

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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 JACAUNA **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 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

**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

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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





---

**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

5 - Nome completo:

**JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA**

6 - CPF:

7 - Profissão:

**ESTUDANTE**

8 - Endereço:

**SÍTIO 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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ 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)

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 teve filhos?

☐ Sim  
☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim  
☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim  
☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim  
☐ 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.

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 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** AnoFabricação: **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 Nº 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:** João Fabiano mauro de mayo jacuna

**VISTO DO DELEGADO(A) :** Thiago Rezende Tatagiba  
**THIAGO REZENDE TATAGIBA - MAT.: 30123832**

Thiago Rezende Tatagiba  
Delegado de Polícia  
Mat: 301.238-3-2

X Francisco Antonio Teodoro Jacuna



# 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:

**SÍTIO 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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ 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)

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 teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ 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.

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.º13.420, 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 fê.  
Tamboril, 20 de outubro de 2005.

  
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: 000000593342-0

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2309201905000000000023700739000000593342168750    PAGO



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE  
**HOSPITAL MUNICIPAL DE JAMBORIL**  
Crescimento com Felicidade

Nº: \_\_\_\_\_  
Hora: 20:35 DATA: 11/01/18  
Nº SUS: 888004202710322

**IDENTIFICAÇÃO:**

NOME: Sone Fabiano Azeiteira de Araújo IDADE: 42  
Nº DO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1  
C.N.: 43420 Fts: 151 LIVRO: A-51 DATA DE EMISSÃO: 2011/10/10 CARTÓRIO: 24665  
NATURALIDADE: Tamboril PROFISSÃO: Caldeira DATA DO NASC.: 20/10/1975  
EST. CIVIL: \_\_\_\_\_ SEXO: M TELEFONE: 98801233 ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_  
RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Belém  
-FILIAÇÃO: Francisco Antônio Figueira Jacuana  
Suzane Monira de Araújo Jacuana  
1. QUEIXA PRINCIPAL: Reflexo e dor no abdômen, com vômito, produzindo febre  
2. HISTÓRIA ATUAL: no dia 09 de fevereiro de 2018  
3. DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
4. CONDUTA: Refeita  
5. EXAMES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_  
6. PA: \_\_\_\_\_  
7. TEMP.: \_\_\_\_\_  
8. PESO: \_\_\_\_\_

Médico  
CRM 17355

Assinatura do Médico





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 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

Esta é a segunda via de  
**MAR/2019**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**8817419** DV **0**

VENCIMENTO  
**10/05/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**48,44**

#### 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 7091 Leitura Anterior 7005 Constante 1 Consumo (kWh) 86 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 86

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 26/03/2019 Prev. Próxima Leitura 25/04/2019

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

#### ICMS

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

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

#### OUTROS PAGAMENTOS

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

0,70  
26,12

#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)  
0 100

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

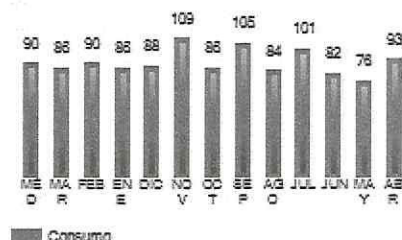
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 9,72

Conjunto MONSENHOR TABOSA

Mês JAN/ 2019

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual 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

N° do Cliente: 8817419-0 N° da Nota Fiscal: 567565174 Total a Pagar (R\$): 48,44  
Data de Emissão: 10/04/2019 Referência: MAR/2019 N° 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**  
07/2019**VENCIMENTO**  
10/08/2019**CONSC. kWh**  
48**VALOR EM R\$**  
66,80**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA****TOTAL A PAGAR EM (R\$)****66,80****COMPROVANTE ENEL****MUNICÍPIO** 63700-000CRATEUSSAO VICENTE**ROTA** RU ZACARIAS CARLOS DE MELO00584**TOTAL A PAGAR EM (R\$)****66,80****Nº DO CLIENTE** 000008481927

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](http://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/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EUOI PESSOA ZIRA  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 914.345.303 / 10, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACARNA inscrito (a) no CPF sob o Nº 711.870.653 / 15  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDIZ da Vítima JOSÉ FÁBIO MOREIRA DE ARAÚJO JACARNA  
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 ZACARIAS CARLOS DE MELO</u>	Número: <u>584</u>	Complemento:
Bairro: <u>SÃO VICENTE</u>	Cidade: <u>CRATEÚS</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail:	CEP: <u>63.700-000</u>	Tel. (DDD): <u>181 99968-0286</u>

Local e Data: CRATEÚS-CE, 19.06.2019.

Euoflex - Lin  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MANOEL GOMES DE SOUSA FILHO,  
RG nº 2003015074983, data de expedição 26/08/03,  
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 018.269.403-83, com  
domicílio na cidade de TAMPORIL, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA VICENTE ALVES DO VALE, nº S/N,  
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 JOSE PABIANO MORAES DE ARAUJO o condutor era  
MANOEL GOMES DA SILVA FILHO.

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA/CG 150 FAN EST  
Ano: 2011  
Placa: OCP 2708/CE  
Chassi: 9C21CC1670BR361452  
Data do Acidente: 11/01/18  
Local e Data: 28/03/18

Manoel Gomes de Sousa Filho  
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO SALES  
TAMPORIL - CE

Reconheça a(s) firma(s) por Autenticidade  
de Manoel Gomes de Sousa Filho.  
Data: 28/03/18  
Assinatura: [Assinatura]

ROSA HELENA DA COSTA OLIVEIRA  
VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE





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	Mãe JURACI MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA ✓	Idade 12 Ano(s)	
Pai FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA	Bairro ZONA RURAL	CEP 63750-000	Município TAMBORIL	UF CE
Endereço CAMPO BELEM, SN	Conjuge	Telefone 88 92801239		
Profissão MENOR	Empresa	CPF do Responsável	Município TAMBORIL	UF CE
Responsável JURACI MOREIRA DE ARAUJO JAC	Endereço CAMPO BELEM, SN			

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	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito		
Sala	às ____ hs.			

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
	40		36	114	22	100 x 30

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

*sa 99*  
*Curup em luto*  
*mel. tórax e abd.*  
*em ob e ofus*  
*a x para x*  
*função abdominal e*  
*com suppurado*

Dr. Jamil S. Jorqueira  
Traumato Ortopedia  
CRM: 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945



Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JURACI MOREIRA DE ARAUJO





**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE  
**HOSPITAL MUNICIPAL DE JAMBORIL**  
Crescimento com Felicidade

Nº: \_\_\_\_\_  
Hora: 20:35 DATA: 11/01/18  
Nº SUS: 888004202710322

**IDENTIFICAÇÃO:**

NOME: Sone Fabiano Azeiteira da Araujo IDADE: 42

Nº DO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1

C.N.: 43420 Fts: 151 LIVRO: A-51 DATA DE EMISSÃO: 2011/10/10 CARTÓRIO: 24665

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

EST. CIVIL: \_\_\_\_\_ SEXO: M TELEFONE: 98801233 ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Belém

FILIAÇÃO: Francisco Antonio Figueira Jacuana

QUEIXA PRINCIPAL: Suave dor no abdômen, em um lado, prolongando-se

HISTÓRIA ATUAL: no dia 09 de fevereiro de 2018

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

CONDUTA: Refeição

EXAMES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_

P.A.: \_\_\_\_\_

TEMP.: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

Médico  
CRM 17355

Assinatura do Médico





## AVALIAÇÃO MÉDICA

### Informações da vítima

Nome Completo: JOSE FABIANO MOREIRO DE ARANJO SACAUNA  
CPF e/ou RG: CERTIDÃO NASCIMENTO: 33420

### Informações do Acidente

Data do acidente: 12 / 05 / 2018

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRACTURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DA PERNA DIREITA.

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

ANALGESIA 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 EDEMA MODERADOS, INTENSOS ESFORÇOS, 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 susceptível(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 Anatômico 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, MATUOS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Francisco Antonio Ferreira Jaca VNO  
assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Melo Filho  
MÉDICO  
CREMEX 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.º13.420, 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 fê.  
Tamboril, 20 de outubro de 2005.

  
Escrevente Substituta Resp. p/ Titularidade do 1.º Ofício

Válido somente com o selo de autenticidade





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO - 8000-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

*Francisco Antonio Ferreira Jacauna*

DATA DE EMISSÃO: 08/01/1976

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 52.699.652-3 DATA DE EMISSÃO 07/MAR/2008

NOME FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

FILIAÇÃO JOSÉ JACAUNA

E MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA

NATURALIDADE TAMBORIL -CE DATA DE NASCIMENTO 08/JAN/1976

DOC ORIGEM TAMBORIL -CE

CC: LV.B021/FLS.180V/N.001834

ASSINATURA DO DIRETOR LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**

Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número 711.870.653-15

Nome FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

Nascimento 08/01/1976

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ENOS PESSOA LIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
5722900050 CTPS CE

CPF  
914.345.303-10 DATA NASCIMENTO  
18/02/1978

FILIAÇÃO  
IRISMAR PESSOA PEDROSA  
LIRA  
JOSE TEIXEIRA LIRA

PERMISSÃO PERMISSÃO ACC CAT. HAB. A

Nº REGISTRO 07286409838 VALIDADE 24/06/2020 1ª HABILITAÇÃO 25/06/2019

OBSERVAÇÕES  
A ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CRATEUS, CE DATA EMISSÃO 01/07/2019

ASSINATURA DO EMISSOR  
IGOR VASCONCELOS PONTE  
88477661861  
CE169815048

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1780262918

PROIBIDO PLASTIFICAR 1780262918

**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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

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

(X) 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

(X) 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.

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

**D. Greive Freitas Cavalcante**

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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 ARAUJO JACAUNA **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:** 09/09/2019

**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 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**

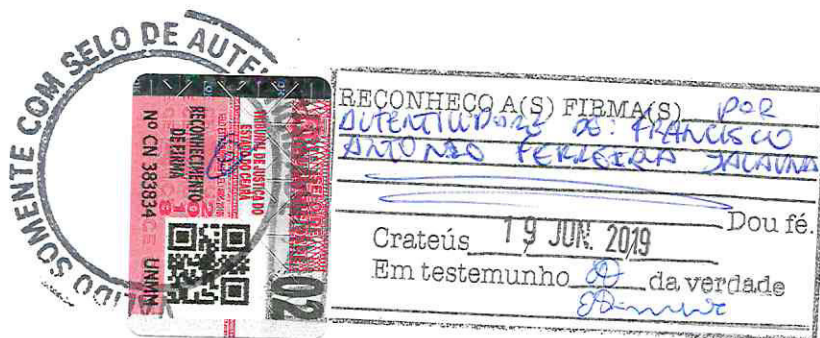
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro natureza **INVALIDEZ**, que vitimou em acidente de 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.

CARTÓRIO  
MARTINS

CRATEUS/CE, 19 de JUNHO de 2019.

*Francisco Antonio F. Jacauna*  
Outorgante **FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA**  
CPF Nº **711.870.653-15**



CARTÓRIO MARTINS  
Bel. Edmar Albuquerque Nascimento  
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](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: 30/08/2019  
Nome: ENOS PESSOA LIRA  
CPF: 914.345.303-10

ENOS PESSOA LIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA