

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190506869 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIANO MOREIRA DE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA
ARAUJO JACAUNA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA DISTAIS DIREITAS

Descrição do exame físico: IMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO PLANTAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA, SEM FISIOTERAPIA SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA: 23/08/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190506869

Cidade: Tamboril

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACALUNA

Data do acidente: 11/01/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do TMI:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @4 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190506869

Vítima: JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190506869**

Vítima: JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000739-0**

Conta: **00000593342-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190506869

Vítima: JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: **JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA** 6 - CPF:

7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: SITIO CUPIDO, DISTRITO DE AÇUDINHO	9 - Número: S/Nº	10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: TAMBORIL	13 - Estado: CE	14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (88) 99968-0286	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

18 - CPF do Representante Legal:
711.870.653-15 19 - Profissão do Representante Legal:
AGRICULTOR

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BRADESCO (237)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 739 CONTA: 593.342
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Nascrito (vai nascer)? Não 31 - Vítima Sim Teve Irmãos? Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: CPF:
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: CPF:
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **TAMBORIL-CE, 19 DE JUNHO DE 2019**

= Francisco Antônio Ferreira Jacauna
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

= Francisco Antônio Ferreira Jacauna
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 556 - 387 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**

Data / Hora da Comunicação: **28/05/2018 15:34:17**

Data / Hora da Ocorrência: **11/01/2018 20:35:00**

Endereço da Ocorrência: **VILA BELÉM**

Complemento: **AÇUDINHO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **TAMBORIL/CE**

Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO CUPIDO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA**

Nascimento: **20/10/2005** CPF:

REGISTRO CIVIL: **13420** Orgão Emissor: **UF:**

Filiação: **JURACI MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA**

FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

Endereço: **VILA BELÉM AÇUDINHO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **TAMBORIL/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 9280-1239**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCP2708** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:

9C2KC1670BR361452 Renavam: **388692383** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano

Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MANOEL GOMES DE SOUSA FILHO**

Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Está acompanhado neste ato pelo genitor FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA; QUE estava na garupa da moto acima cadastrada sendo conduzida pela pessoa de MANOEL GOMES DE SOUSA FILHO quando a moto derrapou e ambos vieram a cair; QUE após terem caído, subiram novamente no veículo e a vítima foi pra casa; QUE mais tarde no mesmo dia a vítima sentiu dor e foi levado pelo tio para o hospital público de Tamboril, sendo depois transferido para o hospital de Crateús; QUE está com o intermediário ANDREOS, de Crateús.

TESTEMUNHA MANOEL GOMES DE SOUSA FILHO(CPF 01826940383) - morador da rua Vicente Alves do Vale, nº 100, Tamboril; QUE é amigo do pai da vítima e condutor do veículo envolvido no acidente; QUE estava na estrada carroçal em alta velocidade, 80km/h e perdeu o controle do veículo, vindo a cair; QUE chamou conhecido para dar assistência e levou a vítima para a sua residência, no Açudinho.

TESTEMUNHA ANTONIO FERREIRA JACAUNA(CPF 19467050803) - morador do Sítio Cupido, Açudinho, Tamboril; QUE é tio da vítima e estava em casa no momento do acidente; QUE soube do acidente através de terceiros, não indo ao local do acidente ou no hospital.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 556 - 387 / 2018

QUE está ciente de que o Art. 3º,§3º da Lei 6.194/1974 prevê que as despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas em NENHUMA hipótese poderão ser reembolsadas quando o atendimento for realizado pelo SUS.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Xavier Fabiano manso da moyra yessica

VISTO DO DELEGADO(A) : Thiago Rezende Tatagiba
Delegado de Polícia
Mat: 301.238-3-2 **THIAGO REZENDE TATAGIBA - MAT.: 30123832**

X Francisco Antonio Ferreira Jardim

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA** 6 - CPF:

7 - Profissão: **ESTUDANTE** 8 - Endereço: **SITIO CUPIDO, DISTRITO DE AÇUDINHO** 9 - Número: **S/Nº** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **TAMBORIL** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **63.750-000**

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(88) 99968-0286**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

18 - CPF do Representante Legal: **711.870.653-15** 19 - Profissão do Representante Legal: **AGRICULTOR**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BRADESCO (237)**

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **739** CONTA: **593.342**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Nascitur (vai nascer)? Não 31 - Vítima Sim Teve Irmãos? Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima Sim Deixou pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **TAMBORIL-CE, 19 DE JUNHO DE 2019**

= Francisco Antônio Ferreira Jacauna
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

= Francisco Antônio Ferreira Jacauna
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE TAMBORIL
CARTÓRIO SALES – PRIMEIRO OFÍCIO
Maria da Conceição Araújo Rangel - (Substituta Resp. pela Titularidade)
Rua Santos Dumont s/n – Centro – Tamboril – Ceará
Fone: 0xx (88) 617.11.14 - CNPJ: 06.586.366/0001- 70 CEP: 63.750.000
E mail:cartoriosales@hotmail.com

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 151, do Livro A-51, sob N.º 13.420, de Registro de Nascimento, foi lavrado o assento de JOSÉ FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA, nascido(a) aos 20 (vinte) de outubro de 2005 (dois mil e cinco), em Tamboril - Ceará, no Hospital Regional, às 11:45 (onze horas e quarenta e cinco minutos), do sexo masculino, de cor parda, filha(o) de Francisco Antonio Ferreira Jacauna e de Juraci Moreira de Araujo Jacauna, sendo avós paternos José Jacauna e Maria da Conceição Ferreira e avós maternos Joaquim Venceslau de Araujo e Maria Moreira de Araujo. Foi (ram) declarante(s): de Francisco Antonio Ferreira Jacauna. O assento foi lavrado em 20/10/2005. Foram dispensadas as testemunhas na forma da Lei n.º 9.997, de 17/08/2000. Pub. no DO de 18/08/2000.

OBSERVAÇÃO:

O referido é verdade e dou fé.
Tamboril, 20 de outubro de 2005.

José da Conceição Araújo
Escrevente Substituta Resp. p/ Titularidade do 1.º Ofício

Válido somente com o selo de autenticidade



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00739-0

CONTA: 00000593342-0

Nr. Autenticação

BRADESCO23092019050000000002370073900000593342168750 PAGO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO
Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL
Crescimento com felicidade

Hora à l: 35 DATA: 11/01/19
Nº SUS: 888004202710322

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Sône fabiano Alves da França IDADE: 16
Nº DO DOCUMENTO: ORGÃO EMISOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1/19

C.N.: 13420 FIS.: 151 LIVRO: A-51 DATA DE EMISSÃO: 20/10/05 CARTÓRIO: 24465

NATURALIDADE: Tamboril PROFISSÃO: Estudante DATA DO NASC.: 20/10/05

EST. CIVIL: SEXO: M TELEFONE: (88) 01239 ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO: Bíbelo RACA/COR:
ENDERECO: Belém

FELIAÇÃO: Floriano Antônio Ferreira Jaconina

QUEIXA PRINCIPAL: Reflexos de dor muscular e queijo

HISTÓRIA ATUAL: Doença de 10 dias

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA: Rx (radiofotografia)

EXAMES SOLICITADOS:

P.A.: TEMP.:

PESO:

J. M. Valente Otávio Góes
Médico
CRM 17355

Assinatura do Médico



Esta é a segunda via de

MAR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	8817419	DV 0
VENCIMENTO		
	10/05/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)		
48,44		

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **567565174**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota	38 039103 02 010800	Medidor	Poste
Nome	JURACI MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA	23632192	0000 0
Endereço Postal			

End. da Unidade
Consumidora ST CUPIDO 00000 ACUDINHO TAMBORIL 63750000

RG / CPF / CNPJ 012.293.803-88 CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

7091	7005	1	86	0	86
------	------	---	----	---	----

DESCRIPÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA
COB. SALDO FATURA ANTERIOR

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
----------------------------------	--------------------------

26/03/2019

25/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5B1F.85B0.FAFE.5B38.BE55.8661.3867.F87C

ICMS

Base de Cálculo (R\$) ISENTO	Alíquota	Valor do Imposto
---------------------------------	----------	------------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)
0 | 0 | 100

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

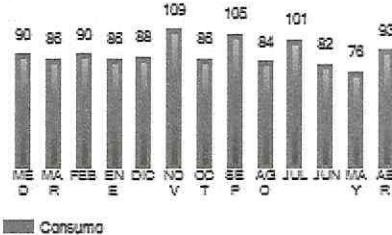
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 9,72

Conjunto MONSENHOR TABOSA

Mês JAN/ 2019

	Padrão Mensal			Individual Trim.		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **8817419-0** Nº da Nota Fiscal: **567565174** Total a Pagar (R\$): **48,44**

Data de Emissão: **10/04/2019** Referência: **MAR/2019** Nº de Controle: **0008817419 00016 4317 2 20**

83850000000-8 48440031000-3 00088174190-6 00164317287-2



**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70
CGF 06.105.848-3

Nº CLIENTE: 000008481927

MUNICÍPIO: CRATEUS SAO VICENTE

CEP: 63700-000

NOME: IRISMAR PESSOA PEDROSA LIRA

CPF: 478.864.553-04

ENDEREÇO: RU ZACARIAS CARLOS DE MELO 00584

MÊS/ANO	VENCIMENTO	CONSC. kWh	VALOR EM R\$
07/2019	10/08/2019	48	66,80

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR EM (R\$)

66,80

COMPROVANTE ENEL



Nº DO CLIENTE 000008481927

MUNICÍPIO 63700-000CRATEUSSAO VICENTE

ROTA RU ZACARIAS CARLOS DE MELO00584

TOTAL A PAGAR EM (R\$)

66,80



83800000000 9 66800031200 0 01008716929 8 00008481927 8

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Anselmo Pessoa Zirpa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 914.345-303 / 10, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Franisco Anselmo Pessoa Zirpa JACUANA inscrito (a) no CPF sob o Nº 711.870.653 / 15
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima José Franklin Moreira de Araújo JACUANA
inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 ZACAELAS CARLOS DE MELO</u>	Número:	<u>584</u>	Complemento:
Bairro:	<u>SÃO VICENTE</u>	Cidade:	<u>CRATO</u>	Estado: <u>Ceará</u> CEP: <u>63.700-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(88) 99968-0226</u>

Local e Data: _____ CRATO-CE, 19.06.2019.

Eusébio Lin
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MANDEL GOMES DE SOUSA FILHO,
RG nº 20030150 79983, data de expedição 26/08/03,
Órgão SSP/EE, portador do CPF nº 018.069.403-83, com
domicílio na cidade de TAMANDARÉ, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA VICENTE ALVES DO VALE, nº 5/n.
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 JOSE PABIANO MOREIRA DE ARAUJO o condutor era
MANDEL GOMES DA SILVA FILHO.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG 150 FAN EST
Ano: 2011
Placa: OCP 27081 CE
Chassi: 9C21CC1670BR361452
Data do Acidente: 11/01/18
Local e Data: 28/03/18

X manel gomes de souza filho
Assinatura do Declarante

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





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 12/01/2018 09:24

Página 1
v2017005

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 131276	Atendimento 0001	Nome do Paciente JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA	CNS 898004202710322	Guia de Autorização
Documento(s) Certidão Nascimento: 13420			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/10/2005	Local TAMBORIL/CE			Idade 12 Ano(s)
Pai FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA	Mãe JURACI MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA			
Endereço CAMPO BELEM, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63750-000	Município TAMBORIL	UF CE
Profissão MENOR	Empresa	Cônjugue		Telefone 88 92801239
Responsável JURACI MOREIRA DE ARAUJO JAC	CPF do Responsável	Endereço CAMPO BELEM, SN	Município TAMBORIL	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/01/2018	Hora 09:23	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA\TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA	

Observação
guia 12/01/2018

Sala

Data/Hora Liberação
____/____/____ às ____ hs.

Tipo de Saída
() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) 45 Altura (cm) T (°C) 36 P (bpm) 114 R (impm) 22 PA (mmHg) 100x70

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*anorexia em torno de 1 mês
mel tímico e cefaléia
em olho e orelha*

*a 4 mês de nasc
família tabagista e
Cme neuropática*

*Dr. Jamil S. Jorqueira
Traumato Ortopedico
CRM: 6945*

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945



Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: JURACI MOREIRA DE ARA



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº SUS: 888004202710322
Nº: _____
Hora: 0:35 DATA: 11/01/19

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Sône fabiano Alves da França IDADE: 16

Nº DO DOCUMENTO: ÓRGÃO EMISOR:

C.N.: 13420 Hs.: 151 IURU: A-51 DATA DE EMISSÃO: 20/10/05 CARTÓRIO: 24465

NATURALIDADE: Tamboril PROFISSÃO: Estudante DATA DO NASC.: 20/10/05

EST. CIVIL: — SEXO: M TELEFONE: (88) 01239 ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO: Bíbelo RACA/COR: —

ENDERECO: Belém FAMILIA:

FELIAÇÃO: Flávia Antônio Ferreira SISTEMA

QUEIXA PRINCIPAL: Refluxo gástrico com erupção cutânea

HISTÓRIA ATUAL: —

DIAGNÓSTICO

CONDUTA: Rx (S)

EXAMES SOLICITADOS:

P.A.

TEMP.:

PESO:

Assinatura do Médico
CRM 17395



Estado do Ceará

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Secretaria Municipal de Saúde

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Município:

Distrito Sanitário:

Nome: Yves Jobimone Moreira de Souza Prontuário Nº _____Sexo: M F Data de Nascimento 20/10/05 Ocupação: _____

Bairro: _____ Tel: _____

Endereço: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente Refere seidente em suelo, produzindo escoriação no tornozelo direito + dificuldade em deslocar-se

Resultado de Exames:

Radiografia mostra fratura de tíbio e fibula (distal)

Consulta já Realizada:

Assinatura do encaminhante
CRM 17355

11/01/18

Data

Hora

Impressão Diagnóstica: _____

Função

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Prontuário Nº: _____

Alta ____ / ____ / ____

Município: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

_____ para seguimento

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim

Função

Data

AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: JOSÉ RODRIGO MOREIRA DE ANDRADE JACUNHA
CPF e/ou RG: CERTIDÃO NASCIMENTO: 13420

Informações do Acidente

Data do acidente: 12/01/2018

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRACTURA DISTAL DE RÍBIA E FÍBULA DA Perna direita.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

ANALGÉSIA CLÍNICA, RADIOGRAFIA, AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA,
IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 45 DIAS.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL DEFINITIVA: DOR E DIFAMAÇÃO NOSS MOLEZINOS, INTENSOS EFORÇOS, LIMITAÇÃO LEVE DA AMPLITUDE DO MOVIMENTO.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatómico e percentual:

1ª Lesão: LESÃO DA Perna direita

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (X) 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

23-08-19, MARCOS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Francisco Antônio Ferreira Jaca VNO
assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMESP 19150



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE TAMBORIL
CARTÓRIO SALES – PRIMEIRO OFÍCIO
Maria da Conceição Araújo Rangel - (Substituta Resp. pela Titularidade)
Rua Santos Dumont s/n – Centro – Tamboril – Ceará
Fone: 0xx (88) 617.11.14 - CNPJ: 06.586.366/0001- 70 CEP: 63.750.000
E mail:cartoriosales@hotmail.com

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 151, do Livro A-51, sob N.º 13.420, de Registro de Nascimento, foi lavrado o assento de JOSÉ FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA, nascido(a) aos 20 (vinte) de outubro de 2005 (dois mil e cinco), em Tamboril - Ceará, no Hospital Regional, às 11:45 (onze horas e quarenta e cinco minutos), do sexo masculino, de cor parda, filha(o) de Francisco Antonio Ferreira Jacauna e de Juraci Moreira de Araujo Jacauna, sendo avós paternos José Jacauna e Maria da Conceição Ferreira e avós maternos Joaquim Venceslau de Araujo e Maria Moreira de Araujo. Foi (ram) declarante(s): de Francisco Antonio Ferreira Jacauna. O assento foi lavrado em 20/10/2005. Foram dispensadas as testemunhas na forma da Lei n.º 9.997, de 17/08/2000. Pub. no DO de 18/08/2000.

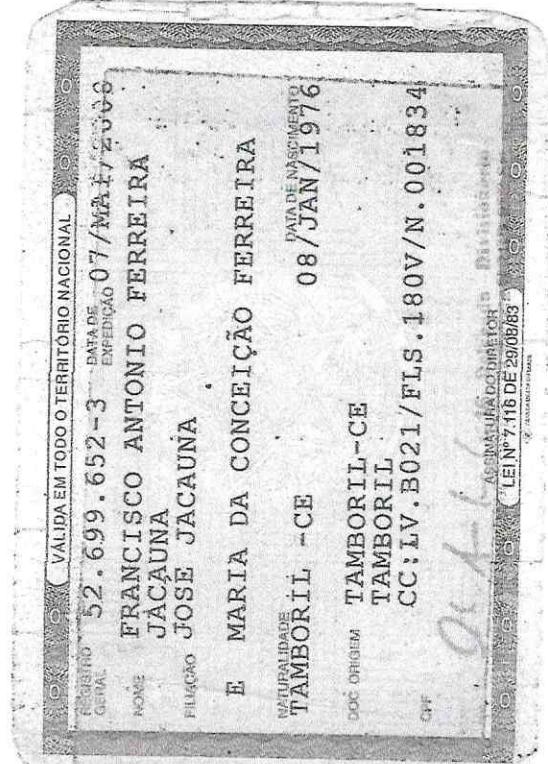
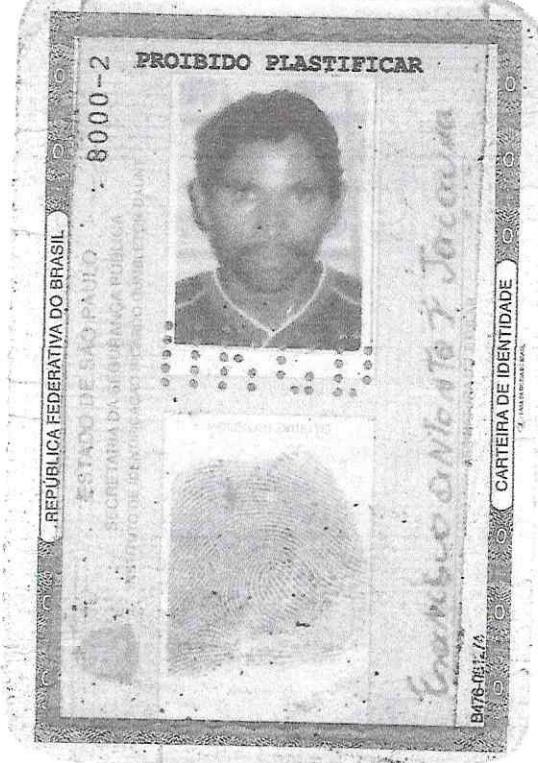
OBSERVAÇÃO:

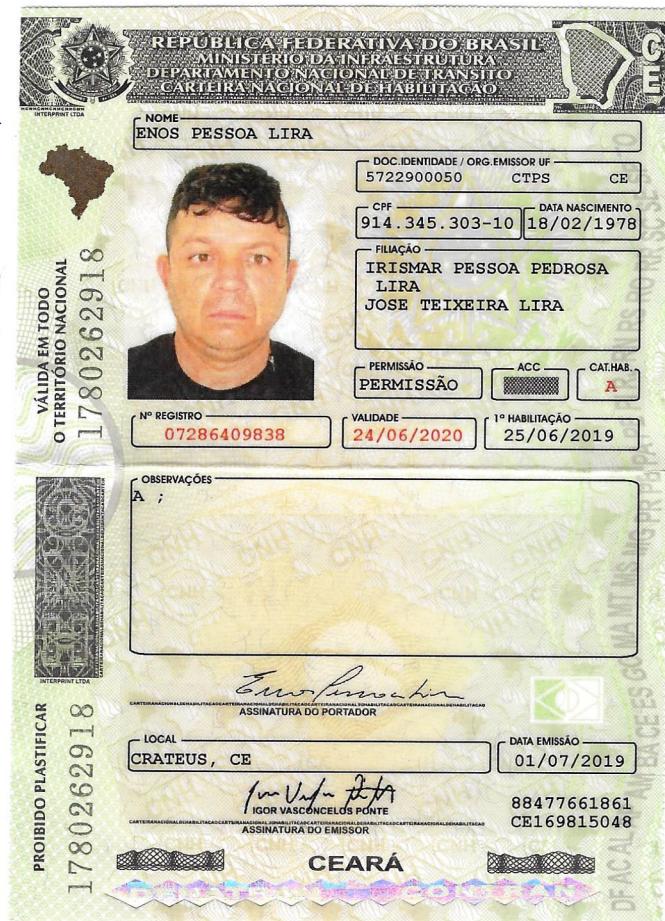
O referido é verdade e dou fé.
Tamboril, 20 de outubro de 2005.

José da Conceição Araújo
Escrevente Substituta Resp. p/ Titularidade do 1.º Ofício

Válido somente com o selo de autenticidade







**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

Número do Sinistro: 3190506869
Nome do(a) Examinado(a): Jose Fabiano Moreira de Araujo Jacauna
Endereço do(a) Examinado(a): St Cupido00, S/N
Acudinho Tamboril CE CEP: 63750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MENOR SEM DOCUMENTO /]
Data local do acidente: [11/01/2018]
Data local do exame: [16/09/2019] SOBRAL [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA DISTAIS DIREITAS

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA, SEM FISIOTERAPIA
Complicações: SEM

Data da Alta: 23/08/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO PLANTAR

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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

Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190506869 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIANO MOREIRA DE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA
ARAUJO JACAUNA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA DISTAIS DIREITAS

Descrição do exame físico: IMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO PLANTAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA, SEM FISIOTERAPIA SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA: 23/08/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190506869 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIANO MOREIRA DE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA
ARAUJO JACAUNA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @4 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado no SÍTIO CUPIDO, DISTRITO DE AÇUDINHO, nº S/Nº, bairro ZONA RURAL, Município de TAMBORIL, Estado de(o) CEARA, Cep.: 63.750-000, portador(a) do RG nº 52.699.652-3, SSP/SP e CPF nº 711.870.653-15

Outorgado: ENOS PESSOA LIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à RUA ZACARIAS CARLOS DE MELO, nº 584, bairro SÃO VICENTE Município de CRATEÚS, Estado de (o) CEARA Cep.: 63.700-000, portador (a) do RG nº 2007019026534 SSP/CE e CPF nº 914.345.303-10

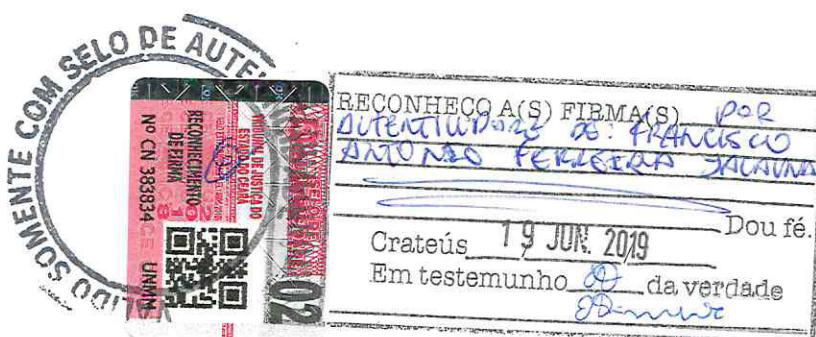
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro natureza INVALIDEZ, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA, ocorrido em 11/01/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

CRATEUS/CE, 19 de JUNHO de 2019.



Outorgante FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA
CPF Nº 711.870.653-15



CARTÓRIO MARTINS
Bel. Edíbar Albuquerque Naslimento
Substituto Legal - CRA/4808
Crateús - Ceará

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299389/19

Vítima: JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JAC

CPF: 711.870.653-15

CPF de: Representante

Data do acidente: 11/01/2018

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ENOS PESSOA LIRA : 914.345.303-10

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

FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA : 711.870.653-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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

Data da entrega: 30/08/2019
Nome: ENOS PESSOA LIRA
CPF: 914.345.303-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

ENOS PESSOA LIRA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA