



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 inicio 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.

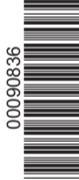
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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),

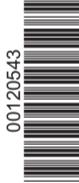
Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

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 Vítimas 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)

ESCORIAS 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 complicações.

TTO CONSERV E ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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, nº1º 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)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100% 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100% 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

Marcelo de Toledo F. Terrigno
CRM 52.55920-8

marcelo terrigno.

Assinatura do perito Examinador - CRM



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, *Antônio Tanderlunde Linos* PORTADOR(A) DO RG N° **56.665.592-5** EXPEDIDO POR **SSP - SP** EM **26/09/12** E CPF **865449343-72** /CNPJ **00000000-0000-00**, PROFISSÃO *Autonomo* E RENDA MENSAL DE R\$ **_____** (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. *Antônio Tanderlunde Linos* 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 **saque** de 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 a **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 POUPIANÇA 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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO 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

Creditado

Agência: 8168-X
Conta: 489-8
Nome: ANTONIO J LINOS ARAUJO

Data: Nesta data
Valor: 50,00

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 3692-3794
Tel.: (88) 9968-0286
Email: jemourao7@yahoo.com.br

ABÉMIS 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 T1%



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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/vitima que no dia 18/03/2015, por volta das 10h00min, sofreu um acidente de transito 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/vitima 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/vitima foi socorrido por populares para o Hospital e Maternidade Quitéria de Lima da cidade de Quiterianopolis-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 REGISTRÔ :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *antonio janderlane lino araujo*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

SABEMI SEGURADORA S/A

10 JUN 2015

RIO DE JANEIRO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Janderson da Sines, 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 Bacelino Gomes, 050 Cidade Guarulhos, 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;

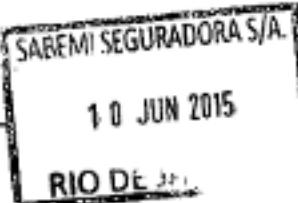
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

Brteus-4, 15.05.2015
Local e data





PREFEITURA DE
QUIXERANÓPOLIS

Cuidando bem do Povo

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº _____

18/103/15

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 3692-3794
Tel.: (88) 3968-0286
Email: jcmoura@yahoo.com.br

R
A

Unidade:

M. M. Q. B.

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Antônio Gondulvino Bentes Almálio Idade: 34 anos.
Est. Civil: Divorciado Sexo: M. Profissão: Condeiro

Naturalidade: Quixadá

Endereço:

R. Tomazinho Moura Condéiro

2. DUEIXA PRINCIPAL:

Doença de pele da raiz do nariz, de origem hérnica, com perda de percepções no lado esquerdo.

3. CONDUTA:

Medicamento e remédios
— triptoreno e mescalina
— estrogênio e progesterona



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Jandrade Lemos

RG nº 56.665.592-3 data de expedição 26/09/12, Órgão SSP - SP

CPF nº 865.449.343-72 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>Guarapuápolis</u>
Estado	<u>Pará</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) 3692-3794
Tel.: (88) 9968-0286
Email: jcmoura071@yahoo.com.br

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 3692-3794
Tel.: (88) 9968-0286
Email: jcmoura071@yahoo.com.br

Local e Data: Prateiros - PA, 15.05.2015

Assinatura do Declarante: Antônio Jandrade Lemos DO

SABEMI SEGURADORA S/A.

10 JUN 2015

ME DO QUADR

5940789.1

20-401-03-

Nota: 17 37840 17 893000 - 4 **Data de Emissão:** 24/02/2015
Nome: MARIA ALVES CORDEIRO ARAUJO **End. Ponto:**
AV LAURINDO GOMES 00050
CENTRO - QUITERIANOPOLIS - 63650000
Municipio: 25086375 **Ponto:** 0000 0000
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA **Fator de Potência:** 0,00
RG / CPF / CNPJ: 900034283-63 **CSF:** 0,00
Número de Recibo:

VALOR CONSUMO DO MES	
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	161,34
MULTA MORATÓRIA REF 01/2015	8,88
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	3,21
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	31,64
	111

JÚLIO CEZAR
Tel.-(88) 5692-3794
Tel.-(88) 5968-0286
Email: jcomarco55@yahoo.com.br

VENCIMENTO	03/03/2015	TOTAL A PAGAR (R\$)	206,16
Salários			
residuais	75,60		
str. Horas	21,27		
horas Salarials	21,27		
tributos (DIRE FIS-COFINS)	4,27		
Total	58,15		
	(21,16)		

152,13 0,00 Informações importantes e avisos de vencimento

PREVIO AVISO: CONTAS EM ATRASO
MUTIRÃO DE SISSESSÃO DO PAGAMENTO DE DÉBITOS ELETRO
Aviseado Clientes, constatam em nossos controles contábeis os atrasos
Sexta o dia 10/08/2018 do Boleto, que nos passando de dívida implicam
na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias.
Apos 4 notícias escritas, conforme abaixo na Rua: RICARDO ALVIM, nº 151
17200-000, Rio de Janeiro, RJ e com o número de protocolo
NO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso da tentar paga descontos.

DEBITS AND CREDITS
March 31, 2015 \$15,377
Total 15,377

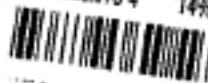
Bendito Território: 30MEIA
Consta desta fatura R\$ 5,50 referente à PIS e COFINS.
CNPJ: 43.500-100-0002 - 00001 - 0000 - 000000000000 - 12.320,40

Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandagens tarifárias. A bandagem varia nos três horários de maior valor, dividindo-se entre custo de energia e tarifa.

.MIA 5/A.

10 JUN 2015

Nº de Chave: 5940789-1 Referência: 0005940789_00012_10142_4
Data de Emissão: 24/02/2015 Data Pagar/Ref: 24/02/2015
Nº de Itens: 16 Montante: 286,16



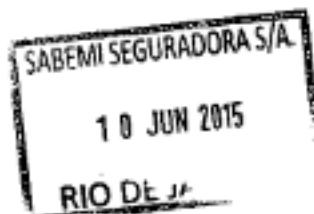
Declaração do Proprietário do Veículo

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) Avenida
Joaquim Gomes, nº 51, 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 FANDERLAR DE
LIMOS ARAUJO.

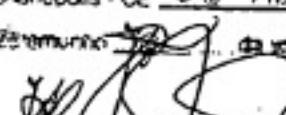
Veículo: Ano: 2002Modelo: HONDA-CB100-Q1Z-ESPlaca: HUZ-1472Chassi: QCJHA07102R003443Data do Acidente: 18/10/2015Local e Data: Quiterianópolis - Ce - 15/10/15

JÚLIO CEZAR
 Tel.: (88) 3692-3794
 Tel.: (88) 9968-0286
 Email: juliocezar@shc.com.br

X _____
Assinatura do Declarante





Apreciação:	com o original
Data:	<u>09 ABR 20</u>
Em:	<u>São Luís</u> da <u>maioria</u> .
	
Joaquim Francisco Cavalcante Nobreto Freitado	

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 3692-3794
Tel.: (88) 9968-0286
Email: jcmoura57@uol.com.br

~~SEGURO S/A~~

10 JUN 2015

RIO JANEIRO



PREFEITURA DE

QUIXADÁ

Cuidando bem do Povo

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº

18/103/JS

Unidade: H. M. Q. G.

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Antônio Gonçalves Lima Araújo Idade: 34 anos.

ESEL CIVIL:

Sexo: M.Profissão: ProfessorNaturalidade: QuixadáEndereço: R. Tomazinho Cordeiro

Entregue por:

2. QUEIXA PRINCIPAL:
Pr. m e d e c u n d i t d r u m o p a r i c l i t a
e p r e s s u n d o p r e c e s u r o s p r o . f i t o
e c h e r t e r e n i c o s . C i n c i

3. CONDUITA

Med.: Batidinha

— d r y , r a z o n a b l e
— c o n s i c u r a n c i a
— c o n s i c u r a n c i a

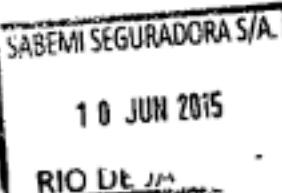
— c o n s i c u r a n c i a
— c o n s i c u r a n c i a
— c o n s i c u r a n c i a

JULIO CEFZAR
Tel. (66) 372-3794
Tel. (66) 372-6285
Email: juliocefzar@bol.com.br

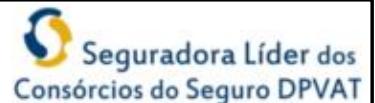


JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 3692-3794
Tel.: (88) 3368-0286
Email: jomarcez@bol.com.br

JÚLIO CEZAR
Tel.: (88) 3692-3794
Tel.: (88) 9988-0286
Email: jomarcez@bol.com.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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

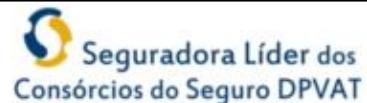
Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

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 ARAUJO **Data do acidente:** 18/03/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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: