
Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2016

Carta n°: 10092395

A/C: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES

Sinistro: 3160337511 ASL-0899915/16
Vitima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES
Data Acidente: 03/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2017

Carta n°: 11014900

A/C: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160337511 ASL-0899915/16

Vitima:

JOSE JAILDO SALES RODRIGUES

Data Acidente:

03/02/2016

Natureza:

INVALIDEZ

Procurador:

ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

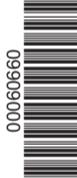
NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta n°: 11124606

A/C: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES

Sinistro: 3160337511 ASL-0899915/16
Vitima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES
Data Acidente: 03/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180047081

Vitima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES

Data do Acidente: 03/02/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180047081**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE JAILDO SALES RODRIGUES**

Sinistro: **3180047081**

Vítima: **JOSE JAILDO SALES RODRIGUES**

Data do Acidente: **03/02/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO FABIO DE ARAUJO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180047081** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12416264

A/C: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180047081
Vitima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES
Data do Acidente: 03/02/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000785

Conta: 0000079207-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

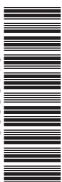
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.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: **3180047081 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE JAILDO SALES RODRIGUES**

Endereço do(a) Examinado(a): **ST LAGOA DO BARRO nº 16 - GENERAL TIBURCIO - VICOSA DO CEARA/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20074477786 - SSP**

Data local do exame: **08/02/2018 GUARACIABA DO NORTE/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)

LUXAÇÃO DO 5º METACARPO À DIREITA.

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.

VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA. LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS E REDUÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR À DIREITA. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MÃO DIREITA EM GRAU LEVE.

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)

Região Corporal(Sequela)

MÃO DIREITA

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.

REVISOR MUDOU O ENQUADRAMENTO E MANTEVE A VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - GUARACIABA DO NORTE, 08/02/2018

Médico Perito: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE MENEZES CRM:10432/CE



Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2016

Carta nº: 9195505

A/C: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES

Sinistro: 3160337511 ASL-0899915/16
Vitima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES
Data Acidente: 03/02/2016
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,



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2016

Carta n°: 9202425

A/C: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES

Sinistro: 3160337511 ASL-0899915/16
Vitima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES
Data Acidente: 03/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2016

Carta nº: 9416651

A/C: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES

Sinistro: 3160337511 ASL-0899915/16
Vitima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES
Data Acidente: 03/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180047081 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES **Data do acidente:** 03/02/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 5º METACARPO À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MÃO DIREITA EM GRAU LEVE.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA. LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS E REDUÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR À DIREITA. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MUDOU O ENQUADRAMENTO E MANTEVE A VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

CRM do médico: 10432

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dores Mendes".

600
300

JOSÉ JAILDO SALES RODRIGUES



300 600

REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO

NOME DO EMPRESÁRIO (número da inscrição)
ANTONIO FABIO DE ARAUJO

NACIONALIDADE
BRASILEIRA

SEXO CIVIL
CASADO

SEXO



ESTADO DE Nascimento

CEARÁ

FILHO DE SEU

LUIZ GONZAGA DE ARAUJO

NAME

EUCLEENE MARIA DA SILVA ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO
10/08/1984

DATA DE NASCIMENTO
23/01/1988/79843

CPF
S09

CEP

006.992.523-96

ENDEREÇO PESSOAL

ENDEREÇO DA EMPRESA (nº, al., blo.)
TRAVESSA LAMARTINE NOGUEIRA

ENDEREÇO
SN

COMPLEMENTO

ESCRITÓRIO
SÃO JOSÉ

CEP
62300-000

MUNICÍPIO

VICOSA DO CEARÁ

CE

declarar, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresarial, que não possui outro registro de empresário.
requer à Junta Comercial do Estado do Ceará:

ATO
DESCRIÇÃO DO ATO
083 INSCRIÇÃO

FEVRO/2016
INSCRIÇÃO DO EMPRESÁRIO

DATA ASSINATURA DO DOCUMENTO

FEVRO/2016
INSCRIÇÃO DO EMPRESÁRIO

NOME EMPRESÁRIO
A. F. DE ARAUJO SEGUROS

LOCADADOR (Nº, ALF, BLOCO)
AVENIDA JOSÉ FIGUEIRA

INSCRIÇÃO
100

COMPLEMENTO

ESCRITÓRIO
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

CEP
62300-000

MUNICÍPIO

VICOSA DO CEARÁ

CEP
CEP
CORRETAÇÃO AUTOMÁTICA

VALOR DO CAPITAL SOCIAL
30.000,00 TRINTA MIL REAIS

TIPO DE ATIVIDADE E INDÍCIO DE CRÉDITO

ECONÔMICA CORRETORES E AGENTES DE SEGUROS, DE PLANOS DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR E DE SAÚDE

SCAE FUND

SEGUROS

DATA DE EMISSÃO DAS ATIVIDADES
14/07/2015

DATA INICIAL DE VALIDADE OU DE VENCIMENTO DA ATIVIDADE
14/07/2016

ASSINATURA DA PESSOA EMPRESÁRIO (não é permitida a assinatura por procurador)

A. F. DE ARAUJO SEGUROS

14/07/2015

Antônio Fabio de Araújo

PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA

DEFERIDO

PUBLICQUE-SE E ARQUIVE-SE

Antônio Fabio de Araújo

15/07/2015
Junta Comercial do Ceará

JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE
CERTIFICO O REGISTRO ELETRÔNICO FEITO 15/07/2015
CPR Nº 23100004-004
Protocolo 150844743, DE 15/07/2015

A. F. DE ARAUJO SEGUROS

HAROLDO FERREIRA MOREIRA
SECRETÁRIO-GERAL

30 MAI 2015

RECEBIDO

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte:

Confira os dados de identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO
22.894.185/0001-68
MATRIZ

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL

DATA DE ABERTURA
15/07/2015

NOME EMPRESARIAL
A. F. DE ARAUJO SEGUROS - ME

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)
FABIO SEGUROS

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
66.22-3-00 - Corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS,
Não informada

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
213-6 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)

LOGRADOURO
AV JOSE FIGUEIRA

NÚMERO
186 COMPLEMENTO

CEP
62.300-000

Bairro/Distrito
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

MUNICÍPIO
VICOSA DO CEARÁ

UF
CE

ENDEREÇO ELETRÔNICO

TELEFONE
(88) 3632-1310

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
MEI

DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
15/07/2015

SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL
MEI

DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
MEI

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia 25/08/2015 às 11:48:38 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Consulta QSA / Capital Social](#)

[Voltar](#)

© Copyright Receita Federal do Brasil - 25/08/2015

Recibo de Pro Labore**A. F. DE ARAUJO SEGUROS - ME**

AV JOSÉ FIGUEIRA 1867, N. S. DE FÁTIMA, Viçosa do Ceará/CE - CEP 62300-000

CNPJ: 22.894.185/0001-68

Eventos	Referência	Rendimentos	Descontos
Pro-labore		1.500,00	
			135,00

Líquido Recebido: 1.335,00

Recebi de A. F. DE ARAUJO SEGUROS - ME, sediada na AV JOSÉ FIGUEIRA, 186, N. S. DE FÁTIMA, CNPJ: 22.894.185/0001-68, a importância supra de R\$ 1.335,00 (UM MIL TREZENTOS E TRINTA E CINCO REAIS) referente ao meu Pro Labore do mês de 02/2016, com os descontos exigidos em lei.

Para maior clareza e devidos fins de direito firmo o presente.

Viçosa do Ceará, 10/03/2016Antonio Fábio de Araujo

ANTONIO FABIO DE ARAUJO

C.P.F: 006.892.523-90



MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL - RFB

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

SEFIP 8.40 TAB.34.0 DATA: 07/03/2016 HORA: 09:24:58

1 - NOME / TELEFONE / ENDEREÇO

A F ARAUJO SEGUROS ME
AVENIDA JOSE FIGUEIRA
NOSSA SENHORA DE FAT
VICOSA DO CEARA
(0888) 36321310

62300-000

CE

2 - VENCIMENTO

(USO EXCLUSIVO INSS)

ATENÇÃO É VEDADA A UTILIZAÇÃO DA GPS PARA RECOLHIMENTO DE RECEITA DE VALOR INFERIOR AO ESTIPLADO EM RESOLUÇÃO PUBLICADA PELO INSS. A RECEITA QUE RESULTAR VALOR INFERIOR DEVERÁ SER ADICIONADA A CONTRIBUIÇÃO OU IMPORCÂNCIA CORRESPONDENTE NOS MESES SUBSEQUENTES, ATÉ QUE O TOTAL SEJA IGUAL OU SUPERIOR AO VALOR MÍNIMO FIXADO.

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO 2003

4 - COMPETÊNCIA 02/2016

5 - IDENTIFICADOR 22.894.185/0001-68

6 - VALOR DO INSS (+) 165,00

7 -

8 -

9 - VLR OUTRAS ENTIDADES 0,00

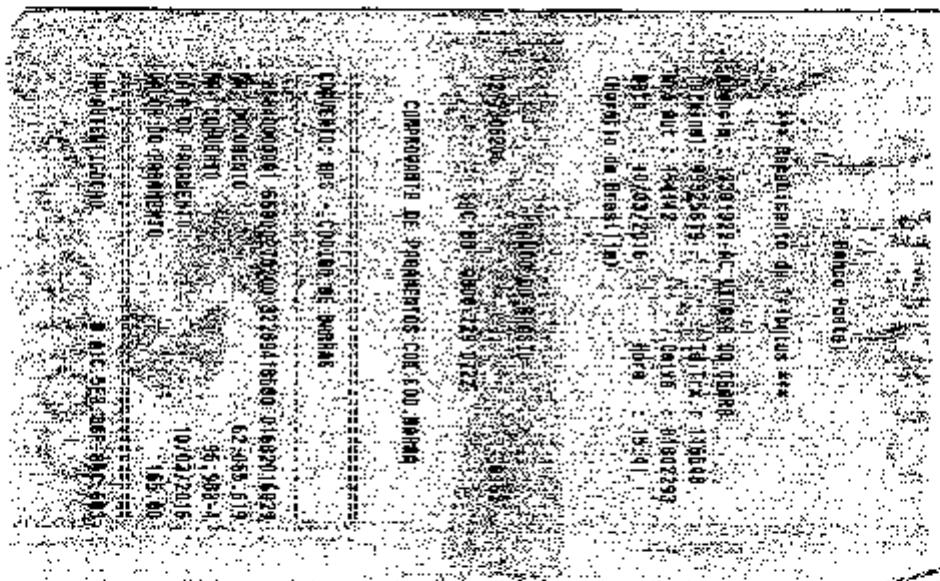
10 - ATUAL.MONETÁRIA/ JUROS/MULTA/ (+)

11 - VALOR ARRECAUDADO 165,00

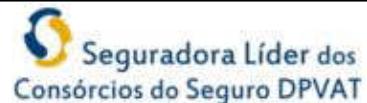
12 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PARA RECOLHIMENTO NO PRAZO

8584000000019 65G002702007 322894185004 015820160292



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160337511 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES **Data do acidente:** 03/02/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Luxação do 5º metacarpo direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Solicito prontuário médico completo, incluindo relatório médico final, para comprovação dos tratamentos realizados e das possíveis sequelas pelo trauma.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180047081 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES **Data do acidente:** 03/02/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MÃO DIREITA, LUXAÇÃO DE 5º METACARPO DIREITO E TRAUMA EM PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

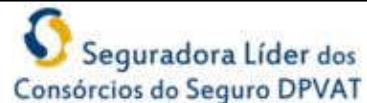
CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jorge Alberto C de Souza".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160337511 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES **Data do acidente:** 03/02/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Luxação do 5º metacarpo direito

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180047081 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JAILDO SALES RODRIGUES **Data do acidente:** 03/02/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 5º METACARPO À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MÃO DIREITA EM GRAU LEVE.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA. LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS E REDUÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR À DIREITA. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MUDOU O ENQUADRAMENTO E MANTEVE A VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

CRM do médico: 10432

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dores Mendes".



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

Nome: José Faílde Sales Rodrigues
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Aux. Almoxarifeado
Identidade: 20074477786 CPF: 060.778.853-47
Endereço: Rua Júlio Lagoa do Barro Bairro: Zona Rural
Cidade: Vicorá do Ceará Estado: Ceará

PROCURADOR:

Nome: Antônio Fábio de Araújo
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Empresário
Identidade: 2001099079843 CPF: 006.892.523-90
Endereço: Av. Lamartine Nogueira Bairro: Óas José
Cidade: Vicorá do Ceará Estado: Ceará

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

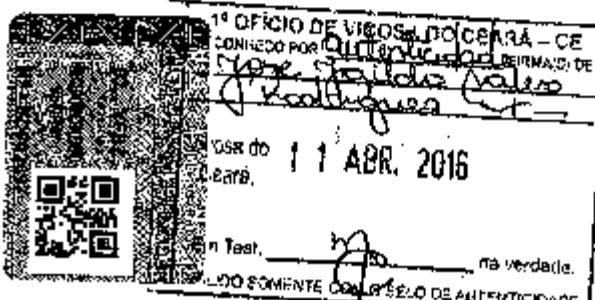
José Faílde Sales Rodrigues

Vicorá do Ceará, 08 de Março de 2016.
Local e data

1º OFÍCIO

José Faílde Sales Rodrigues

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



Maria Mano de Oliveira Carvalho
Assessora

