagece

356615075639026 - 5725

013991060

06/2018

001 046 0292 0511 0007

FORTALEZA

22/06/2018

43,92

82690000000 9 43920009800 2 01399106001 6 03000122015 8






Cor  
R\$  
11.07.18 - 1  
09/07/2018  
ASF CAJAZE

FRANCISCO LAELCIO BERNARDINO MUNIZ  
RUA CONEGO DE CASTRO, 703  
PARANGABA  
60720-095 FORTALEZA CE

20180709005935

CC10072018 001 - 03199

PARA USO DA EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS - ECT		NOME ENTREGADOR		MATRÍCULA	
<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Recusou-se a Receber <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Endereço não encontrado <input type="checkbox"/> Endereço incompleto <input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado <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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Fº Laércio Bernardino Muniz inscrito (a) no CPF sob o Nº 538.546.403-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fº Jean Ramos dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.974.933-10, do sinistro de DPVAT cobertura invalidar da Vítima Fº Jean Ramos dos Santos, 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 <u>Rua Conego de Castro</u>		Número <u>703</u>	Complemento
Bairro <u>Parangaba</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>60720-095</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(85)30356947</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85)987740318</u>

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

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

Fº Laércio B. Muniz  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Adauto Diano de Mesquita,  
RG nº 2007067403-0, data de expedição 26/10/17,  
Órgão SSP, portador do CPF nº 849.360.443-60, com  
domicílio na cidade de CEARA, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
AV. JOSE BASTOS, DEMOCRITO ROCHA, nº 5870,  
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 Francisco Jean Ramos dos Santos, cujo o condutor era  
Francisco Jean Ramos dos Santos.

Veículo: Motociclo  
Modelo: Honda NXR 150 3ROS ESD  
Ano: 2012/2012  
Placa: OTF 1424  
Chassi: QCZK D0540CFSSZ709  
Data do Acidente: 17/06/2018  
Local e Data: Fortaleza Ceara

Jose 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  
TABELIA: ÂNGELA MARIA ARAUJO 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 AUTENTICA 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 - ( )  
Cesar Alexandre G. Rodrigues - ( ) - Arlene L. Rodrigues - Escrevente



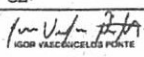
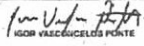
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018



 <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
<b>NOME</b> FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS		
	<b>DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF</b> 20070982567 SSPDS CE	
	<b>CPF</b> 045.974.933-10	
	<b>DATA NASCIMENTO</b> 20/09/1992	
	<b>FILIAÇÃO</b> GEOVANE CACAU DOS SANTOS MARIA IVANILDE RAMOS DOS SANTOS	
<b>PERMISSÃO</b> 		<b>ACC</b> 
<b>CAT. HAB.</b> A		
<b>Nº REGISTRO</b> 06585522434		<b>VALIDADE</b> 21/12/2020
		<b>1ª HABILITAÇÃO</b> 18/03/2016
<b>OBSERVAÇÕES</b> SEM OBSERVAÇÃO;		
Francisco Jean Ramos dos Santos		
<b>ASSINATURA DO PORTADOR</b> 		
<b>LOCAL</b> FORTALEZA, CE.		<b>DATA EMISSÃO</b> 26/04/2018
<b>ASSINATURA DO EMISSOR</b> 		57938941193 CE164766669
<b>CEARÁ</b>		

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1638172425

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1638172425

16 OUT. 2018

16 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOLÓGICAS		 Polegar Direito	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Francisco Bernardino Muniz</i>		ASSINATURA DO DIRETOR <i>Francisco Bernardino Muniz</i>	
CADERNEIRO DE IDENTIDADE			
REGISTRO GERAL 94002372221		DATA DE EMISSÃO 24/08/2010	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
FRANCISCO LAELCIO BERNARDINO MUNIZ			
MARCEL FERREIRA MUNIZ TEREZINHA BERNARDINO MUNIZ			
FORTALEZA - CE			
997081976 NASCIMENTO			
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 ZONA TERMO: 98221 FOLHA: 62 LIVRO: A-84 FORTALEZA - CE CPF: 538.546.403-15			
2 Via			
ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013547541254  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA DANI 01 COD. RENAVAM 470456663 RNTRO 0000000000 EXERCÍCIO 2017

JOSE ADAUTO DIANO DE MESQUITA

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
FORTALEZA/CE

CPE/CNPJ 04936049360 PLACA OIF1424

PLACA ANT/UF \*\*\*\*\*/CE CHASSI 9C2KD0540CR552709

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP/POT/CIL 2P/0CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

I P V A	COTA UNICA *****	VENC. COTA UNICA **/**/**	VENC/COTAS 1ª *****
	FAIXA I.P.V.A. ***	PARCELAMENTO/COTAS *****	2ª *****
			3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 13/06/2017

\*\*\*\*\* OBSERVAÇÕES \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

FORTALEZA LOCAL LUGAR FORTALEZA DATA 31/10/2017

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

CE Nº 013547541254 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
04936049360 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO FOLHETO 4  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 31/10/2017

VIA 01 CPE/CNPJ 04936049360 PLACA OIF1424

RENAVAM 470456663 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB 2012 CAT. TIPO 09 CHASSI 9C2KD0540CR552709

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81.29	DENATRAM (R\$) 9.08	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
-----------------	---------------------	-----------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15	IOF (R\$) 0.70	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) 185.50
-----------------------------	----------------	--

PAGAMENTO ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 13/06/2017

PROPRIETÁRIO

LOTE/DSEGURO 04936049360 LIDERCE Nº 2581480  
MOTOR: KD05E 4000 1074308/0001-04

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 SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## 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:  
20070982567 e CPF: 04597493310 Residente e  
domiciliado(a) à rua RUA DES. JUCA FILHO  
Nº: 200 Bairro: SALINAS Cidade: FORTALEZA  
Estado: CE CEP: 6021080 Fone: 3035 6947

**OUTORGADO:** Francisco daelcio Bernardino Muniz  
Inscrito com o Nº de RG: 94002372221  
e CPF: 538.546.403-15 Residente e domiciliado na: Rua Conego  
de Castro Nº: 703 Bairro: Parangaba  
Cidade: Fortaleza; 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 vítima 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 2018



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 [assinatura] da verdade

José Frank Mendonça de Lima  
Escrevente/Substituto



LÍBIA 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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/06/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO JEAN RAMOS  
DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-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](http://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

Data da entrega: 16/10/2018  
Nome: FRANCISCO LAELCIO BERNARDINO MUNIZ  
CPF: 538.546.403-15

FRANCISCO LAELCIO BERNARDINO MUNIZ

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA