

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180444967 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PÉ ESQUERDO (LISFRANC).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. (VÍTIMA EM TRATAMENTO).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 27/07/2018, EMITIDA PELO DR. CLAUDIO KARAN MIRANDA, CRM Nº 7442, DO HOSPITAL UNIMED FORTALEZA, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180444967 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PÉ ESQUERDO (LISFRANC).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE. (VÍTIMA EM TRATAMENTO).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 27/07/2018, EMITIDA PELO DR. CLAUDIO KARAN MIRANDA, CRM Nº 7442, DO HOSPITAL UNIMED FORTALEZA, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

---

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY

Nº Sinistro: 3180444967

Vítima: FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180444967**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 201821010

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4165 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **24/09/2018 12:06:37**  
Data / Hora da Ocorrência: **16/07/2018 18:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA RUBIA SAMPAIO**  
Complemento: **C/AV. DOMINGOS OLÍMPIO**  
Bairro: **FARIAS BRITO** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY**  
Nascimento: **02/04/1966** CPF: **247.307.773-87**  
RG: **95008002360** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **ROMUALDA VERAS GUARANY**  
**JOSÉ GUARANY**  
Endereço: **AVENIDA E, 2ª ETAPA, 70**  
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.750-040**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98602-3057**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSK9307** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2ND1110ER012412** Renavam: **997272228** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2014**  
Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **FRANCISCO PAULO V GUARANY** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava a sua motocicleta de placa OSK9307 (acima descrita) quando de repente foi colidido por um ciclista e, com o impacto, o declarante perdeu o controle de seu veículo e veio a tombar ao solo, lesionando-se; QUE, mesmo com dores conseguiu chegar a sua residência e, no dia seguinte (17/07/2018), procurou por conta própria atendimento médico no Hospital da Unimed; Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse.  
FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.

Pág. 1 de 1

24 SET. 2018

Impresso em: 24/09/2018 12:14:00

Ass:





Paciente: 70507882 - FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY  
Mãe: ROMUALDA VERAS GUARANY  
Data Nasc: 02/04/1966 Sexo: Masculino  
Carteira: 0630020053489446  
Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 52 Anos 3 Meses 15 Dias  
Atendimento: 5969249  
Data Atendimento: 17/07/2018  
Profissão:  
Naturalidade:

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

17/07/2018 08:55

### QUEIXA PRINCIPAL

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

### HDA

REFERE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM INDICADOR DA MAO DIR E EM ANTEPE ESQ. NEGA QUEIXAS EM OUTRAS REGIOES

### DESCRIÇÃO DO EXAME FISICO

ESCORIAÇÃO EM JOELHO ESQ, DOR A PALPAÇÃO DE ANTEPE ESQ E INDICADOR DA MAO DIR

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

DOR EM ANTEPE ESQ

CID: M255 - DOR ARTICULAR

Hospital Unimed  
Fórmula  
CONFERE COM ORIGINAL

Unimed  
Fórmula  
Verônica Maria  
Secretaria de Administração

### COMORBIDADES

- ☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO  
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENÇA CONTAGIOSA  
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

### CONDUTA

- ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNAÇÃO

### DENGUE

- ☐ Sinal de Alarme ☐ Sinal de Choque ☐ Sangramento Espontâneo ou Comorbidades ☐ Prova do laço positiva

VICTOR MAGALHAES CALLADO

CRM: 10136

Victor Magalhães Callado  
Ortopedia Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 10.136/RQE 6841

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

24 SET. 2018

ASS:



## ATESTADO MÉDICO

Hospital Regional

www.hospitalregional.com.br

Av. Visconde do Rio Branco, 4.000

60055-172 Tauape, Fortaleza - CE

T. (85) 3277-7000

O(a) Sr(a) FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY compareceu a este hospital no dia 17/07/2018 às para CONSULTA MÉDICA.

Comunicamos também que o paciente deverá ficar afastado do trabalho/atividades por 15 dias a partir do dia 17/07/2018.

CID-10: S929

Autorizo de maneira livre e esclarecida a revelação do diagnóstico em CID-10 por fiel depositário.

Fortaleza, 17 de JULHO de 2018

Ciente:

Paciente ou Representante Legal

PEDRO RICARDO DE MESQUITA COUTINHO / CRM - 10876

Dr. Pedro Coutinho  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Coluna Vertebral  
CRM - CE 10.876

SOC  
OK

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 SET. 2018



Paciente: 70507882 - FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY

Data Nasc.: 02/04/1966

Nome Social:

Idade: 52 Anos 3 Meses 25 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 5983548

Carteira: 0630020053489446

Plano: MULTIPLAN APTO

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: 6º NORTE

Leito: APTO 613

Data Doc.: 27/07/2018 13:03:21

Data de Internação: 26/07/2018

Dias de Internação: 1

Data Impress.: 27/07/2018 13:05

## RECEITA

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Francisco Paulo Veras Guarany foi submetido em 26/07/2018 a tratamento cirúrgico de fratura-luxação do pé esquerdo, fixado com 04 parafusos.

Tem previsão de 120 (cento e vinte) dias de recuperação. Assim, solicito licença médica (auxílio-doença).

Cid 10: S92

Dr. Claudio Karan  
Ortopedia e Traumatologia  
Ortopedia, Pediatría e do pé  
CREMEC 7442 TEOT 11844

CLAUDIO KARAN MIRANDA

CRM: 7442

27/07/2018 13:03:20

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

24 SET. 2018

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

Paciente:	FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY		
Idade:	52 anos, 3 meses e 15 dias	Prontuário:	70507882
Setor:	EMERGENCIA 24H - ADULTA	Status/Sexo:	U / M
Solicitante:	VICTOR MAGALHAES CALLADO	Data do Exame:	17/07/2018 09:25:00
Atendimento:	5969249	Ac.Number:	3243481
Pedido:	2689589	Data Nascimento:	02/04/1966 00:00:00

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ ESQUERDO

**Indicação Clínica:** Fratura em base do 2º pododactilo a esq.

**Técnica:** Realizado exame do pé esquerdo, **sem** a administração do produto de contraste endovenoso sob a técnica Multislice.

### **LAUDO:**

- Fratura multifragmentar acometendo os ossos cuneiformes (medial e intermédio) e a base do 2º metatarso com pequenos desalinhamentos corticais.
- Múltiplos traços de fraturas sem desalinhamento cortical significativo na base do 4º metatarso.
- Esclerose e cistos subcondrais na superfície articular társica e superfície articular distal do 1º metacarpo.
- Demais estruturas ósseas visíveis com contornos corticais, densidade e trabeculação normais.
- Espaços articulares conservados.
- Não são notadas massas nos tecidos moles.
- Planos músculo-gordurosos preservados.
- Entesófito calcâneo-plantar.

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA

24 SET. 2018



Dr(a).FRANCISCO EVALDO DE OLIVEIRA  
CRM: 6226

*O presente exame é um método auxiliar, que somente poderá ser interpretado por seu médico assistente, dentro do contexto clínico"*



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- Nº Guia no Prestador

Unimed  
FARMACIA

1 - Registro ANS 31.714-4		1 - Número da Guia Principal	
2 - Nome do Autorizador		2 - Número da Guia Adicional para Operadora	
3 - Nome do Beneficiário		3 - Nome da Agência de Saúde	
4 - Nome do Contratado		4 - Nome da Agência de Saúde	
5 - Nome do Contratado		5 - Nome da Agência de Saúde	
6 - Nome do Contratado		6 - Nome da Agência de Saúde	
7 - Nome do Contratado		7 - Nome da Agência de Saúde	
8 - Nome do Contratado		8 - Nome da Agência de Saúde	
9 - Nome do Contratado		9 - Nome da Agência de Saúde	
10 - Nome do Contratado		10 - Nome da Agência de Saúde	
11 - Nome do Contratado		11 - Nome da Agência de Saúde	
12 - Nome do Contratado		12 - Nome da Agência de Saúde	
13 - Nome do Contratado		13 - Nome da Agência de Saúde	
14 - Nome do Contratado		14 - Nome da Agência de Saúde	
15 - Nome do Contratado		15 - Nome da Agência de Saúde	
16 - Nome do Contratado		16 - Nome da Agência de Saúde	
17 - Nome do Contratado		17 - Nome da Agência de Saúde	
18 - Nome do Contratado		18 - Nome da Agência de Saúde	
19 - Nome do Contratado		19 - Nome da Agência de Saúde	
20 - Nome do Contratado		20 - Nome da Agência de Saúde	
21 - Nome do Contratado		21 - Nome da Agência de Saúde	
22 - Nome do Contratado		22 - Nome da Agência de Saúde	
23 - Nome do Contratado		23 - Nome da Agência de Saúde	
24 - Nome do Contratado		24 - Nome da Agência de Saúde	
25 - Nome do Contratado		25 - Nome da Agência de Saúde	
26 - Nome do Contratado		26 - Nome da Agência de Saúde	
27 - Nome do Contratado		27 - Nome da Agência de Saúde	
28 - Nome do Contratado		28 - Nome da Agência de Saúde	
29 - Nome do Contratado		29 - Nome da Agência de Saúde	
30 - Nome do Contratado		30 - Nome da Agência de Saúde	
31 - Nome do Contratado		31 - Nome da Agência de Saúde	
32 - Nome do Contratado		32 - Nome da Agência de Saúde	
33 - Nome do Contratado		33 - Nome da Agência de Saúde	
34 - Nome do Contratado		34 - Nome da Agência de Saúde	
35 - Nome do Contratado		35 - Nome da Agência de Saúde	
36 - Nome do Contratado		36 - Nome da Agência de Saúde	
37 - Nome do Contratado		37 - Nome da Agência de Saúde	
38 - Nome do Contratado		38 - Nome da Agência de Saúde	
39 - Nome do Contratado		39 - Nome da Agência de Saúde	
40 - Nome do Contratado		40 - Nome da Agência de Saúde	
41 - Nome do Contratado		41 - Nome da Agência de Saúde	
42 - Nome do Contratado		42 - Nome da Agência de Saúde	
43 - Nome do Contratado		43 - Nome da Agência de Saúde	
44 - Nome do Contratado		44 - Nome da Agência de Saúde	
45 - Nome do Contratado		45 - Nome da Agência de Saúde	
46 - Nome do Contratado		46 - Nome da Agência de Saúde	
47 - Nome do Contratado		47 - Nome da Agência de Saúde	
48 - Nome do Contratado		48 - Nome da Agência de Saúde	
49 - Nome do Contratado		49 - Nome da Agência de Saúde	
50 - Nome do Contratado		50 - Nome da Agência de Saúde	
51 - Nome do Contratado		51 - Nome da Agência de Saúde	
52 - Nome do Contratado		52 - Nome da Agência de Saúde	
53 - Nome do Contratado		53 - Nome da Agência de Saúde	
54 - Nome do Contratado		54 - Nome da Agência de Saúde	
55 - Nome do Contratado		55 - Nome da Agência de Saúde	
56 - Nome do Contratado		56 - Nome da Agência de Saúde	
57 - Nome do Contratado		57 - Nome da Agência de Saúde	
58 - Nome do Contratado		58 - Nome da Agência de Saúde	
59 - Nome do Contratado		59 - Nome da Agência de Saúde	
60 - Nome do Contratado		60 - Nome da Agência de Saúde	
61 - Nome do Contratado		61 - Nome da Agência de Saúde	
62 - Nome do Contratado		62 - Nome da Agência de Saúde	
63 - Nome do Contratado		63 - Nome da Agência de Saúde	
64 - Nome do Contratado		64 - Nome da Agência de Saúde	
65 - Nome do Contratado		65 - Nome da Agência de Saúde	
66 - Nome do Contratado		66 - Nome da Agência de Saúde	
67 - Nome do Contratado		67 - Nome da Agência de Saúde	
68 - Nome do Contratado		68 - Nome da Agência de Saúde	
69 - Nome do Contratado		69 - Nome da Agência de Saúde	
70 - Nome do Contratado		70 - Nome da Agência de Saúde	
71 - Nome do Contratado		71 - Nome da Agência de Saúde	
72 - Nome do Contratado		72 - Nome da Agência de Saúde	
73 - Nome do Contratado		73 - Nome da Agência de Saúde	
74 - Nome do Contratado		74 - Nome da Agência de Saúde	
75 - Nome do Contratado		75 - Nome da Agência de Saúde	
76 - Nome do Contratado		76 - Nome da Agência de Saúde	
77 - Nome do Contratado		77 - Nome da Agência de Saúde	
78 - Nome do Contratado		78 - Nome da Agência de Saúde	
79 - Nome do Contratado		79 - Nome da Agência de Saúde	
80 - Nome do Contratado		80 - Nome da Agência de Saúde	
81 - Nome do Contratado		81 - Nome da Agência de Saúde	
82 - Nome do Contratado		82 - Nome da Agência de Saúde	
83 - Nome do Contratado		83 - Nome da Agência de Saúde	
84 - Nome do Contratado		84 - Nome da Agência de Saúde	
85 - Nome do Contratado		85 - Nome da Agência de Saúde	
86 - Nome do Contratado		86 - Nome da Agência de Saúde	
87 - Nome do Contratado		87 - Nome da Agência de Saúde	
88 - Nome do Contratado		88 - Nome da Agência de Saúde	
89 - Nome do Contratado		89 - Nome da Agência de Saúde	
90 - Nome do Contratado		90 - Nome da Agência de Saúde	
91 - Nome do Contratado		91 - Nome da Agência de Saúde	
92 - Nome do Contratado		92 - Nome da Agência de Saúde	
93 - Nome do Contratado		93 - Nome da Agência de Saúde	
94 - Nome do Contratado		94 - Nome da Agência de Saúde	
95 - Nome do Contratado		95 - Nome da Agência de Saúde	
96 - Nome do Contratado		96 - Nome da Agência de Saúde	
97 - Nome do Contratado		97 - Nome da Agência de Saúde	
98 - Nome do Contratado		98 - Nome da Agência de Saúde	
99 - Nome do Contratado		99 - Nome da Agência de Saúde	
100 - Nome do Contratado		100 - Nome da Agência de Saúde	

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
24 SET. 2018

Dr. Claudio Karan  
Ortopedia pediátrica e medicina do pé adulto  
CRM 7442 - TEOT 11842

PO 2 m. fratura luxação supra/pú-E  
Fisio  
Carga programada, choveragem, refração mm  
nos 5. look





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013871949212  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD - RENAVAM - EXERCÍCIO -  
PPT 01 99727222B 0000000000 2018

NOME - FRANCISCO PAULO V GUARANY  
FORTALEZA / CE

PLACA - 24730777387 / CE

CHASSI - 9C2ND1110ER012412

COMBUSTÍVEL - GASOL / ALCOL

ESPECIE TIPO - P4S / MOTOCICLO / NAO - APLIC

MARKA / MODELO - HONDA / XRE 300

ANO FAB - 2014

ANO MOD - 2014

COR PREDOMINANTE - PRETA

CATEGORIA - PARTIC

VENO / COTAS - 1\*

COTA ÚNICA - \*\* / \*\* / \*\*

FAIXA LTV - \*\*

PARCELAMENTO / COTAS - 2\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) - 180.65

IOF (R\$) - 0.70

PREMIO TOTAL (R\$) - 181.35

DATA DE PAGAMENTO - 31/01/20

OBSERVAÇÕES -

LOCAL - FORTALEZA

DATA - 15/03/2018

Assinatura: Igor Ponte

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013871949212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

24730777387

OSK9307/CE

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

013871949212

41516054418

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO -  
2018 15/03/2018

PLACA - OSK9307

CPV / CNPJ - 24730777387

RENAVAM - 99727222B

MARKA / MODELO - HONDA / XRE 300

ANO FAB - 2014

ANO MOD - 2014

COR PREDOMINANTE - PRETA

CATEGORIA - PARTIC

VENO / COTAS - 1\*

COTA ÚNICA - \*\* / \*\* / \*\*

FAIXA LTV - \*\*

PARCELAMENTO / COTAS - 2\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) - 180.65

IOF (R\$) - 0.70

PREMIO TOTAL (R\$) - 181.35

DATA DE PAGAMENTO - 31/01/20

OBSERVAÇÕES -

LOCAL - FORTALEZA

DATA - 15/03/2018

Assinatura: Igor Ponte

61A CORRETORA DE SEG. LTDA.  
24 SET. 2018

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350438/18

**Vítima:** FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY

**CPF:** 247.307.773-87

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 16/07/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY : 247.307.773-87**

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: 24/09/2018  
Nome: FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY  
CPF: 247.307.773-87

FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 201821010

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4165 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **24/09/2018 12:06:37**  
Data / Hora da Ocorrência: **16/07/2018 18:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA RUBIA SAMPAIO**  
Complemento: **C/AV. DOMINGOS OLÍMPIO**  
Bairro: **FARIAS BRITO** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY**  
Nascimento: **02/04/1966** CPF: **247.307.773-87**  
RG: **95008002360** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **ROMUALDA VERAS GUARANY**  
**JOSÉ GUARANY**  
Endereço: **AVENIDA E, 2ª ETAPA, 70**  
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.750-040**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98602-3057**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSK9307** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2ND1110ER012412** Renavam: **997272228** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2014**  
Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **FRANCISCO PAULO V GUARANY** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava a sua motocicleta de placa OSK9307 (acima descrita) quando de repente foi colidido por um ciclista e, com o impacto, o declarante perdeu o controle de seu veículo e veio a tombar ao solo, lesionando-se; QUE, mesmo com dores conseguiu chegar a sua residência e, no dia seguinte (17/07/2018), procurou por conta própria atendimento médico no Hospital da Unimed; Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse.  
FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

Pág. 1 de 1

24 SET. 2018

Impresso em: 24/09/2018 12:14:00

Ass:

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 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 com 16 ou 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

247.307.773.87

Nome completo da vítima

FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY

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

Nome completo FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY		CPF titular da conta 247.307.773-87	Profissão VENDEDOR
Endereço AV. E.		Número 700	Complemento 2ª ETAPA
Bairro PREFEITO JOSE WALTER	Cidade FORTALEZA	Estado CEARA	CEP 60750-090
Email pauloverasguarany@gmail.com		Telefone (DDD) (85) 98602-3057	

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**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☒ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.

3466

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA  
NRO.

00021812-

(Informar dígito se existir)

D/V

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA  
NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA  
NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

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.

...DIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Fortaleza, CE, 24 de SETEMBRO de 2018 24 SET. 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal