

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

Informações do Acidente

Processo: 2013625037
Nome da Vítima: Carlos Alberto Barbosa de Araujo
Local do Acidente: FORTALEZA, CE
Data do Acidente: 26/05/2013

Resultado da Avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ **Sim** ☐ Não ☐ Prejudicado

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

Resposta: SISTEMA NERVOSO CENTRAL + MEMBRO INFERIOR DIREITO

b) 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.

Resposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO E TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE. EVOLUIU COM CLAUDICAÇÃO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO, CEFALÉIA, HIPOMNÉSIA

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ **Não**

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

☐ Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

☐ O quadro cursa com disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação

☒ **O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.**

SEQUELA FUNCIONAL POR CLAUDICAÇÃO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO, CEFALÉIA, HIPOMNÉSIA

V. 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:

Com base no exame médico se pode documentar:

☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do

patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de enquadramento como 'parcial' informar se o dano é 'completo' ou 'incompleto':

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma	1ª Lesão	10% (residual)
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	2ª Lesão	50% (média)
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço		

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: Greive Freitas Cavalcante

Registro no CRM: CE 9050

Local do Exame: Fortaleza - CE

Data do Exame: 21/10/2013



Dr. Greive Freitas Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

28/10/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

6.075,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ALBERTO BARBOSA DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03238-7

CONTA: 000000140393-1

Nr. Autenticação

BRDESCO281020130500000000023703238000000140393607500 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013625037**Cidade:** Fortaleza**Natureza:** Invalidez**Vítima:** CARLOS ALBERTO
BARBOSA DE ARAUJO**Data do acidente:** 26/05/2013**Emissor do parecer:** GALDINO
LEONARDO**Seguradora:** Investprev Seguradora
S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas
de Saude Ltda.**CRM do médico:** 9050

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DIREITO TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO**Descrição do exame médico pericial:** COM CLAUDICAÇÃO À DIREITA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO, CEFALÉIA CRÔNICA, HIPOMNÉSIA**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO E TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO MOVIMENTOS LIMITADOS DO MID, SENDO DEFINITIVO, PARCIAL E COM MODERADA REPERCUSSÃO COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO, COM DISCRETA REPERCUSSÃO.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 21/10/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Greive Freitas Cavalcante**UF do CRM do médico:** CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	10
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	50

Valor avaliado: 6.075,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013625037**Cidade:** Fortaleza**Natureza:** Invalidez**Vítima:** CARLOS ALBERTO
BARBOSA DE
ARAUJO**Data do acidente:** 26/05/2013**Emissor do
parecer:** Marcio
Stolerman**Seguradora:** Investprev
Seguradora S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 52601178

PARECER

Data da análise: 17/10/2013**Valoração do
IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** fratura de fêmur direito e traumatismo craniano (hematoma epidural)**Resultados
terapêuticos:** depende de exame pericial**Sequelas
permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** márcio**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Carteira de Identificação

Carlos Alberto Barbosa de Araujo

1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



1004037

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002012055112-2aV DATA DE EXPEDIÇÃO 8/9/2005

NOME CARLOS ALBERTO BARBOSA DE ARAUJO

FILIAÇÃO FRANCISCO JOSÉ PAULO DE ARAUJO
ANTONIA LUCIANA BARBOSA DE ARAUJO

NATURALIDADE FORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 6/3/1987

DOC ORIGEM CERT. NASC. 099336 L A 086 F

169V ANTO BEZERRA FORTALEZA/CE

CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.110 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Centro d. Pesquisa Fiscal

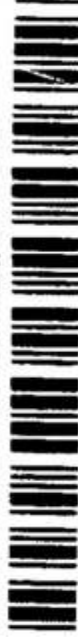
029.953.723-40

CARLOS ALBERTO BARBOSA DE ARAUJO

3/1987

INVESTPREV

04 OUT. 2013



DECLARO, PARA TODOS OS FINS, QUE O SR. CARLOS ALBERTO BARBOSA DE ARAÚJO SOFREU ACIDENTE DE MOTO, SEM CAPACETE, NO DIA 25 p.p., TENDO SIDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL FERNANDES TÁVORA COM FRATURA DO FEMUR D, SEM IMOBILIZAÇÃO, CORRENDO O RISCO DE LESÃO ARTERIAL GRAVE, RAZÃO PORQUE SOLICITO SUA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL ONDE POSSA SER FEITO O DEVIDO TRATAMENTO ORTOPÉDICO.

FORTALEZA, 07.06.13

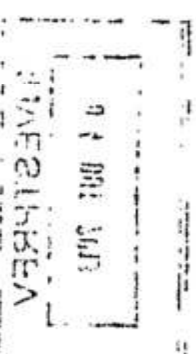

DR. FLÁVIO LEITÃO

CREMEC - 732

CPF - 000379743-00

INVESTPREV

04 OUT. 2013



CPF - 0003322243-00

CRMED - 133

DR. FLAVIO ELIÃO

FORTALEZA 01.08.73

TRATAMENTO ORTOPÉDICO

TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL ONDE POSSA SER FEITO O DEVIDO
RISCO DE LESÃO ARTERIAL GRAVE, RAZÃO PORQUE SOLICITO SUA
TAVORA COM FRATURA DO FEMUR D, SEM IMOBILIZAÇÃO, CORRELANDO O
DIA 22.12.72, TENDO SIDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL FERNANDES
BARBOSA DE AVALIAR SOBRE O ACIDENTE DE MOTO, SEM CAPACETE NO
DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE O SR. CARLOS ALBERTO

RECEITUÁRIO

Nome: Cordeiro Alberto Barbosa BE/Prontuário: _____

de Orais

Auxílio - doença

— xerox e original da identidade e CPF

— Carteira profissional e PIS

— Comprovante de residência

— atestado médico

* Requerimento de benefício por

incapacidade

preenchido

pele empresa -

no INSS

no 16º dia

Da entrada

do trabalho

Saúde/ML

Data: 26/05/16

Assinatura e Carimbo 

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

Sandra Regina M. dos Santos
Assistente Social
CRESS 2285

INVESTPREV

04 OUT. 2013



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado Caetano Silva

Praxe de Praxe

portador da carteira profissional n.º 34

Série , necessita de 15 (quinze)

dias de afastamento do Trabalho, a partir desta data, por

Motivo de S-797

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
113
056.872.33-34

Ass do Médico - CRM n.º

Fortaleza, 07 de 06 de 13

INVESTPREV

04 OUT. 2013

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto N.º 60.501, de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a)

Carlos Alencar B. Araújo

Foi atendido (a) neste Hospital no dia

25/05/13

às

h.

Tendo como causa do socorro

ocorrência de

resultado em Furo de Fim

(D) e fratura exposta (TCE)

Após cirurgia no ponto

Observações:

Fortaleza, 26 de 05 de 2013

Médico de Plantão - CRM:

Prof. Dr. Maximiliano Porto

CRM-CE 9500 / TEOT 11239 / SBC

Clínica e Cirurgia da Coluna Vertebral

ARS ORTOPÉDICA - TEL: 3281-6644

Rua: Carolina Sucupira, nº 1086

CPF:

Mais um Rio, Mais um Rio de Emergência Reg. 006

INVESTPREV

04 OUT. 2013

INFORMAÇÃO: ADRIANA (IRMÃ DO ACIDENTADO)

ACIDENTE DE MOTO

DIA 25/05/2013

AS 20:30 HS

0 4 ONL 5013
INVESTPREV

⊕
Ortopedia e
Traumatologia

Mefi Clinic

MEDICINA E FISIOTERAPIA INTEGRADA

Av. Santos Dumont, 3646 - Aldeia - Fone: (85) 4006.7207 - (RNR CLUBE) - Fortaleza - Ceará

Dr. Mardônio Salmito
CRM 4411

⊕
Ortopedia
Infantil

Carlos Alberto Mansora do Groupo
do do Piedro

⊕
Patologia
da Coluna

Truente unhas de seiden
de Truente Tendo do guido TCT
e Truente do penca diuindo.
CID- S06.0, S+2.3

⊕
Cirurgia do
Joelho

For pre bene do a Truente
clínico de TCT e Truente em do
cminica. Redução e Truente
do Truente do penca com
Truente e Truente. e Truente
Truente.

⊕
Osteoporose

Ficou com regular de seiden
pre guido. Truente, cco Truente
no Truente lateral do coto Ditr
unhas claudicante. Truente,
Ditrado de locomoção. Truente
Truente. Truente compromete Truente
pre pubre de Truente.

Truente médico de Truente

Dr. Mardônio Salmito

Ortopedia e Traumatologia

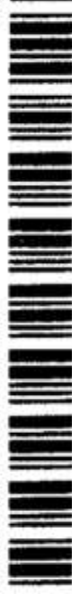
CRF - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Monsenhor Bruno, 1799 - Aldeia
Fone: (85) 324.5597 / 32.5446

COT - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro
Fone: (85) 3392.2700

INVESTPREV

04 OUT. 2013

Rua Prot. Lulas da Rocha, 2192 - Dionísio Torres
Fone: (85) 3472.2784



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Alberto Barbosa de Araújo

RG nº 20.2012055112, data de expedição 8/9/05, órgão SSPCF

CPF nº 029.953.723-40 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. Ten. Lisboa</u>
Número	<u>27</u>
Apto. / Complemento	<u>AP. 302</u>
Bairro	<u>Parlito Pamplona</u>
Cidade	<u>Fontaliza</u>
Estado	<u>RS</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>185132511385 / 8576.4120</u>
E-mail	

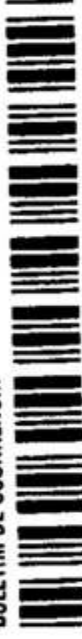
Por ser verdade, firmo-me.

INVESTPREV

04 OUT. 2013

Local e Data: Fontaliza 25.09.2013

Assinatura do Declarante: Paulo Alberto Barbosa de Araújo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 9746 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 02/09/2013 21:17:52

Data / Hora da Ocorrência: 26/05/2013 09:30:52

Endereço da Ocorrência: AV OSCAR ARARIPE

BOM JARDIM FORTALEZA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: CARLOS ALBERTO BARROSA DE ARAUJO

Nascimento : 06/03/1987

RG: 2002012055112 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Filiação: FRANCISCO JOSE PAULO DE ARAUJO

ANTONIA LUCIANA BARROSA DE ARAUJO

Endereço: R DOM HELDER CAMARA 80 Q B BL 27 APT302

CARLITO PAMPLONA

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A PISTA. QUANDO FOI COLHIDO POR
UMA MOTO DE PLACA IGNORADA, QUE A VITIMA CAIR NO CHÃO.FICANDO DESMAIADO,
SOCORRIMENTO EM QUE FOI SOCORRIDO PARA O IIF-CENTRO.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 108321-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGADO(A):

Daniel Reges Pinheiro
Mant. 1.358/2011-6Daniel Reges Pinheiro
Mant. 1.358/2011-6

INVESTPREV

04 OUT. 2013

RECEIVED BY THE DIRECTOR OF THE FBI
JAN 10 1968

[illegible]

11/10/00

FORL'OPEN' & RE-GET
CULTIVATION?

EDITH E DOWNEY C-74-KF-50 Q R R 3A TALLSOS

DECLASSIFIED BY 6032 RDD/STW/STW

[illegible]

501 500561 5022113 Q6797-1-100 in 2009, III: (6,6) - (1,0);

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

1920/1921 (2. Jahr) 2021/22

1900-1901, 1902-1903, 1904-1905, 1906-1907, 1908-1909, 1910-1911, 1912-1913, 1914-1915, 1916-1917, 1918-1919, 1920-1921, 1922-1923, 1924-1925, 1926-1927, 1928-1929, 1930-1931, 1932-1933, 1934-1935, 1936-1937, 1938-1939, 1940-1941, 1942-1943, 1944-1945, 1946-1947, 1948-1949, 1950-1951, 1952-1953, 1954-1955, 1956-1957, 1958-1959, 1960-1961, 1962-1963, 1964-1965, 1966-1967, 1968-1969, 1970-1971, 1972-1973, 1974-1975, 1976-1977, 1978-1979, 1980-1981, 1982-1983, 1984-1985, 1986-1987, 1988-1989, 1990-1991, 1992-1993, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015, 2016-2017, 2018-2019, 2020-2021, 2022-2023, 2024-2025, 2026-2027, 2028-2029, 2030-2031, 2032-2033, 2034-2035, 2036-2037, 2038-2039, 2040-2041, 2042-2043, 2044-2045, 2046-2047, 2048-2049, 2050-2051, 2052-2053, 2054-2055, 2056-2057, 2058-2059, 2060-2061, 2062-2063, 2064-2065, 2066-2067, 2068-2069, 2070-2071, 2072-2073, 2074-2075, 2076-2077, 2078-2079, 2080-2081, 2082-2083, 2084-2085, 2086-2087, 2088-2089, 2090-2091, 2092-2093, 2094-2095, 2096-2097, 2098-2099, 2100-2101, 2102-2103, 2104-2105, 2106-2107, 2108-2109, 2110-2111, 2112-2113, 2114-2115, 2116-2117, 2118-2119, 2120-2121, 2122-2123, 2124-2125, 2126-2127, 2128-2129, 2130-2131, 2132-2133, 2134-2135, 2136-2137, 2138-2139, 2140-2141, 2142-2143, 2144-2145, 2146-2147, 2148-2149, 2150-2151, 2152-2153, 2154-2155, 2156-2157, 2158-2159, 2160-2161, 2162-2163, 2164-2165, 2166-2167, 2168-2169, 2170-2171, 2172-2173, 2174-2175, 2176-2177, 2178-2179, 2180-2181, 2182-2183, 2184-2185, 2186-2187, 2188-2189, 2190-2191, 2192-2193, 2194-2195, 2196-2197, 2198-2199, 2200-2201, 2202-2203, 2204-2205, 2206-2207, 2208-2209, 2210-2211, 2212-2213, 2214-2215, 2216-2217, 2218-2219, 2220-2221, 2222-2223, 2224-2225, 2226-2227, 2228-2229, 2230-2231, 2232-2233, 2234-2235, 2236-2237, 2238-2239, 2240-2241, 2242-2243, 2244-2245, 2246-2247, 2248-2249, 2250-2251, 2252-2253, 2254-2255, 2256-2257, 2258-2259, 2260-2261, 2262-2263, 2264-2265, 2266-2267, 2268-2269, 2270-2271, 2272-2273, 2274-2275, 2276-2277, 2278-2279, 2280-2281, 2282-2283, 2284-2285, 2286-2287, 2288-2289, 2290-2291, 2292-2293, 2294-2295, 2296-2297, 2298-2299, 2300-2301, 2302-2303, 2304-2305, 2306-2307, 2308-2309, 2310-2311, 2312-2313, 2314-2315, 2316-2317, 2318-2319, 2320-2321, 2322-2323, 2324-2325, 2326-2327, 2328-2329, 2330-2331, 2332-2333, 2334-2335, 2336-2337, 2338-2339, 2340-2341, 2342-2343, 2344-2345, 2346-2347, 2348-2349, 2350-2351, 2352-2353, 2354-2355, 2356-2357, 2358-2359, 2360-2361, 2362-2363, 2364-2365, 2366-2367, 2368-2369, 2370-2371, 2372-2373, 2374-2375, 2376-2377, 2378-2379, 2380-2381, 2382-2383, 2384-2385, 2386-2387, 2388-2389, 2390-2391, 2392-2393, 2394-2395, 2396-2397, 2398-2399, 2400-2401, 2402-2403, 2404-2405, 2406-2407, 2408-2409, 2410-2411, 2412-2413, 2414-2415, 2416-2417, 2418-2419, 2420-2421, 2422-2423, 2424-2425, 2426-2427, 2428-2429, 2430-2431, 2432-2433, 2434-2435, 2436-2437, 2438-2439, 2440-2441, 2442-2443, 2444-2445, 2446-2447, 2448-2449, 2450-2451, 2452-2453, 2454-2455, 2456-2457, 2458-2459, 2460-2461, 2462-2463, 2464-2465, 2466-2467, 2468-2469, 2470-2471, 2472-2473, 2474-2475, 2476-2477, 2478-2479, 2480-2481, 2482-2483, 2484-2485, 2486-2487, 2488-2489, 2490-2491, 2492-2493, 2494-2495, 2496-2497, 2498-2499, 2500-2501, 2502-2503, 2504-2505, 2506-2507, 2508-2509, 2510-2511, 2512-2513, 2514-2515, 2516-2517, 2518-2519, 2520-2521, 2522-2523, 2524-2525, 2526-2527, 2528-2529, 2530-2531, 2532-2533, 2534-2535, 2536-2537, 2538-2539, 2540-2541, 2542-2543, 2544-2545, 2546-2547, 2548-2549, 2550-2551, 2552-2553, 2554-2555, 2556-2557, 2558-2559, 2560-2561, 2562-2563, 2564-2565, 2566-2567, 2568-2569, 2570-2571, 2572-2573, 2574-2575, 2576-2577, 2578-2579, 2580-2581, 2582-2583, 2584-2585, 2586-2587, 2588-2589, 2590-2591, 2592-2593, 2594-2595, 2596-2597, 2598-2599, 2600-2601, 2602-2603, 2604-2605, 2606-2607, 2608-2609, 2610-2611, 2612-2613, 2614-2615, 2616-2617, 2618-2619, 2620-2621, 2622-2623, 2624-2625, 2626-2627, 2628-2629, 2630-2631, 2632-2633, 2634-2635, 2636-2637, 2638-2639, 2640-2641, 2642-2643, 26

RAY, ERIC S. LORE & LEE

1. THEORY OF THE EARTH

5706-ATM F 09-3402
Copyright © 2009

DATE \ TIME CONNECTED: 05/04/2013 21:12:25

ATTORNEY GENERAL

1950-1951

FOIA b (7) - DCOHb/MAY 4, 2012 - 258015013

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

11/1/19

THE NATIONAL ARCHIVES COLLEGE PARK, MARYLAND

Figure 1

[illegible]



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, Carlos Alberto Barbosa de Araújo PORTADOR(A) DO RG Nº 21002012 055112 EXPEDIDO POR SSPCF EM 08 / 09 / 2005 E CPF 029953723-40 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO _____ E RENDA MENSAL DE R\$ 07, 61 / 00 / 00 (UMA QUALQUER DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlos Alberto Barbosa de Araújo 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

INVESTPREV

04 OUT. 2013

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE/ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOSBANCO 37 AGÊNCIA 2007 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0140393 - 1☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

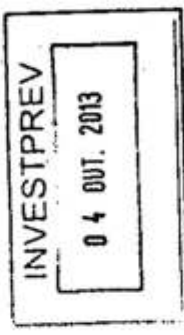
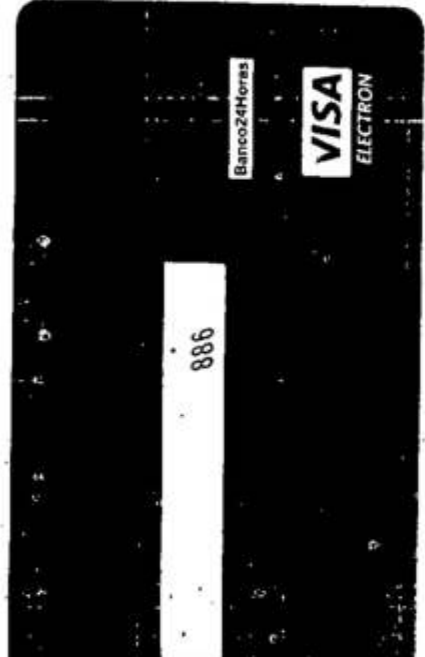
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL FontalvaDATA 25 / 09 / 2013ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Carlos Alberto Barbosa de Araújo

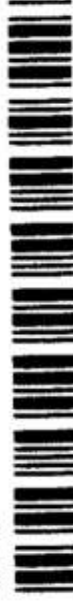
ATENÇÃO

- 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.



OUTROS

1004054



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Carlos Alberto Barbosa de Araújo portador da carteira de identidade nº 202012055112 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029953723-40, residente e domiciliado na Av. Ten. Lyboa 08/27 AP302 Conluto Pamplona Cidade Fontalva Estado Rio de Janeiro, 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.

Carlos Alberto Barbosa de Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fontalva 25.09.2013

Local e data

INVESTPREV

04 OUT. 2013

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

DECLARAÇÃO

Eu, Carlos Alberto Bonadeo Orrego portador da carteira de identidade nº 202012055112 e inscrito no CPF sob o nº 029.953.723-40

Residente e domiciliado na Av. Ten. Libboa 08/27 PP302 Curitiba Parana

Cidade: Fontalza Estado: SP declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar; PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital Dr. José Faria Data de Entrada: 1/1

Data de Saída: 1/1

Localizado em: _____
O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS.

por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento 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 enviada.

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, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Assinatura do Declarante

Carlos Alberto Bonadeo Orrego

Fontalza 25.09.2013

Local e Data

INVESTPREV

04 OUT. 2013



adece

GOVERNDO DO
ESTADO DO CEARÁ

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA HELENA B DE ARAUJO

End. Leitura: AV TEN LISBOA, 98/27, AP302, CARLITO PAMPLONA

Cidade: FORTALEZA

REF: 60010-340

Cidades:

Local 001

Seton 038

Quadrante: 0046

046 Lot:

2172

ECONOMIAS

Residência:	001	Comercial:	000	Industrial:	000	Pública:	000
-------------	-----	------------	-----	-------------	-----	----------	-----

INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAÇÃO

Service	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ¹	Média Semestral ⁽²⁾
AGUA	R11F180519	422	417	25	31

DATAS

<p> Leitura Anual: 17/08/2013 </p>	<p> Emissão: 17/08/2013 </p>	<p> Currículo: 27922244 </p>
---	-------------------------------------	-------------------------------------

Lacerte Aquatic

Lacuna Ligament

License Expiration

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 07/2013

Nº de Amostras	Ciêro	Turbidez	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Esquedas	555	555	555	555
Análises	613	613	613	613
Em conformidade	613	612	627	613

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITAOS AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2012, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARACAO SUBSTITUI OUTRAS QUITAOS DO PERIODO. CONSTATAMOS DEBITO DE R\$ 210,95 CASO PAGO, DESCONSIDERAR

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	64,80			
ESGOTO	41,45	AGO/12	25	20
JUROS DE 0,033X AO	1,69	SET/12	27	21
PARCELAMENTO DE	59,54	OUT/12	26	20
DEB 18/24		NOV/12	27	21
PARCELAMENTO DE	13,40	DEZ/12	23	18
DEB 18/24		JAN/13	24	19
		FEB/13	25	20
		MAR/13	47	37
		ABR/13	29	23
		MAY/13	34	27
		JUN/13	28	22
		JUL/13	28	22

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	5,42	VALOR DO SERVICO	198,23
COFINS	1,08	VALOR DO SUBSIDIO	17,35
		VALOR TOTAL A PAGAR	180,68
MÊS/ANO		VENCIMENTO	
08/2013		05/09/2013	
		TOTAL A PAGAR (R\$)	
		180,68	

ONCE PAGAR SUA FATTURA

Idarros: Rodadero, Bv del Uruguay y Bv de las Américas, Quito.
Económica Federal, Santiago, Santiago de los Caballeros, Quito.
A Cátedra de Economía y Comercio, Santiago de los Caballeros, Quito.
A Cátedra de Economía y Comercio, Santiago de los Caballeros, Quito.
A Cátedra de Economía y Comercio, Santiago de los Caballeros, Quito.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagecon

Entidades Reguladoras Fortalece: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0300 235 1319 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Saneamento Básico: 0800 273 0195 - Agência Reguladora de Saneamento Básico do Estado do Ceará: 0800 273 3833