

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Pedro Josafá Delmondes

CPF da Vítima

233.011.122.34

Data do Acidente

21/02/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Segurodpvat.aruana@gmail.com

Telefone (DDD)

18199105.0485  
99611.1515

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Aruana de Março 27 de 2018  
Local e Data

ARUANA SEGUROS  
04 ABR 2018

Pedro Josafá Delmondes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ  
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA

( ) OCORRÊNCIA - ( ) CONSULTA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: PEDRO JOSAFÁ DELMONDES Registro: 1211153  
Data de Nascimento: 26/09/1970 Idade: 47 anos 4 meses 25 dias Naturalidade: ARARIPINA  
Endereço: RUA ANTONIO ALVES DE MENESES 54 LAGOA DO BARRO - ARARIPINA  
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DELMONDES Nome do Pai: JOSAFÁ CESÁRIO DELMONDES  
RG: 4454128 Orgão Expediente: Expedição: 24/06/2015 CPF: 23301117734  
Certidão Nascimento: - Livro: Folha: Nº: Data:  
Profissão: AGRICULTORIA Estado Civil: CASADO Cor: PARDA  
Telefone: Celular: 015.701004337000692

DADOS DO ATENDIMENTO

Data: 21/02/2018 Hora: 11:32:07 Recepcionista: MARCELO  
Médico de plantão: LETÍCIA CAMPOS CRM: 24143  
Sociedade: POPULARES  
Motivo de: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.  
Paciente: Cidade: Técnico de enfermagem:

HISTÓRIA CLÍNICA

Vítima de acidente de motocicleta  
bateram o braço e a mão. Negro 4RS  
Negro de. Negro alouco, Medecamentos

Os exames de voltarem  
os exames de exames  
Solicito RX de mão

Declaro sob pena da lei, que as informações fornecidas por mim são verdadeiras.

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Instituto Social das Medianeiras da Paz  
Hospital e Maternidade Santa Maria  
Serviço Social  
Tel. (81) 3873.1192 - Caixa Postal 32  
CEP. 56280-000 - Araripina - PE  
Ata J. J. J. J.  
Coordenadora





INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ  
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA

( ) OCORRÊNCIA - ( ) CONSULTA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: PEDRO JOSAFÁ DELMONDES Registro: 1211153  
Data de Nascimento: 26/09/1970 Idade: 47 anos 4 meses 25 dias Naturalidade: ARARIPINA  
Endereço: RUA ANTONIO ALVES DE MENESES 54 LAGOA DO BARRO - ARARIPINA  
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DELMONDES Nome do Pai: JOSAFÁ CESÁRIO DELMONDES  
RG: 4454128 Orgão Expediente: Expedição: 24/06/2015 CPF: 23301117234  
Certidão Nascimento: - Livro: Folha: Nº: Data:  
Profissão: AGRICULTORIA Estado Civil: CASADO Cor: PARDA  
Telefone: Celular: 015.701004337000692

DADOS DO ATENDIMENTO

Data: 21/02/2018 Hora: 11:32:07 Recepcionista: MARCELO  
Médico de plantão: LETÍCIA CAMPOS CRM: 24143  
Sociedade: POPULARES  
Motivo de: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.  
Paciente: Cidade: Técnico de enfermagem:

HISTÓRIA CLÍNICA

Tratando de acidente de motociclista  
bateram o braço esquerdo. Negro 4RS  
Negro 20. Negro alongado, Medecamentos

Os exames de voltarem  
os exames de exames  
Solicito RX de abdômen

Declaro sob pena da lei, que as informações fornecidas por mim são verdadeiras.

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Instituto Social das Medianeiras da Paz  
Hospital e Maternidade Santa Maria  
Serviço Social  
Tel. (81) 3873.1192 - Caixa Postal 32  
CEP. 56280-000 - Araripina - PE  
Ata J. Médico  
Coordenadora

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria da Glória Oliveira

RG nº 2002032021198, data de expedição     /    /    , Órgão SSP-CE

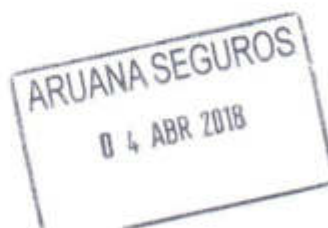
CPF nº 058.881.464-47, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Campo Fomoso</u>
Número	<u>150</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Rural</u>
Cidade	<u>Araripina</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56 280 000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 991050485 / 99611-1515</u>
E-mail	<u>Segurodpint.araripina@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Araripina-PE 27.04.2018

Assinatura do Declarante: Maria da glória oliveira



### DADOS DO CLIENTE

MARIA DO SOCORRO DELMONDES

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

SI CAMPO FORMOSO 150

CPF: 029.552.134-77

### CLASSIFICAÇÃO

ARARIPINA RURAL/ARARIPINA RURAL

ARARIPINA PE

56280-0000

B2 RURAL  
AGROPECUARIA RURAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO	MES/ANO
----------------	---------

4010787101 01/2018

DATA DE VENCIMENTO: 01/2018

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
000696489	UNICA	09/01/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/01/2018	2002809371	4102024

16/01/2018 06/02/2018

TOTAL A YADAKTIR: 50002010

29.80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)	55,0000000	0,47432842	26,08
Acréscimo Bancaria VERMELHA			1,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 000813098-10/11/17			0,47
Multa por atraso-NF 000857834 - 12/12/17			1,17
Juros por atraso-NF 000857834 - 12/12/17			0,30
Atualização IOPM-NF 000857834 - 12/12/17			0,29

**TOTAL DA FATURA** 28,80

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (m³)
		BASA	LEITURA	BASA	LEITURA				
WH0007	CAL	124.35317	17.172,96	0844.0016	17.237,50	26	1,00000		55,16

## - HISTÓRICO DE CONSUMO

www.ck12.org

[illegible]

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

1440 a 1700 mil petates em 2015, a serem arrolados. Entre declarações, os produtores, para cumprir com o compromisso das organizações de comercialização, não questionam os valores reais da matéria (Art. 4º, §1º, III/2008). Entre declarações, não há uma avaliação da quantidade de matéria e da qualidade, nem também, em termos de produção, que poderia ser avaliada, após a sua distribuição ao consumidor.

DURAÇÃO E PESQUENHA DAS INTERROGÇÕES						NÍVEL DE TENSÃO		
TÍT.	CONCEITO	VALOR atribuído	LIMITE MINIMAL	LIMITE TENSÃO	LIMITE MAXIMO	TENSÃO NOMINAL (N)	LIMITE DE VARIAÇÃO (N)	
							MINIMO	MAXIMO
TÍT.	adaptação	100,0	11,74	23,48	45,96	220	202	231

ARUANA SEGUROS  
04 ABR 2018







**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria da Glória Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 058.881.464 / 47  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pedro Josefa Delmondes inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 233.011.122 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima  
Pedro Josefa Delmondes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 233.011.122 / 34, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusa - de Renda: Recusa - de e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Sítio Campo Formoso</u>		Número	<u>150</u>	Complemento	
Bairro	<u>Rural</u>	Cidade	<u>Araçapina</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
					<u>56.280.000</u>	
Email	<u>Seguradpvat.arapina@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(71) 9105 0485</u>	Telefone celular (DDD)	<u>99618-1515</u>

Araçapina 27 de Março de 2018  
Local e Data

Maria da Glória Oliveira  
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS  
04 ABR 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Jeflânia Bezerra de Alencar

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.038.484 / 89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Pedro Jacaça Delmondes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 233.011.122/34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Pedro Jacaça Delmondes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 233.011.122/34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogada Renda: R\$ 998,00 e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Severo Cordeiro dos Santos</u>	Número: <u>53</u>	Complemento:
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Araripina</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>jeflany@hotmail.com</u>	CEP: <u>56280-000</u>	Tel.(DDD): <u>(87) 99143.7970</u>

Local e Data: Araripina-PE,

Jeflânia Bezerra de Alencar  
Assinatura do Declarante

ARQUIVADA  
15 AGO 2019



INSTITUTO SOCIAL DAS MÃES E MENINAS DA PAZ  
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA

1. HISTÓRICO - 1. HISTÓRICO

2. OBJETIVO - 2. OBJETIVO

3. FUNDAMENTO - 3. FUNDAMENTO

4. OBJETIVO - 4. OBJETIVO

5. OBJETIVO - 5. OBJETIVO

6. OBJETIVO - 6. OBJETIVO

7. OBJETIVO - 7. OBJETIVO

8. OBJETIVO - 8. OBJETIVO

9. OBJETIVO - 9. OBJETIVO

10. OBJETIVO - 10. OBJETIVO

11. OBJETIVO - 11. OBJETIVO

12. OBJETIVO - 12. OBJETIVO

13. OBJETIVO - 13. OBJETIVO

14. OBJETIVO - 14. OBJETIVO

15. OBJETIVO - 15. OBJETIVO

16. OBJETIVO - 16. OBJETIVO

17. OBJETIVO - 17. OBJETIVO

18. OBJETIVO - 18. OBJETIVO

19. OBJETIVO - 19. OBJETIVO

20. OBJETIVO - 20. OBJETIVO

21. OBJETIVO - 21. OBJETIVO

22. OBJETIVO - 22. OBJETIVO

23. OBJETIVO - 23. OBJETIVO

24. OBJETIVO - 24. OBJETIVO

25. OBJETIVO - 25. OBJETIVO

26. OBJETIVO - 26. OBJETIVO

27. OBJETIVO - 27. OBJETIVO

28. OBJETIVO - 28. OBJETIVO

29. OBJETIVO - 29. OBJETIVO

30. OBJETIVO - 30. OBJETIVO

31. OBJETIVO - 31. OBJETIVO

32. OBJETIVO - 32. OBJETIVO

33. OBJETIVO - 33. OBJETIVO

34. OBJETIVO - 34. OBJETIVO

35. OBJETIVO - 35. OBJETIVO

36. OBJETIVO - 36. OBJETIVO

37. OBJETIVO - 37. OBJETIVO

38. OBJETIVO - 38. OBJETIVO

39. OBJETIVO - 39. OBJETIVO

40. OBJETIVO - 40. OBJETIVO

41. OBJETIVO - 41. OBJETIVO

42. OBJETIVO - 42. OBJETIVO

43. OBJETIVO - 43. OBJETIVO

44. OBJETIVO - 44. OBJETIVO

45. OBJETIVO - 45. OBJETIVO

46. OBJETIVO - 46. OBJETIVO

47. OBJETIVO - 47. OBJETIVO

48. OBJETIVO - 48. OBJETIVO

49. OBJETIVO - 49. OBJETIVO

50. OBJETIVO - 50. OBJETIVO

51. OBJETIVO - 51. OBJETIVO

52. OBJETIVO - 52. OBJETIVO

53. OBJETIVO - 53. OBJETIVO

54. OBJETIVO - 54. OBJETIVO

55. OBJETIVO - 55. OBJETIVO

56. OBJETIVO - 56. OBJETIVO

57. OBJETIVO - 57. OBJETIVO

58. OBJETIVO - 58. OBJETIVO

59. OBJETIVO - 59. OBJETIVO

60. OBJETIVO - 60. OBJETIVO

1. Itens de acordo de trabalho  
Ocupação do aluno, 11/11/1977. Negativo  
Negativo. Negativo. Negativo.

O aluno p. de trabalho  
O aluno p. de trabalho  
Solicito 12 x de 10.

ARUANA SEGUROS  
04 ABR 2018

\* Maria da Glória Nova

Assessora da Direção de Administração

Letícia Campes  
Coordenadora

Assessoria de Marketing

Instituto Social das Mães e Meninas da Paz  
Hospital e Maternidade Santa Maria  
Serviço Social  
Tel. (87) 3873.1192 - Caixa Postal 32  
CEP. 56280-000 - Araripina - PE  
Ana Jéssica  
Coordenadora



Laudo médico

Opacante: pedro josafar  
Delmonda, for. min. etia  
do 1.º e 2.º per. sendo to de  
moto com trauma na  
nos membros inferiores e  
com forte dor, de p. aldo  
em aneur. cold. caço, com  
sequeles, e conseq. (corte contusa)  
e necrose do DP. V. A. T.

S-81.7.

CID S-84.7.

S-86.7.

T-93-5

T-93-4



Dr. Emílio Teixeira Leite  
Médico  
CREME/PE: 6663

20/04/18



## Associação Médica Brasileira - AMB-PI

Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei Estadual N. 101  
de 4 de Fevereiro de 1948 CNPJ: 06.981.807/0001-89  
Federada à ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

*[Assinatura]*  
Presidente

Série - A

1095

### ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins e a pedido do(a) interessado(a) que atendi

Sendo prof. Debeauder  
RA 4454.128 RG/CPF 233.011.122.34

portador CIB-5837 (autorizado pelo paciente) Quem se

ocidentais em tráfego com  
de licença (João José) para  
nao submeter a  
uniquo, e confuso com  
prova e um  
trabalho no tempo  
Local Ulsabauha Data 21/08/19

Dr. Rúben Batista  
Médico, CRM 657/Pi  
CPF: 04.120.783-72

CRM 657 CPF 04/120783-72

Rua David Caldas, 90/1º And. • Fone/fax: (86) 3221-4402 / 3221-8636  
End. AMB-PI • Caixa Postal 57 • Cep: 64000-190 • Teresina - Piauí  
Email: ambpi1998@gmail.com • www.ambpiaui.org.br

ARUANA SEGURADORA  
15 AGO 2019



Nome Paciente: **Pedro Josafa Delmondes**  
Registro: **294063**  
Data de nasc.: **26/09/1970**  
Sexo: **Masculino**

Médico Solicitante:  
Data do exame: **17/06/2019**  
Idade: **48Y 8M**

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO**

### **INFORMAÇÕES ESSENCIAIS:**

#### **Dados clínicos:**

Paciente 48Y 8M. Dor articular

#### **DADOS ADICIONAIS:**

Antecedente cirúrgico: Reconstrução ligamentar

Antecedente oncológico: Não expresso

Exames anteriores: Não disponíveis para comparação

Episódios semelhantes/ recorrência/ duração e início dos sintomas: Não detalhado

Dispositivos ou matérias ferromagnéticas/ paramagnéticas corporais: Não expresso

Antecedente alérgico ou sabida contra-indicação ao uso de contrastes: Não expresso

#### **TÉCNICA DO EXAME:**

Estudo com avaliações multiplanares realizada após compreensão e assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido necessário a todas as etapas do exame.

A administração de contraste: Sem contraste

### **ACHADOS :**

Menisco medial com alteração de sinal linear estendendo-se para superfície inferior do corno posterior, associado a diminuto cisto parameniscal posterior com 0,5 cm, podendo estar relacionado a alteração cicatricial / fina fissura meniscal. Correlacionar com dados cirúrgicos.

Menisco lateral sem sinais de lesão.

Túneis ósseos no fêmur e tibia para reconstrução do ligamento cruzado anterior, instrumental metálico cirúrgico gerando artefatos de susceptibilidade magnética que degradam a qualidade de algumas imagens e dificultam a análise.

Enxerto ligamentar cruzado anterior íntegro, levemente heterogêneo e irregular.

Ligamentos colaterais e cruzado posterior conservados.

Patela exibindo irregularidade condral discreta no início da faceta lateral, sem alteração do osso subcondral (condropatia grau II).

Mínimas irregularidades condrais superficiais na região de carga dos compartimentos femorotibiais, sem alteração do osso subcondral.

Pequeno derrame articular.

Leve tendinopatia proximal do patelar. Edema da gordura de Hoffa lateral.

Tendão quadríceps conservado.

Alteração cicatricial no trajeto distal dos tendões da pata anserina.

Ventres musculares com trofismo e sinal preservados.

### **IMPRESSÃO:**

Sinais de reconstrução do ligamento cruzado anterior. Enxerto ligamentar mantendo continuidade de suas fibras, de aspecto levemente heterogêneo e irregular. Menisco medial com alteração de sinal no corno posterior, podendo estar relacionado a fissura horizontal / alteração cicatricial meniscal (correlacionar com dados cirúrgicos). Pequeno derrame articular. Tendinopatia proximal do patelar e edema da gordura de Hoffa.

ARUANA SECUNDORA

15 AGO 2019

Petrolina, 17/06/2019



CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Dr. Marcel Vieira da Nóbrega CRM 9502  
Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
Imagem do Sistema Músculoesquelético

Em caso de não confluência das idéias apresentadas com os sinais semiológicos aferidos, estou a disposição para discussão do caso, revisões e interpretação dos resultados, à luz de novos dados clínicos não expressos anteriormente.

ARJANA SEGURADORA  
15 AGO 2019



Laudo médico

Opacante: pedro josafar  
Delmonda, for. min. etia  
do 1.º e 2.º per. sendo to de  
moto com trauma no me  
nos membros inferiores e  
com forte dor, de p. aldo  
em aneur. cold. caço, com  
sequeles, e conges (corte contusa)  
e necrose do DP. V. A. T.

S-81.7.

CID S-84.7.

S-86.7.

T-93-5

T-93-4



Dr. Emílio Teixeira Leite  
Médico  
CREME/PE: 6663

20/04/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - RUA DE CECILIA MARTINS



*Pedro Josafa Delmondes*  
1553456

Assinatura do Titular

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.454.128 DATA DE EMISSÃO 24/08/16

PEDRO JOSAFÁ DELMONDES

MARIA DO SOCORRO DELMONDES  
JOSAFÁ CESÁRIO DELMONDES

RELACÃO

TITULAR DOVE ARARIPINA-PE

DATA DE NASCIMENTO 26/09/1970

CERT. CASAM. 4952 L 016 F 174  
EXP ARARIPINA-PE 13/07/16  
293.011.122-34

1553456

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018



VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
761288734

PROIBIDO PLASTIFICAR  
761288734

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
MARIA DA GLORIA OLIVEIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
2002632021108 SSP CE

CPF  
058.881.464-47

DATA NASCIMENTO  
30/07/1985

PLACÃO  
JOAQUIM CANDIDO DE  
OLIVEIRA  
MARIANA MARIA DE JESUS

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. PAB  
2B

Nº REGISTRO  
03795455501

VALIDADE  
18/04/2018

Nº HABILITAÇÃO  
06/03/2006

OBSERVAÇÕES  
sem observações

*Maria da Gloria Oliveira*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
ARARIPINA - PE

DATA EMISSÃO  
15/10/2013

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

04375242240  
PRO52822150

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - RUA DE ODESS MARQUES



*Pedro Josafa Delmondes*  
1553456

Assinatura do Titular

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.454.128 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/08/16

NOME PEDRO JOSAFÁ DELMONDES

RELACÃO MARIA DO SOCORRO DELMONDES  
JOSAFÁ CESÁRIO DELMONDES

TITULARIDADE ARARIPINA-PE

DATA DE NASCIMENTO 26/09/1970

CERT. CASAM. 4952 L 016 F 174  
EXP ARARIPINA-PE 13/07/16  
293.011.122-34

1553456

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE  
Nº 013712996305  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Vila: 1  
Cód. Renavam: 525755888  
Ano: 2017

PEDRO JOSAFÁ DELMONDES

PEUBI-PE

233.011.122-34

PEU1084

9C2KX1670DR012768

PAS MOTOCICLETA

ALCO/GA/PC

HONDA/CG 150 FAN EST

2013 2013

2P/149CL

BARTIC

BRETA

1P/1PVA 2017 QUITADO

1ª \*\*\*\*\*  
2ª \*\*\*\*\*  
3ª \*\*\*\*\*

A 1

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

*Charles Andrews Sousa Ribeiro*

Charles Andrews Sousa Ribeiro

PEUBI-PE

01/02/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA PUBLICA E OUROS QUE CARGA APRESSADA TRANSPOZITA O BURNIO - SEGURO DPVAT

PENº 013712996305 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PEDRO JOSAFÁ DELMONDES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

PEUBI-PE

2017

01/02/18

233.011.122-34

PEU1084

525755888

HONDA/CG 150 FAN EST

2013

9C2KX1670DR012768

PRÊMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE DPVAT

DESENVOLVIMENTO

CUSTO DO BILHETE DPVAT

COTA LIBERADA

INACIDADO

DATA DE CANCELAMENTO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.568.800/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
P.F. NÃO P. NP. DDPMP. ORBITRAMOTO

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE  
Nº 013712996305  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Vila: 1  
Cód. Renavam: 525755888  
Ano: 2017

PEDRO JOSAFÁ DELMONDES

PEUBI-PE

233.011.122-34

PEU1084

9C2KX1670DR012768

PAS MOTOCICLETA

ALCO/GA/PC

HONDA/CG 150 FAN EST

2013 2013

2P/149CL

BARTIC

BRETA

1P/1PVA 2017 QUITADO

1ª \*\*\*\*\*  
2ª \*\*\*\*\*  
3ª \*\*\*\*\*

V  
A  
1

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

*Charles Andrews Sousa Ribeiro*

Charles Andrews Sousa Ribeiro

PEUBI-PE

01/02/18

PENº 013712996305 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PEDRO JOSAFÁ DELMONDES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

PEUBI-PE

2017

01/02/18

233.011.122-34

PEU1084

525755888

HONDA/CG 150 FAN EST

2013

9C2KX1670DR012768

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE DPVAT

CUSTO DO BILHETE DPVAT

CUSTO DO BILHETE DPVAT

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 02.528.800/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

P.F. NÃO P. NP. DDDP. ORDEIRA MODTO

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018





Seguradora

**LÍDER**

Administradora do Seguro DPVAT

( / )



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT / Pague Seguro

## Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: PET1084 UF: PE CATEGORIA: 09\*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
-	2017	R\$185,50	Quitado	
Data Pagamento		Valor Pago	Vencimento - 34/02/2014 Acidente - 23/02/2018	
10/04/2017		R\$185,50		
+	2016	R\$292,01	Quitado	
+	2015	R\$292,01	Quitado	
+	2014	R\$292,01	Quitado	
+	2013	R\$268,01	Quitado	

(\*) Motocicleta

ARJANA SEGUROS

04 ABR 2018

Voltar

Imprimir

ACESSIBILIDADE





Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Pedro Sousa F. Delmondes  
 DATA DO ACIDENTE 20/02/2018 CPF DA VÍTIMA 233.011.122-34  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Campo Fongongo  
 Nº 950 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Rural  
 CIDADE Amaralina UF PE CEP 56.280-000  
 E-MAIL Seguradpvt.Amaralina@hotmail.com TELEFONE (81) 99105-0485  
87199611-1515

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA Mario da glória Oliveira

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04 ABR 2018  
 NOME ARUANA SEGUROS  
 ASSINATURA Valtati F. Joubert



Seguradora

**LÍDER**

Administradora do Seguro DPVAT

( / )



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT / Pague Seguro

## Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: PET1084 UF: PE CATEGORIA: 09\*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
-	2017	R\$185,50	Quitado	
Data Pagamento		Valor Pago	Vencimento - 34/02/2014 Acidente - 23/02/2018	
10/04/2017		R\$185,50		
+	2016	R\$292,01	Quitado	
+	2015	R\$292,01	Quitado	
+	2014	R\$292,01	Quitado	
+	2013	R\$268,01	Quitado	

(\*) Motocicleta

ARJANA SEGUROS

04 ABR 2018

Voltar

Imprimir

ACESSIBILIDADE





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Pedro Sousa F. Delmondes  
 DATA DO ACIDENTE 20/02/2018 CPF DA VÍTIMA 233.011.122-34  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Campo Fongongo  
 Nº 950 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Rural  
 CIDADE Amaralina UF PE CEP 56.280-000  
 E-MAIL Seguradpvt.Amaralina@hotmail.com TELEFONE (81) 99105-0485  
87199611-1515

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA Mario da glória Oliveira

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04 ABR 2018  
 NOME ARUANA SEGUROS  
 ASSINATURA Valtati F. Joubert

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180153848 **Cidade:** Araripina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO JOSAFÁ DELMONDES **Data do acidente:** 21/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE BRAÇO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

**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:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180153848 **Cidade:** Araripina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO JOSAFÁ DELMONDES **Data do acidente:** 21/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE BRAÇO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

**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:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Pedro Josafá Delmondes
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	4.454.128-55P-PI CPF: 233.011.122.34
ENDEREÇO:	Sítio Campo Formoso 154 Rural

## OUTORGADO

NOME:	Maria da Glória Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Agricultora
IDENTIDADE:	2002032021108-55P-CE CPF: 058.881.464-47
ENDEREÇO:	Sítio Campo Formoso 154 Rural

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

15 MAR. 2018

LOCAL E DATA

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018



*Pedro Josafá Delmondes*

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

<p>2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS</p> <p>Rua Joaquim Alexandre Amos, 66 - Centro - Arapirina / PE - CEP: 56280-000</p> <p>Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) 1(s) firma(s) de: PEDRO JOSAFÁ DELMONDES - R: 01, Dou fe. Em Testemunho de. Francisco Rodrigues da Silva - Titular, Arapirina-PE, 15/03/2018, 08:31. Ao Cartório: R\$ 3,39 - TSNR: R\$ 0,80 - FERC: R\$ 0,40 - 1890N: R\$ 0,20 - Total: R\$ 4,79. Melo(s): 0073999.HE002201801.03094</p>		<p>Francisco Rodrigues da Silva</p> <p>TÍTULO 49</p> <p>Assinatura: (07) 3873-0058</p> <p>E-mail: franciscoverde@arapirina.pe.gov.br</p>
<p><input type="checkbox"/> Francisco Rodrigues da Silva</p> <p><input type="checkbox"/> Maria Lucrécia Batista Lima</p> <p><input type="checkbox"/> Mariana André de Carvalho Nova</p>		



## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

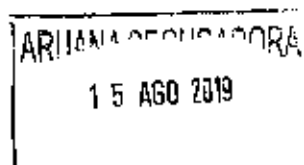
**OUTORGANTE:** PEDRO JOSAFÁ DELMONDES, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 4.454.128 SSP/PI, inscrito no CPF sob nº 233.011.122-34, residente e domiciliado no Sítio Campo Formoso, nº 150, zona rural, Lagoa do Barro, nesta cidade de Araripina-PE, CEP: 56180-000.

**OUTORGADA:** JERLÂNIA BEZERRA DE ALENCAR, brasileira, solteira, advogada, com inscrição na OAB/PE sob o nº. 32.584, com escritório situado na Rua Severo Cordeiro dos Santos, nº. 53, centro, Araripina-PE.

**PODERES:** Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, exclusivamente para recebimento de seguro DPVAT, junto a Aruana Seguradora. Dado e passado nesta cidade de Araripina-PE, aos 05 dias do mês de abril de 2019.



*Pedro Josafá Delmondes*  
Pedro Josafá Delmondes



Renata Antão de Carvalho Noca  
Escrevente Autorizada

CONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS	
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) 1	
Firma(s) de: (1) PEDRO JOSAFÁ DELMONDES - F: 01	
Dou fe. Em Testemunho: <i>Renata Antão de Carvalho Noca</i> da verdade. Dou fe. Renata	
Araripina-PE, 06/07/2019. 06/07/2019. Cartório: R\$ 3,39 -	
TSNR: R\$ 0,80 - FERC: R\$ 0,40 - ISSN: R\$ 0,20 - FERC: R\$ 0,04 - FURSEG: R\$ 0,08 - Total: R\$ 4,91.	
Selo(s): 0073999.PMC07261901.00830	
<input type="checkbox"/> Cartório Autorizado de 1º Ofício	<input type="checkbox"/> Não é Cartório de 1º Ofício
Cartório de Araripina-PE	



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280929/19

**Vítima:** PEDRO JOSAFÁ DELMONDES

**CPF:** 233.011.122-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/02/2018

**Titular do CPF:** PEDRO JOSAFÁ  
DELMONDES

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JERLANYA BEZERRA DE ALENCAR : 074.038.484-89

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### PEDRO JOSAFÁ DELMONDES : 233.011.122-34

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2019  
Nome: JERLANYA BEZERRA DE ALENCAR  
CPF: 074.038.484-89

JERLANYA BEZERRA DE ALENCAR

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019  
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA  
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **PEDRO JOSAFÁ DELMONDES**

Nº Sinistro: **3180153848**  
Vitima: **PEDRO JOSAFÁ DELMONDES**  
Data do Acidente: **21/02/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA DA GLORIA OLIVEIRA**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180153848**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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

Carta nº 13533272



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima <b>233.011.122-34</b>	Nome completo da vítima <b>Pedro Josafá Delmondes</b>
---------------------------	--	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Pedro Josafá Delmondes</b>	CPF titular da conta <b>233.011.122-34</b>	Profissão <b>Agricultor</b>
Endereço <b>Sítio Campo Formoso</b>	Número <b>150</b>	Complemento
Bairro <b>Rural</b>	Cidade <b>Araripe</b>	Estado <b>PE</b>
Email <b>segurodpvat.araripe@hotmail.com</b>	CEP <b>56280000</b>	Telefone (DDD) <b>81 99105.0485</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR               | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD. <b>0772</b>	D/V <b>013</b>	CONTA NRD. <b>19.9337</b>	D/V <b>0</b>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</b>	NRD. <b>104</b>
AGÊNCIA NRD. <b>0772</b>	D/V <b>013</b>
CONTA NRD. <b>19.9337</b>	D/V <b>0</b>
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**Araripe** de **Março 27** de **2018**  
Local e Data

**Pedro Josafá Delmondes**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**ARUANA SEGUROS**  
**04 ABR 2018**  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

8/03/2018

HORA: 09:14:29

DATA EFETIVACAO:

28/03

CONVENIO:

000591025

OPERADOR:

CAIXA01

AGENCIA:

0772

CONTA:

013.00019937-0

TIPO:

PEDRO JOSAFÁ DELMONDES

NOME:

ALOR:

646085808

COD. OPERACAO:

DISQUE CAIXA - 0800 726  
101

OUVIDO

OUVIDORIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F  
O DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MI  
S

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima <b>233.011.122-34</b>	Nome completo da vítima <b>Pedro Josafá Delmondes</b>
---------------------------	--	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Pedro Josafá Delmondes</b>	CPF titular da conta <b>233.011.122-34</b>	Profissão <b>Agricultor</b>
Endereço <b>Sítio Campo Formoso</b>	Número <b>150</b>	Complemento
Bairro <b>Rural</b>	Cidade <b>Araripe</b>	Estado <b>PE</b>
Email <b>segurodpvat.araripe@hotmail.com</b>	CEP <b>56280000</b>	Telefone (DDD) <b>81 99105.0485</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR               | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD. <b>0772</b>	D/V <b>013</b>	CONTA NRD. <b>19.9337</b>	D/V <b>0</b>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</b>	NRD. <b>104</b>
AGÊNCIA NRD. <b>0772</b>	D/V <b>013</b>
CONTA NRD. <b>19.9337</b>	D/V <b>0</b>
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**Araripe** de **Março 27** de **2018**  
Local e Data

**Pedro Josafá Delmondes**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**ARUANA SEGUROS**  
**04 ABR 2018**  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

8/03/2018

HORA: 09:14:29

DATA EFETIVACAO:

28/03

CONVENIO:

000591025

OPERADOR:

CAIXA01

AGENCIA:

0772

CONTA:

013.00019937-0

TIPO:

PEDRO JOSAFÁ DELMONDES

NOME:

ALOR:

646085808

COD. OPERACAO:

DISQUE CAIXA - 0800 726 101

OUVIDO

CAIXA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F  
O DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MI  
S

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 200ª CIRCUNSCRIÇÃO - ARARIPINA - DP200ªCIRC  
DINTER2/24ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0290000755**

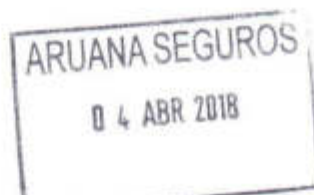
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/03/2018** às **11:39**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **21/2/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ARARIPINA, 01, BR 316 PARQUE TRÊS VAQUEIROS - Bairro: CENTRO - ARARIPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)  
MARIA DA GLORIA OLIVEIRA (TESTEMUNHA)  
FRANCISCO PEREIRA DE SÁ (TESTEMUNHA)  
PEDRO JOSAFÁ DELMONDES (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO JOSAFÁ DELMONDES**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**PEDRO JOSAFÁ DELMONDES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO DELMONDES**  
Pai: **JOSAFÁ CESÁRIO DELMONDES** Data de Nascimento: **26/9/1970** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4454128/SSP/PI (RG), 23301112234 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ARARIPINA, 01, RUA SÃO FRANCISCO, LAGOA DO BARRO DISTRITO DE ARARIPINA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ARARIPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA DA GLORIA OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIANA MARIA DE JESUS** Pai: **JOAQUIM CÂNDIDO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **30/7/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2002032021108/SSP/PE (RG), 05888146447 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º, GRAU COMPLETO** Profissão: **PROFESSOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ARARIPINA, 01, RUA SÃO FRANCISCO, LAGOA DO BARRO, DISTRITO DE ARARIPINA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ARARIPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FRANCISCO PEREIRA DE SÁ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO DE SÁ** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **7/7/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2004032017190/SSP/PE (RG), 36764917850 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **GESSEIRO**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ARARIPINA, 01, RUA GIBUINO ALBUQUERQUE, LAGOA DO BARRO DISTRITO DE ARARIPINA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ARARIPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO JOSAFÁ DELMONDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO JOSAFÁ DELMONDES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PET1084** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **525755888** Chassi: **9C2KC1670DR012768**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BOLETIM E QUE SAIU DE CASA COM SUA ESPOSA E UMA CRIANÇA, QUE DECIDIRAM QUE ELA E A CRIANÇA VIRIAM DE VAM E ELE NA MOTOCICLETA, ELE AO CHEGAR PRECISAMENTE NA BR 316 DE FRENTE AO PARQUE TRÊS VAQUEIROS FOI SURPREENDIDO POR UM CÃO (CACHORRO) PASSANDO NA RODOVIA, ELE CAIU DE IMEDIATO E MACHUCOU AS PERNAS E DO DIA DE HOJE RELATA QUE PERDEU PARTE DOS MOVIMENTOS DOS MEMBROS INFERIORES. AFIRMA QUE SOZINHO CHEGOU ATÉ A PRAÇA MATYRIZ DESTA CIDADE E LIGOU PARA SUA ESPOSA QUE O ENCONTROU E PEDIU AO CARRO DA PREFEITURA DESTA CIDADE PARA LEVA-LO AO HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA (1211153). O MESMO FOI MEDICADO E NA DATA DE HOJE RELATA QUE ESTA COM ENCAMINHAMENTO PARA O ORTOPEDISTA POIS AS DORES SÃO FORTES QUANDO ELE CAMINHA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**PEDRO JOSAFÁ DELMONDES**  
(VÍTIMA)

**MARIA DA GLÓRIA OLIVEIRA**  
(TESTEMUNHA)

**FRANCISCO PEREIRA DE SÁ**  
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por:  **MARCIA ALDENEIDE MACEDO DA SILVA** - Matrícula: **296915-7**

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018