



Parnasind

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTANA DE PARNAÍBA

CNPJ - 65.697.708/0001-99 / Registro Mtb 46.000.006973/93-90
ÓRGÃO SINDICAL DE BASE – SANTANA DE PARNAÍBA / S.P – Fundada em 30/03/1993

024/12 SSPMSP/V

Santana de Parnaíba, 23 de Julho de 2012.



Prezada Senhora,

Estou lhe enviando as documentações necessárias para dar entrada no Sinistro abaixo:

Sinistro: Acidente Pessoal
Segurado: Artur Ferreira de Araujo.

Documentações:

- Aviso de Sinistro – (American Life) Preenchido pelo segurado – Original.
- Aviso de Sinistro – (Vertcon seguros – Original).
Obs. Segue relatórios em anexo.
- Comprovante de Residencia -Autenticada.
- Carteira de habilitação- Autenticada.
- Declaração do segurado, descrevendo como ocorreu o acidente – Original
- (04) Atestados Médicos - Com o carimbo que confere com o original.
- (01) Holerite – Autenticada.
- Declaração da Prefeitura, informando os dias que o funcionário ficou afastado de suas atividades profissionais.
- Exames - (Ressonância Magnética e Ultrassonografia do Ombro direito)
- Receituário Médico e Nota Fiscal (N° 011107).

Sem mais para o momento,

Charlene Carina

Ilma Sra.
Joice Brandão
Vertcon Seguros

Rua André Fernandes, 104 – Centro Histórico – Santana de Parnaíba / SP - CEP 06501-050
Fone 4154-2034 / Fone Fax: 4154 – 5417

Parasind@ig.com.br



American Life Companhia de Seguros
 Av. Angélica, 2029 - Santa Cecília - São Paulo - SP - CEP 01227-200
 Fone: (11) 3258-0022 - Fax: (11) 3231-4446 - CNPJ 67.865.360/0001-27

**AVISO DE SINISTRO
 VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES
 PESSOAIS**

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR		APÓLICE Nº	
SEGURADO	DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL
Artur Ferreira de Arayo	21/03/79	GMC	casado
	DATA ADMISSÃO	ÚLTIMO DIA TRABALHADO	ÚLTIMO SALÁRIO

SINISTRO DE MORTE INVALIDEZ PROFISSIONAL NATURAL DOENÇA ACIDENTE

ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? SIM NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO

De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : _____

De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : _____

De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : _____

De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : _____

Estava aposentado? SIM NÃO Desde quando? _____ - Motivo : _____

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE
Jana Ferreira de Arayo	irmã		

LOCAL E DATA _____ CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR _____

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO	DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	TELEFONE
Artur Ferreira de Arayo	21/03/79	GMC	9534-0522
ENDERECO	CIDADE	UF	
Rua: Hercules Albuquerque, 36 CS 02	Carapicuíba	SP	
DATA DO ACIDENTE	HORA	LOCAL DO ACIDENTE	
		Av. João de Andrada, 800 Osasco - SP	

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

O fato ocorreu quando vim a entrar em mal fubite ao descer do ônibus, vim a cair no solo vindo a bater o ombro direito bem alguns segundos que dei de tal forma que caí com o ombro direito deslocado durante a queda.

TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL? SIM NÃO QUAL? _____

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURADO

NOME	ENDEREÇO
NOME	ENDEREÇO

INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO

DATA 1º SOCORRO	LOCALIDADE	ESTABELECIMENTO
ENDERECO	CIDADE	UF
NOME DO MÉDICO	CRM Nº	ENDEREÇO

INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

SEGURADORA	APÓLICE Nº	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	INV. PERM. ACIDENTE	INV. PERM. DOENÇA	PROFISSIONAL

Nesta oportunidade, autorizo a American Life Companhia de Seguros, através de sua assessoria médica, a obter de todo e qualquer médico, instituições hospitalares e previdenciárias, que atenderam ao segurado, as informações sobre o seu estado de saúde. Os médicos e/ou instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.

Jantous Parnauka 17/07/2018
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL




Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba

AVALIAÇÃO CLÍNICA - SMST

Sistema - CMTI

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome ARTUR FERREIRA DE ARAUJO		
Registro Funcional 14311	Sexo M	Estado Civil CASADA(O)
Endereço Residencial RUA PIRACICABA, 954 B JARDIM VELOSO OSASCO		Telefone 36926698
Secretaria de Origem GUARDA MUNICIPAL		Data de Emissão 25/6/2012
Data: 25/6/2012 Válida somente na data da expedição		
 Assinatura do Servidor		

QUESITOS A CARGO DO MÉDICO DO TRABALHO

1 - Está o servidor incapacitado para o trabalho?

SIM NÃO PROVISORIAMENTE

2 - Em caso afirmativo?

2.1 - É suscetível de recuperação para o seu trabalho?

SIM NÃO

2.2 - É suscetível de reabilitação para outra atividade?

SIM NÃO

3 - Parecer conclusivo

Favor à concessão de(007) dia(s) de licença à partir de 27/6/2012.

CONTINUAÇÃO ATESTADO ANTERIOR.
ENCAMINHADO A CAIXA DE PREVIDENCIA.

CID T01./S40.0

CRM 29602

25/6/2012

Data

Assinatura e Carimbo

GUARDA MUNICIPAL COMUNITÁRIA
 Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba
 ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
 Data: 18/09/12
 Claudio Robinson Junior
 INSR GMC RE. 2954
 Assinatura-carimbo-RE



Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba

AVALIAÇÃO CLÍNICA - SMST


Sistema - CMTI

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome ARTUR FERREIRA DE ARAUJO		
Registro Funcional 14311	Sexo M	Estado Civil CASADA(O)
Endereço Residencial RUA PIRACICABA, 954 B JARDIM VELOSO OSASCO		Telefone 36926698
Secretaria de Origem GUARDA MUNICIPAL		Data de Emissão 19/6/2012
Data: 19/6/2012 Válida somente na data da expedição		
 Assinatura do Servidor		

QUESITOS A CARGO DO MÉDICO DO TRABALHO

<p>1 - Está o servidor incapacitado para o trabalho?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PROVISORIAMENTE</p> <p>2 - Em caso afirmativo?</p> <p>2.1 - É suscetível de recuperação para o seu trabalho?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>2.2 - É suscetível de reabilitação para outra atividade?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO</p> <p>3 - Parecer conclusivo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Favor à concessão de(008) dia(s) de licença à partir de 19/6/2012 - 27/06</p>	<p>RETORNAR SMST ANTES.</p> <p><i>Retornar com o Dr. Artur</i></p> <p><i>antes do dia 26.06.12</i></p> <p><i>07:30 às 11:00</i></p>
---	---

	<p>CID T01.</p> <p>CRM 29602</p>	<p>19/6/2012</p> <p>Data</p>	<p>Dr. Artur Alonso Gonzalez CRM-SP 29.602 MÉDICO DO TRABALHO REG. M. 6766</p> <p>Assinatura e Carimbo</p>
---	----------------------------------	------------------------------	--

GUARDA MUNICIPAL COMUNITÁRIA
 Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba
 ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
 Data: *18/07/12*
Claudia Rossini Junior
 INSP CMC RE 2954
 Assinatura-carimbo-RE



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE SANTANA DE PARNAÍBA**

MEMO N.º

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

A – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

1 – NOME

ARTUR FERREIRA DE ARAUJO

2 – REGISTRO FUNCIONAL
14311

3 – DATA NASC.
21/03/1979

4 – COR

5 – SEXO
MASCULINO

6 – ESTADO CIVIL
CASADO

7 – ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA HERCULES ABRUZSESSE, 36 - PQ SANTA TERESA - CARAPICUIBA

8 – TELEFONE

(11) - (11) 9534-0522

9 – CARGO / FUNÇÃO

GMC

10 – SECRETARIA DE ORIGEM
SEC. MUNIC. DE SEG. URBANA

11 – DATA DE EMISSÃO
03/07/2012

12 – LICENÇA MÉDICA

INICIAL

PRORROGAÇÃO

13 – FINAL DA ÚLTIMA LICENÇA – DATA
03/07/2012

PARA USO DA PERÍCIA

ASSINATURA DO SERVIDOR

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR

B – QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 – ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?

- SIM

- PROVISORIAMENTE

- NÃO

- DEFINITIVAMENTE

2 – EM CASO AFIRMATIVO

2.1 – É SUSCETÍVEL DE RECUPERAÇÃO PARA O SEU TRABALHO?

- SIM

- NÃO

2.2 – É SUSCETÍVEL DE REABILITAÇÃO PARA OUTRA ATIVIDADE?

- SIM

- NÃO

É INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA O EXERCÍCIO DE QUALQUER CARGO/FUNÇÃO NA P.M.S.P.

3 – PARECER CONCLUSIVO

FAVOR À CONCESSÃO DE LICENÇA A PARTIR DE:
04/07/12 A 17/02/12

CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA

ALTA/APTO A PARTIR DE: ____/____/____

AVALIAÇÃO S.M.S.T.

3.1 – HÁ NECESSIDADE DE NOVO EXAME AO TÉRMINO DESTA LICENÇA?

- SIM

- NÃO

COMPARECEU À PERÍCIA
MÉDICA NA PRESENTE DATA
NO HORÁRIO DAS

CID W70.1

CRM 58415

DATA

03/07/12

PERITO: ASSINATURA E CARIMBO

C – REVISÃO

- CONFIRMADO

- ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO COORDENADOR

OBSERVAÇÕES DO D.P.

GUARDA MUNICIPAL COMUNITÁRIA
Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba
ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL

Data: 03/07/12
Cláudio Rossoni Timor

INSR GMC INE 2557

Assinatura-carimbo-RE



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE SANTANA DE PARNAÍBA
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

MEMO N.º

A – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

1 – NOME ARTUR FERREIRA DE ARAUJO						PARA USO DA PERÍCIA
2 – REGISTRO FUNCIONAL 14311	3 – DATA NASC. 21/03/1979	4 – COR	5 – SEXO MASCULINO	6 – ESTADO CIVIL CASADO		
7 – ENDEREÇO RESIDENCIAL RUA HERCULES ABRUZZESSE, 36 - PQ SANTA TERESA - CARAPICUIBA				8 – TELEFONE (11) - (11) 9534-0522		
9 – CARGO / FUNÇÃO GMC		10 – SECRETARIA DE ORIGEM SEC. MUNIC. DE SEG. URBANA		11 – DATA DE EMISSÃO 17/07/2012		
12 – LICENÇA MÉDICA <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO		13 – FINAL DA ÚLTIMA LICENÇA – DATA 17/07/2012				

ASSINATURA DO SERVIDOR

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR

B – QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 – ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?

- SIM - PROVISORIAMENTE
 - NÃO - DEFINITIVAMENTE

2 – EM CASO AFIRMATIVO

2.1 – É SUSCETÍVEL DE RECUPERAÇÃO PARA O SEU TRABALHO?
 - SIM - NÃO

2.2 – É SUSCETÍVEL DE REABILITAÇÃO PARA OUTRA ATIVIDADE?
 - SIM - NÃO

É INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA O EXERCÍCIO DE QUALQUER CARGO/FUNÇÃO NA P.M.S.P.

3 – PARECER CONCLUSIVO

FAVOR À CONCESSÃO DE LICENÇA À PARTIR DE: ____/____/____ À ____/____/____

CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA

ALTA/APTO A PARTIR DE: 18/07/12 AVALIAÇÃO S.M.S.T.

3.1 – HÁ NECESSIDADE DE NOVO EXAME AO TÉRMINO DESTA LICENÇA?
 - SIM - NÃO

*Artur Araújo
médico motociclista
médico coordenador pelo
FARMACIOTECNIA
30 dias
PROF. NOME E SOBRENOME
UNIMARUI.*

COMPARECEU À PERÍCIA
MÉDICA NA PRESENTE DATA
NO HORÁRIO DAS

CID
CRM

*11/15
58475*

13/07/12

DATA PERÍTO: ASSINATURA E CARIMBO

C – REVISÃO

- CONFIRMADO - ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO COORDENADOR

OBSERVAÇÕES DO D.P.

GUARDE
Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba
ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 18/07/12
Claudio Rosson Junior
INSP. S.M.S.T.
Assinatura e Carimbo-RE

Demonstrativo de Pagamento de Salário

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTANA DE PARNAÍBA
RUA DA MONTE CASTELO, 4

JUNHO/2012

Código Nome do Funcionário CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.
00014311 ARTUR FERREIRA DE ARAUJO 00000 38 34 51 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	VENCIMENTO MENSAL	30/30	1.231,23	
013	GRAT. ESP. TRABALHO POLICIAL	35,00%	430,93	
023	ADICIONAL DE RISCO DE VIDA	440,00%	492,49	
026	HORAS EXTRAS 50%	5	46,17	
502	IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE	1 DEP		15,34
545	DESC VERTCON			34,50
951	CAIXA DE PREVIDENCIA	11,00%		194,69

Local do Depósito SANTANDER BRASIL S/A
Conta-Corrente No. 000010015648

Total de Vencimentos 2.199,82 Total de Descontos 244,53

Valor Líquido 1.956,29

Salário Base 1.231,23 Sal. Contr. INSS 1.231,23 Base Cál. FGTS 0,00 F.G.T.S. do Mês 0,00 Base Cál. IRRF 1.231,23 Faixa IRRF 0

COLEGIO MATERIAL DO BRASIL

DE NOT. DE SANTANA DE PARNAÍBA - SP

Antonio Augusto Rodrigues Cruz - Ofic. e Tab.

R. Pedro Procópio, 160 - Centro - 06501-130

Edifício Lazara Rodrigues Cruz

0926AR941127

Santana de Parnaíba - SP

18 JUL. 2012

Valido somente como selo de autenticidade

Tel: (11) 4622-7700 Fax: (11) 4622-7707

AUTENTICACAO - Autentico a presente copia reprografica, conforme o original apresentado, do que dou fé.

Fabiana Cássia de Almeida Azeiteira

ESCREVENTE AUTORIZADA

Valor pago p/ autentic. R\$ 2,35

EM BRANCO



**PREFEITURA DE
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **Artur Ferreira de Araujo**,
prontuário 14311, servidor desta Prefeitura exercendo a função de **Guarda
Municipal Comunitária Masculino**, portador da Cédula de Identidade – RG.
28.286.851-3/SSP-SP, inscrito no CPF sob o n.º 270.921.538-16, cadastrado no
PIS/PASEP sob o n.º 12546753152 ficou afastado de suas atividades por Licença
Médica, de 19 de junho de 2012 a 17 de julho de 2012.

Santana de Parnaíba, 18 de julho de 2012.

ANTONIO HISAO KOBAYASHI
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

46.522.983/0001-271

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTANA DE PARNAÍBA

Rua São Miguel Arcanjo, 90
Centro - CEP 06501 - 115
SANTANA DE PARNAÍBA - SP

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ARTUR FERREIRA DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 28286851 SSP/SP

CPF
 270.921.538-16

DATA NASCIMENTO
 21/03/1979

FILIAÇÃO
 OLITO FERREIRA DE ARAUJO
 MARIA DE LOURDES DE ARAUJO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
 01617122508 05/03/2013 10/01/2001

OBSERVAÇÕES

Carimbo de Carimbo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL OSASCO, SP DATA EMISSÃO 11/03/2008

78319618416
 SP336981724

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-SP (SAO PAULO)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 981723490

PROIBIDO PLASTIFICAR
 981723490



REGISTRO CPM
 DAS CATEGORIAS NATURAIS TABELADO
 DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO E REGISTRO DE VEICULOS
 SANTANA DE PARNABA - SP
 Av. Juscelino Kubitschek, 100 - Centro - CEP: 05501-131
 Edifício Lazara Rodrigues Cruz

18 JUL. 2012

Santana de Parnaba SP

Valido somente como meio de autenticação

Tel: (11) 4622-7700 Fax: (11) 4622-7707

AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográica, conforme o original e min apresentado, do que dou fé.

Fabienna Cássia de Almeida Oliveira
 ESCREVENTE AUTORIZADA

Valor pago R\$ 2,35

EM BRANCO

Esta folha contém dois boletos, destaque aqui para pagamento.

BOLETO 01 DE 03

00190.00009 02336.691437 87171.459115 3 53870000043405

BANCO DO BRASIL		Vencimento 07/07/2012	Autenticação Mecânica - RECIBO DO SACADO	
Sacado ARTUR FERREIRA ARAUJO		Cedente COMPAR CONSTRUTORA E PARTICIPACOES LTDA.		
Endereço do cedente R IRMA PIA. 422 CONJUNTO 1103 05335-050 SAO PAULO SP - CNPJ 09.211.545/0001-11				
Agência / Cód. Cedente 3026-0 / 13.963-7	Nosso Número AI 23366914387171459	Nº do Documento 0000094015	Valor do Documento 434,05	Este recibo somente terá validade com autenticação mecânica ou acompanhado do boleto de pagamento emitido pelo Banco Recebimento em avulsos ou através do sistema de compensação essa quitação terá validade após o pagamento do cheque pelo Banco Sacado

<<< RECORTE AQUI >>>

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 02336.691437 87171.459115 3 53870000043405		Vencimento 07/07/2012
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO.					Agência / Código do Cedente 3026-0 / 13.963-7
Cedente COMPAR CONSTRUTORA E PARTICIPACOES LTDA.					Nosso Número AI 23366914387171459
Data do Documento 03/07/2012	Nº do Documento 0000094015	Espécie Doc. DM	Acelte N	Data de Processamento 03/07/2012	(=) Valor do Documento 434,05
USO DO BANCO 13.963-7	Carteira 11-019	Espécie RS	Quantidade	Valor	(-) Desconto / Abatimento
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente) JUROS POR UM DIA: RS 0,14					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Sacado ARTUR FERREIRA ARAUJO R HERCULES AEBRUZZESSE, 36, CS 2, PQ SAN 06340-340 CARAPICUIBA - SP					Código de Baixa
Sacador / Avalista					CPF 270.921.538-16



Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação

COLEGIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS TABELÃO DE SANTA CRUZ DE PARNAIBA - SP

0926/2012 26 JUL. 2012

Autenticado em 26/07/2012

Valido somente como solo de autenticidade

Fax: (11) 4622-7700

Autenticação - Autentico a presente cópia reprográfica, conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.

Fabianna Cássia de Almeida Oliveira

ESCREVENTE AUTORIZADA

Valor pago p/ autentic. R\$ 2,35

EM BRANCO

00100004512

Aut. CBR456_A4_Xerox

Declaração

O Fato ocorreu quando vim a sentir um mal súbito ao descer do ônibus vim a cair da sola vindo a bater o ombro direito bem como o rosto na guia. Devido tal ocorrência sofri algumas escoriações no ombro bem como no rosto e na cabeça, fiquei com o ombro direito dolorido devido ao Trauma, ao efetuar os exames solicitados pelas médicas ortopedistas foi constatado algumas lesões na articulação, conseqüentemente fui afastado do serviço no período de 19 de Junho a 17 de Julho 2012 como segue anexos de afastamento médico, Devido as lesões na articulação o médico Perito Dr. Reginaldo Dardement CRM.58478 requisitou fisioterapia e algumas restrições nas minhas atividades profissionais.

18/07/2012



[Handwritten signature]

CARTÓRIO OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS **Antonio Augusto Rodrigues Cruz**
TABELAIO DE NOTAS DE SANTANA DE PARNAÍBA / SP **Oficial / Tabelião**
06501-130 RUA PEDRO PROCOPIO, 100 - ED. LIZARA RODRIGUES CRUZ
CENTRO - SANTANA DE PARNAÍBA - ESTADO DE SÃO PAULO
www.cartorioarodriguescruz.com.br - cartorio@cartorioarodriguescruz.com.br - fone: (11) 4622-7700

RECONHEÇO, por semelhança, a(s) firma(s) de: **ANTUR FERREIRA DE ARAUJO** (119995). Dou fé.
Santana do Parnaíba-SP, 18/07/2012. Em test. da verdade.
FABIANA CASSIA DE ALMEIDA OLIVEIRA - ESCRIVENTE
Seq.: 4956485550484950485753495036 Unit: 4,00 Total: R\$ 4,00 1
***LIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE**

SELO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
SANTANA DE PARNAÍBA - SP
Antonio Augusto Rodrigues Cruz
Oficial / Tabelião
0926AA391203



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

Sub-Estipulante:	Indicador do Gov. Publ. Mun. Stra. Baruaia			SUB-GRUPO	CNPJ
Proponente/Titular	Antônio Ferreira de Araújo			Data Nascimento	
RG	Estado Civil	Sexo	MATRICULA / RE	CPF	Natural de
282868513	casado		14351	27082153816	Osasco / SP
Cônjuge	Cristiane Marques Araújo			Data Nascimento	
LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA.					
AV. João de Andrade, 800 Osasco - SP - 17/06/2012					

Descreva com letra legível como ocorreu o acidente, suas causas e consequências.

O FATO Ocorreu quando vim a sentir um mal súbito ao descer da ônibus vim a cair da sala virado à bater a cabeça direita bem como a nosta na quib. Devida tal ocorrência sofri algumas escanideças na cabeça bem como na nosta e na cabeça, Fiquei com o ombro direito danado devido do Trauma, do efetuar os exames solicitados; Inverso.

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos.
19.06.12	Queda no solo
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.	Contusão de ombro D Aberto 03cm
Em caso negativo quais foram as causas	
Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual?	NA
Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?	
O Acidentado teve alta? Em que data?	Sim 17/07/12
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	
Qual o percentual de redução Funcional?	
Nome do Médico Assistente.	CRM
Endereço do Médico.	
LOCAL / DATA	Assinatura do Médico sob carimbo
Santa 17.07.12	

LOCAL	Data	Assinatura do Acidentado
Santa de Paranaíba	17.07.12	



**PREFEITURA DE
SANTANA DE PARNAÍBA**
Estado de São Paulo

RECEITUÁRIO

"PRESCREVER OS MEDICAMENTOS COM NOME GENÉRICO - LEI 9787/99"

Nome: _____ Idade: _____

Plata

*O ME Arthur Pereira
Mauricio trata de cirurgia
outra D) reter da
e limitação funcional
problema
Aluda US6 do outro
para decidir cirurgia
de artroscopia*

*Dr. Alberto Makolevich Alvariz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 54132*

[Signature] 03-07-12



Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba
Estado de São Paulo



- CEP -
CENTRO DE ESPECIALIDADES PARNAIÁBENS
Secretaria Municipal da Saúde
Rua Padre Luiz Alves Siqueira Castro 205
Bairro Centro - CEP 06501-120
Santana de Parnaíba SP.
Fone: 4622 7100

CEP

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA FISIOTERAPIA

ESTA GUIA SERÁ VALIDA COM PREENCHIMENTO COMPLETO
E EM LETRA LEGIVEL

NOME: Amaral Fernando Augusto

RG: _____ DATA NASC: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

• HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Bursite / tendão

• DIAGNÓSTICO: curva 10

• MEDICAÇÃO ADMINISTRADA: Resortina

• PATOLOGIAS ASSOCIADAS: norma

• DIAGNÓSTICO RADIOLOGICO, TOMOGRAFICO, RNM: 10/11

• TRATAMENTOS CLINICOS E CIRURGICOS REALIZADOS: _____

• MOTIVO E OBJETIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

• RESTRIÇÕES IMPOSTAS PELA PATOLOGIA: _____

Dr. Reginaldo Duque
Médico Físio
CRM 58.479

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

DATA ____/____/____

FONE _____



Paciente: Artur Ferreira de Araujo

Idade: 33 Anos

Data: 10.07.2012

Medico Solicitante: Reginaldo de Oliveira Doudement

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO DIREITO

Técnica: Foram obtidas imagens ponderadas nas sequências T1 e T2

Análise:

Ausência derrame articular

- Tendinopatia do tendão supraespinal, caracterizado por espessamento e alteração de sinal, sem sinais de ruptura franca

- Tendões infraespinal, subescapular, cabo longo do bíceps e redondo menor, com espessura, morfologia e intensidade de sinal normais

- Estruturas musculares conservadas

- Alterações ósteo-degenerativas da articulação acrômio-clavicular com sinais de importante processo inflamatório periarticular (bursite)

- Acrômio tipo II de Bigliani, inclinado lateralmente

- Demais estruturas ósseas íntegras

- Feixes neurovasculares preservado

Dr. Bruno Rafael Losasso

CRM: 111.857





**PREFEITURA DE
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

NOME: ARTUR FERREIRA DE ARAUJO

IDADE: 33 ANOS

DATA: 05/07/12


MEDICO SOLICITANTE: DR ALBERTO

Ultra-sonografia do Ombro direito

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico de alta resolução, na frequência de 7,5 MHz.

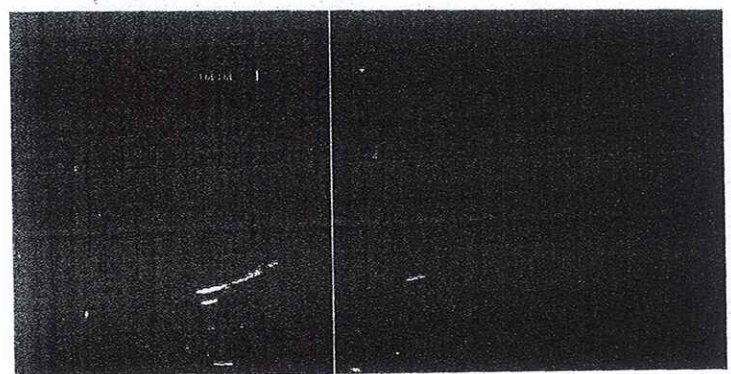
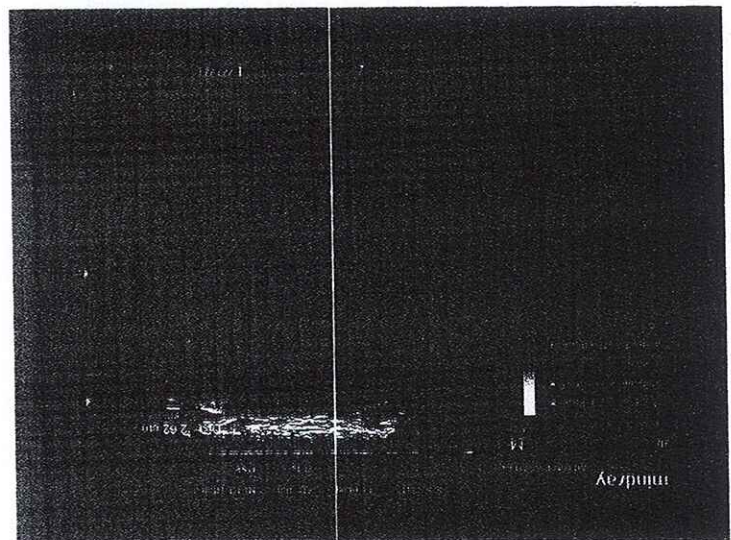
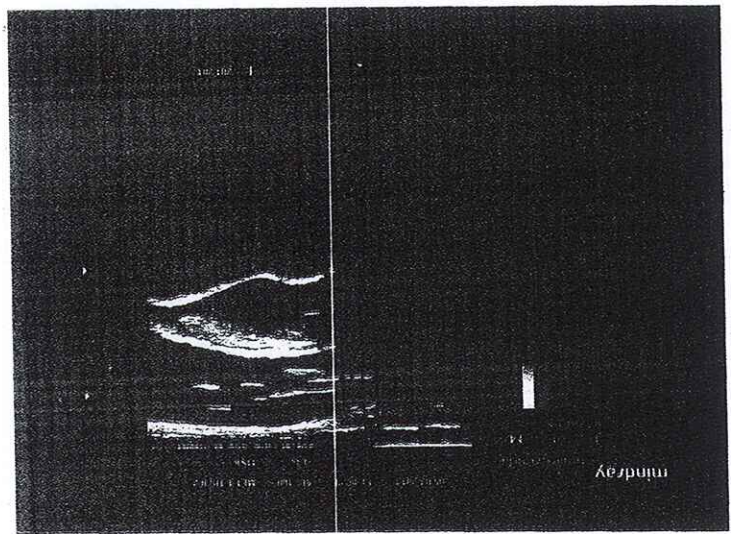
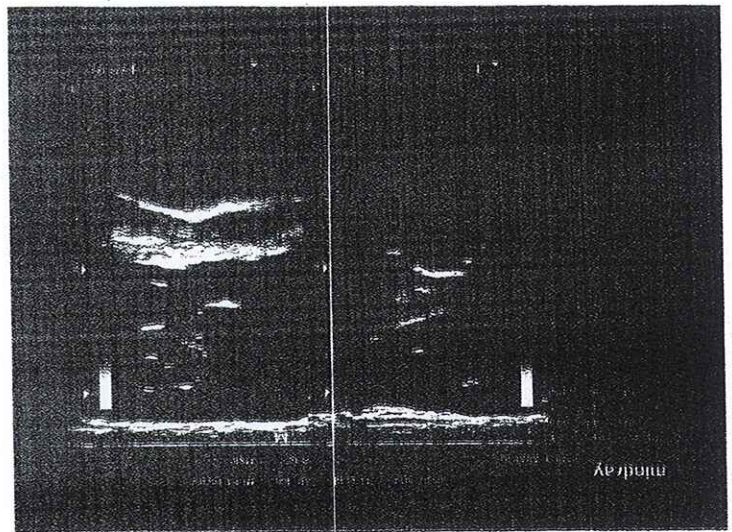
- Pele e subcutâneo: Sem alterações.
- Músculo deltóide: Arquitetura e textura preservadas.
- Bursa subdeltóide: Preservada.
- ✕ • Tendão do supra-espinhal: Arquitetura e textura preservadas.
- Tendão subescapular: Arquitetura e textura preservadas.
- Tendão do infra-espinhoso: Arquitetura e textura preservadas.
- Tendão do cabo longo do bíceps: Arquitetura e textura preservadas.
- Articulação acrômio-clavicular: Espessada em grau moderado.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
-DERRAME ARTICULAR MODERADO.



SIDNEY S. JUNIOR
CRM 115959





FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

pelos médicos ortopedistas Foi constatado algumas lesões na articulação, conseqüentemente Fui afastado do serviço no período de 19 de Junho a 17 de Julho 2012 como segue anexas de afastamento médico, Devida às lesões na articulação o médico perito Dr. Reginaldo Daudement CRP.58478 requisitou Fisioterapia e algumas restrições nas minhas atividades Profissional.

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome do Médico Assistente: Dr. Reginaldo Daudement CRP.58478

Endereço: Rua ...

Cidade: ...

Estado: ...

Assinatura do Médico Assistente: ...

Data: ...

Local: ...

Assinatura do Médico Assistente: ...

Data: ...

Local: ...

Assinatura do Médico Assistente: ...

Data: ...

Local: ...

CPM

Assinatura do Acidentado

Assinatura do Acidentado

Data

Local

Após efetuar os exames solicitados pelos médicos ortopedistas, foi constatada algumas lesões na artrose do joelho, como quietamente foi atestado

do joelho pelo parecer de 19 de julho a 17 de julho 2012. Como segue anexos de afastamento médicos, devidos as lesões

na artrose do joelho e médico Paulo Dr. Regina das CRM 58478, requirita fisioterapia e algumas restrições nas minhas atividades profissionais.

(The following form content is mirrored from the reverse side of the document and is oriented upside down in the image)

INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

SEGURODORA	APÓLICE Nº	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	INV. PERM. ACIDENTE	INV. PERM. DOENÇA	PROFISSIONAL

ASSINATURA DO SEGURODADO E/OU RESPONSÁVEL LOCAL E DATA

INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO

NOME DO MÉDICO	ENDEREÇO	CIDADE	UF	TELEFONE

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURODADO

NOME	ENDEREÇO	CIDADE	UF	TELEFONE

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

DATA DO ACIDENTE HORA LOCAL DO ACIDENTE

INFORMAÇÕES DO SEGURODADO

SEGURODADO	ENDEREÇO	CIDADE	UF	TELEFONE

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE ANTERIOR