



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2015

Carta nº: 7176813

A/C: ANTONIO JANDERLANDE LINOS ARAUJO

Sinistro: 3150529991
Vitima: ANTONIO JANDERLANDE LINOS ARAUJO
Data Acidente: 18/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2015

Carta nº: 7465555

A/C: ANTONIO JANDERLANDE LINOS ARAUJO

Sinistro: 3150529991
Vítima: ANTONIO JANDERLANDE LINOS ARAUJO
Data Acidente: 18/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2015

Carta nº: 7517405

A/C: ANTONIO JANDERLANDE LINOS ARAUJO

Sinistro: 3150529991
Vitima: ANTONIO JANDERLANDE LINOS ARAUJO
Data Acidente: 18/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150529991 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO JANDERLANDE LINOS ARARUJO**
Endereço do(a) Examinado(a): **AV LAURINDO GOMES nº 50 - CENTRO - QUITERIANOPOLIS/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 56665592-5 - SSP**
Data local do exame: **29/07/2015 CRATEUS/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

ESCORIAÇÕES E TRAUMA CONTUSO EM TORAX .

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TTO CONSERV E ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS. TORAX 0%.

IV. 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 ☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

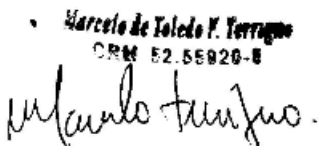
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS. TORAX 0%. -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - CRATEUS, 29/07/2015

Médico Perito: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO CRM: 52.55920-8


CRM 52.55920-8

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Janderlande Lins
 PORTADOR(A) DO RG Nº 56.665.592-5 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 26/09/12 E
 CPF 865449343-72 CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Janderlande Lins AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8168-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 428-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCÓ DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Transferência entre contas BB - Conta-corrente para conta-corrente

Debitado

Agência: 237-2

Conta: 21383-7

Nome: JULIO CEZAR MOURAO SANTOS

Data: Nesta data

Valor: 50,00

Creditado

Agência: 8168-X

Conta: 489-8

Nome: ANTONIO J LINOS ARAUJO

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 3692.3794
Tel.: (88) 9968.0286
Email: jemourao772@neto.com.br

AGÊNCIA SEGURADORA S/A.

10 JUN 2015



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

DOCUMENTO 1 "T19"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 516 - 964 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/04/2015 16:45:46**
Data / Hora da Ocorrência : **18/03/2015 10:00:00**
Endereço da Ocorrência:

NAO INFORMADO QUITERIANOPOLIS /CE

Ponto de Referência:

Histórico

Afirma o noticiante/vítima que no dia 18/03/2015, por volta das 10h00min, sofreu um acidente de trânsito quando o mesmo pilotava a MOTOCICLETA marca/modelo HONDA/C100 BIZ ES, ano fab/mod 2001/2002, cor AZUL, placa HVZ 1472-CE, chassi 9C2HA07102R003443, licenciada em nome de JOÃO DE MOURA CORDEIRO, e ao chegar ao local do acidente o noticiante/vítima perdeu o controle da motocicleta e veio a cair sobre o solo após bater o pneu dianteiro em uma pedra solta existente no percurso, após o ocorrido o noticiante/vítima foi socorrido por populares para o Hospital e Maternidade Quitéria de Lima da cidade de Quiterianópolis-Ce, onde recebeu atendimento médico especializado e foi constatada as lesões decorrentes do acidente, conforme cópias apresentadas no momento do registro da presente ocorrência.

Noticiante(s)

Nome : **ANTONIO JANDERLANE LINOS ARAÚJO**
Endereço : **AV LAURINDO GOMES 50**
Bairro : **CENTRO**
Município/UF : **QUITERIANOPOLIS CE BRASIL** Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACUJA

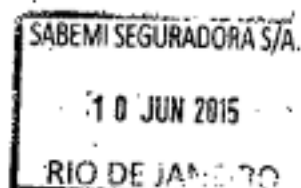
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

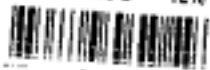
ANTONIO FREIRE LIMA FILHO - MAT.: 198199-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Manoel Rubani Pontes Silva Filho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Tanderlande Lins, portador da carteira de identidade nº 56.665.592-5 expedida por SSP-SP em 26/09/2012 e inscrito no CPF/MF sob o nº 865.449.343-72 residente e domiciliado na Avenida Lacombe Gomes, 050 Cidade Guitermanópolis Estado Ceará declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

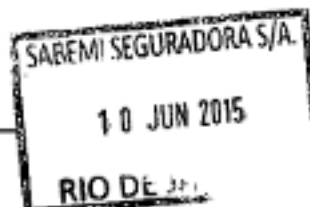
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antônio Tanderlande Lins

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Crato - CE, 15.05.2015

Local e data





470



PREFEITURA DE
QUITERIANÓPOLIS

Cuidando bem do Povo
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 3692.3794
Tel.: (88) 9968.0266
Email: jcemourdo@xpo.com.br

Nº

18/03/15

Unidade:

R. M. Q. G.

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Antônio Janderlino Lima Araújo 34 anos.

Est. Civil:

Quil

Sexo:

M.

Profissão:

Naturalidade:

Quil

Endereço:

R. Tamar Moura Bordinho

2. QUEIXA PRINCIPAL:

Pr. no d. a. d. t. de no. f. o. e. l. t. s.
apresentando sintomas no abd.
e dor torácica. (ver)

3. CONDIÇÃO

Pr. = Polifarmácia

- d. p. o. novo H. novo ec

- citoplasma 1 mm 200

[Handwritten signature]

SABEM! SEGURANÇA

10 JUN 2015



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Funderlaude LinoRG nº 56.665.5925 data de expedição 26/09/12 Órgão SSP SP

CPF nº 865.444.343-72 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Laurindo Gomes</u>
Número	<u>050</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Quiteriaopolis</u>
Estado	<u>Para</u>
CEP	<u>63.650.000</u>
Telefone de Contato	<u>188/9968-0286 188/3692-3794</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 9692.3794
Tel.: (88) 9968.0286
Email: jcmourão7@ig.com.br

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 9692.3794
Tel.: (88) 9968.0286
Email: jcmourão7@ig.com.br

Local e Data: Prateas - ce, 15.05.2015Assinatura do Declarante: Antonio Funderlaude Lino Para DO

SABEMI SEGURADORA S/A.

10 JUN 2015

Nº DO CLIENTE

5940789-1

Para obter mais informações sobre este serviço, consulte o site www.enel.com.br

Endereço: Rua 100-0000, 100
CEP: 00000-000
Cidade: São Paulo, SP
Estado: SP
País: Brasil

Rote: 17 37840 17 891000 - 4 Data de Emissão: 24/02/2015

Nome: MARIA ALVES CORDEIRO ARAUJO
End. Res: AV LAURINDO GOMES 00050
CENTRO - QUITERIANOPOLIS - 63650000
Medidor: 25086375
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA
RG / CPF / CNPJ: 980034283-68
Nome do Responsável: CBF

Dados de Referência				Dados de Referência			
Período	Data de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Período	Data de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência
Fev/2015	24/02/2015	24/03/2015		Período	Data de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência
Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência
194,15	27,00	52,42		Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência
Valor de Referência				Valor de Referência			
194,15				194,15			
Valor de Referência				Valor de Referência			
194,15				194,15			

VALOR CONSUMO DO MES 161,34
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 8,86
MULTA MORATORIA REF 01/2015 3,21
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 31,64
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,11

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 5692.3794
Tel.: (88) 8968.0286
Email: jcezarsa@net.com.br

VENCIMENTO	03/03/2015	TOTAL A PAGAR (R\$)	206,16
COMPONENTES DO VALOR A PAGAR			
Consumo	152,13		
ICMS	8,86		
Multa	3,21		
Iluminação	31,64		
PIS-COFINS	1,11		
Total	206,16		

Informações importantes e avisos de vencimento

PREVIO AVISO: CONTAS EM ATRASO
NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA
Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis o atraso no pagamento da conta de energia elétrica. De acordo com o contrato de fornecimento de energia elétrica, a suspensão do fornecimento de energia elétrica será realizada após 15 dias da data de vencimento da conta, conforme previsto no Art. 172 do Regulamento de Serviço Público de Energia Elétrica (RSEPE) e no Art. 173 do Regulamento de Serviço Público de Energia Elétrica (RSEPE). Caso não seja pago o valor devido, a suspensão do fornecimento de energia elétrica será realizada.

DEBITOS ANTERIORES	
Período	Valor (R\$)
01/2015	194,15
Total	194,15

Bandeira Tarifária: VERDE
Consta desta fatura R\$ 6,52 referente a PIS e COFINS.
Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implica cobrança adicional. As bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, implicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. Mais informações em www.enel.com.br.

Nº do Cliente: 5940789-1
Data de Emissão: 24/02/2015
Nº do Documento: 377071789
Referência: Conta a Pagar (03/fev/2015)
Nº do Documento: 206,16
CNPJ do Cliente: 0005940789 00013 39142 06

10 JUN 2015

MA S/A

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu JOÃO DE MOURA CORDEIRO, RG nº 35743731-7
data de expedição 06/03/97, Órgão SSP-SP, portador do CPF nº
298924903-63, com domicílio na cidade de Quiterianópolis, no
Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Av. Laurindo
Gomes, nº 5L, complemento Centro,
DECLARO, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ANTONIO JANDERLAN DE
LINOS ARAUJO.

Veículo: Ano: 2002
Modelo: HONDA-CB100-BIZ-ES
Placa: HUZ-1472
Chassi: 9C2HA07102R003443
Data do Acidente: 18/03/2015

Local e Data: Quiterianópolis - Ce. 15/05/15

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 3692.3794
Tel.: (88) 9968.0286
Email: jomour@...@sho.com.br

X [Assinatura]
Assinatura do Declarante



Nome do Declarante	João de Moura Cordeiro
Assinatura	[Assinatura]
Data do Acidente	18/03/2015
Local do Acidente	Quiterianópolis - Ce.
Assinatura do Declarante	[Assinatura]
Assinatura do Declarante	[Assinatura]

SABEMI SEGURADORA S/A
10 JUN 2015
RIO DE J.

VALOR E MODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 35.703.231-7 DATA DO EXPEDIENTE 06/MAR/97

JOÃO DE MOURA CORDEIRO

ANTONIO ALVES CORDEIRO

E MARIA DE MOURA CORDEIRO

NATURALIDADE EST DO CEARA DATA DE NASCIMENTO 13/MAY/1967

S. CAETANO DO SUL SP

S. CAETANO DO SUL

CC LV BR 2/FLS 200V/N 003385

238920903/63

LEI N.º 116 DE 20/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON DAUNI

101-6

Assinatura do titular

Assinatura do titular

CARTÓRIO

OFÍCIO

E DE REGISTROS

Joaquim Francisco

Cavalcante

Notário Registrador

Ourinhos - Ceará

Carteira de Identidade

Apresente copia desta carteira com o original

Ourinhos - CE 09 ABR 2015

Em 22 de março de 2015

Joaquim Francisco Cavalcante

Notário Público

JÚLIO CEZAR

Tel.: (88) 3692.3794

Tel.: (88) 9968.0286

Email: jcmourat@shoo.com.br

SEGURO S/A.

10 JUN 2015

RIO DE JANEIRO



PREFEITURA DE
QUITERIANÓPOLIS
Cuidando bem do Povo
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

JULIO CEZAR
Tel.: (62) 352.3794
Tel.: (62) 352.0285
Email: jcez@quiterianopolis.com.br

Nº

948/103115

Unidade:

R. M. Q. G.

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Antônio Fonderônio Lima Araújo

Idade 34 anos.

Est. Civil:

Sexo: M.

Profissão:

Naturalidade:

Endereço: R. Tamar Moura Cordeiro

2. QUEIXA PRINCIPAL:

At. no d. e. c. de m. o. f. a. c. e. l. a. t. s.
apresentando desconfortos no abd. sup.
e dor torácica (insc.)

3. CONDIÇÃO

Hd. = satisfatório

- tipo: novo II grau de

- citoplasma 1 grau de

SABEM SEGUIR: 21

10 JUN 2015



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8510-0

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - RICARDO GUARALTES - CAUS

PROIBIDO PLASTIFICAR

0893-010483

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 56.663.592-8 DATA DE EMISSÃO 28/08/2014

NOME ANTONIO JANDERLANE LINS

ARAÚJO

PAIS JOSÉ ALVES DE ARAÚJO

MARIA LINS CAVALCANTE ARAÚJO

INDEPENDENCIA-CE 024/AGO/1950

DOC. CIVIL QUITERIANÓPOLIS-CE

QUITERIANÓPOLIS

CC: LV: B068/PLS: 163 / N. 001393

CPF 865449343/72

208 Fátima de Fátima

Roberto Alind de Fátima

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

865.449.343-72

Nome

ANTONIO JANDERLANE LINS ARAÚJO

Nascimento

24/08/1950

JÚLIO CEZAR
 Tel.: (88) 5692.3794
 Tel.: (88) 9368.0286
 Email: jcmourão@... .com.br

JÚLIO CEZAR
 Tel.: (88) 5692.3794
 Tel.: (88) 9368.0286
 Email: jcmourão@... .com.br

SABEMI SEGURADORA S/A.

10 JUN 2015

RIO DE JANEIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150529991 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JANDERLANDE LINOS **Data do acidente:** 18/03/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A
ARAUJO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECE

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

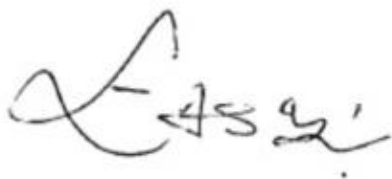
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150529991 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JANDERLANDE LINOS **Data do acidente:** 18/03/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A
ARAÚJO

PARECER

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES E TRAUMA CONTUSO EM TORAX .

Descrição do exame médico pericial: SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS. TORAX 0%.

Resultados terapêuticos: TTO CONSERV E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 29/07/2015

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELAS DO TRAUMA TORÁCICO

Médico examinador: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

