

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 Josaíá Delmondes

CPF da Vítima

233.011.122-34

Data do Acidente

21/10/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

Seguradp vat. Araripina@hotmail.com

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(87) 99106-0985

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.

Araripina-PE _____ de *Marco* *27* de *2018*

Local e Data

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018

Pedro Josaíá Delmondes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INSTITUTO SOCIAL DAS MÉDIANEIRAS DA PAZ
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA

() Ocorrência - () Consulta

DADOS DO PACIENTE

Paciente: PEDRO JOSAFÁ BELMONDES
Data de Nascimento: 26/09/1970 Idade: 47 anos 4 meses 25 dias Naturalidade: ARARIPINA
Endereço: RUA ANTÔNIO ALVES DE MENESES 84 LAGOA DO BARRO - ARARIPINA
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BELMONDES Nome do Pai: JOSAFÁ CESARIO BELMONDES
RG: 4454128 Órgão: SSP-PE Expedição: 24/06/2016 CPF: 23301112234
Certidão Nascimento: - Livro: Fofia N°: Data:
Profissão: AGRICULTOR(A) Estado Civil: CASADO Cor: PARDAS
Telefone: Celular: 085701004837000692

DADOS DO ATENDIMENTO

Data: 21/02/2018 Hora: 11:32:07 Recepcionista: MARCELO
CRM: 29143

Médico de plantão: LETÍCIA CAMPUS

Socorrida por: POPULARES

Motivo de: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Placa: Cidade:

Enfermeiro:

Técnico de Enfermagem:

HISTÓRIA CLÍNICA

Victime. ou acidente de motociclista
bifeando em um muro. Negó 4 hrs
Negó d.m. Negó alergias. Medicamentos

01 aux p. ou voltares

01 aux p. ou oxigênio bala m
Solução 5% ou 10%

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

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018

+ Maria da Glória Oliveira
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Letícia Campus
CRM-PE: 29143

Instituto Social das Médianeiras da Paz
Hospital e Maternidade Santa Maria
Serviço Social
Tel. (87) 3873-1192 - Caixa Postal 32
CEP. 56280-000 - Araripina - PE
Av. José Sá
Coordenadora
Dra. Rosângela

INSTITUTO SOCIAL DAS MÉDIANEIRAS DA PAZ
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA

() Ocorrência - () Consulta

DADOS DO PACIENTE

Paciente: PEDRO JOSAFÁ BELMONDES
Data de Nascimento: 26/09/1970 Idade: 47 anos 4 meses 25 dias Naturalidade: ARARIPIA
Endereço: RUA ANTÔNIO ALVES DE MENESES 84 LAGOA DO BARRO - ARARIPIA
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BELMONDES Nome do Pai: JOSAFÁ CESARIO BELMONDES
RG: 4454128 Órgão: SSP-PE Expedição: 24/06/2016 CPF: 23301112234
Certidão Nascimento: - Livro: Fofa: Nº: Data:
Profissão: AGRICULTOR(A) Estado Civil: CASADO Cor: PARDAS
Telefone: Celular: 085 70100483 7000692

DADOS DO ATENDIMENTO

Data: 21/02/2018 Hora: 11:32:07 Recepcionista: MARCELO
CRM: 26143

Médico de plantão: LETÍCIA CAMPUS

Socorrida por: POPULARES

Motivo de: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Placa: Cidade:

Enfermeiro:

Técnico de Enfermagem:

HISTÓRIA CLÍNICA

Victime. ou acidente de motociclista
bifeando em um muro. Negó 4 hrs
Negó d.m. Negó alergias. Medicamentos

01 aux p. ou voltares

01 aux p. ou oxigênio bala m
Solução 5% ou 10%

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

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018

+ Maria da Glória Oliveira
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Letícia Campus
CRM-PE: 26143

Instituto Social das Médianeiras da Paz
Hospital e Maternidade Santa Maria
Serviço Social
Tel. (87) 3873-1192 - Caixa Postal 32
CEP. 56280-000 - Araripe - PE
Av. José Síca
Coordenadora
Dra. Rosângela

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria da Glória Oliveira

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

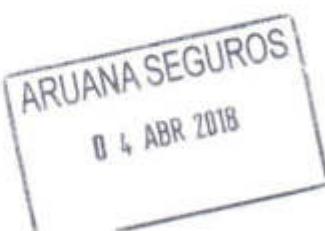
CPF nº 058.881.464-47, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Anaripina - PE 27/04/2018

Assinatura do Declarante: Maria da glória oliveira



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.532/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO SOCORRO DELMONDES
CPF: 029.682.734-77

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CAMPO FORNO 150
ARARIPIA RURAL/ARARIPIA RURAL
56280-000 ARARIPIA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disponível, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

30/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

23/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
23/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
070792587

CONTA CONTRATO

004010787101

Nº DO CLIENTE
202900371

Nº DA INSTALAÇÃO
0004102624

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

C476.1F82.4119.3F81.CE1D.0FAC.166A.8EC7

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	137,00	0,59327838	81,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,89
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,00
ICMS Subvenção-CDE-NF 063018388-23/05/18			0,55
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,85
TOTAL DA FATURA			89,85

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO Corte.

Vencido	Dt. Reiv.	Valor
07/07/18	23/07/19	72,84

Este comunicado NÃO substitui aviso do débito anterior e NÃO configura
exclusivo em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por dois ciclos
de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer
extinção conforme os critérios definidos no Art. 9º REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de
cobrança, bem como inclusão nos registros de recebedores de crédito SPC e SERASA.

Tarifa Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,47748600	MWh	
JUL	18	137	
JUN	18	115	
MAI	18	117	
ABR	19	87	
MAR	19	81	
FEV	19	108	
JAN	18	128	
DEZ	18	101	
NOV	18	112	
OUT	18	97	
SET	18	110	
AGO	18	113	
JUL	18	88	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RE	%
Geração de Energia	27,32
Transmissão	3,81
Distribuição (Caipe)	18,29
Encargos Sistóricos	4,28
Tributos	24,85
Perda de Energia	5,73
TOTAL	83,16

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APÓS DIA	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-0 dia de horário sem Energia	ARARIPIA	0,28	11,74	33,48	48,80
FIC-0 dia de vez em quando Energia		1,09	7,62	15,84	31,28
DMIC-0 dia/a noite de interrupção contínua		0,28	8,48	8,40	0,00
DICR-0 dia/a noite de interrupção em dia critico				Límite DICR: 16,60	
EUBD-Valor da Encargo de Uso = R\$ 21,00					
Todos Consumidores podem solicitar a suspensão das Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº CUAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO SUM.
MH59967	CAT	21/06/2019 10.014,00	23/07/2019 10.051,00	03	-3.000,00	0,00	137,00

ARUANA SEGURADORA

15 AGO 2019

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/08/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você marcadinho natal: r/ ver José Santiago brilh 173 contra f/ posto de medicamentos sorrinha: r/ ver um
Na data de fatura a bandeira em vigor é Amarela. Mais informações em www.anel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% [Res414/ANEEL], Juros 15,8% m/Loj 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mês.
Desconto Incondicional pelo Aplicativo da Tarifa B2 RURAL = R\$ 25,86.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento conceitual.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTACUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004010787101	07/2019	0,00	30/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. www.autendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCE_S-D-home-neologow-sap.com/servlet/login

**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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² 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 058.881.469 / 47, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pedro Ygoro Delmendes inscrito (a) no CPF sob o Nº 233.011.122/341, do sinistro de DPVAT cobertura Anual de 3 da Vítima Pedro Ygoro Delmendes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 233.011.122/341, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusa - be Renda: Recusa - be e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Araci</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>56280000</u>
Email	<u>Segurodpvt.araci@htmail.com</u>			Telefone comercial (DDD)	<u>(71) 9105 0485</u>		
				Telefone celular (DDD)	<u>99618-1515</u>		

Araci 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 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 Ouvilória: 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 SUSEP¹ 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 folha 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Jerlânia Bezerra de Alencar,
inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.038.484 / 89, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Pedro Henrique Delmundo inscrito (a) no CPF sob o Nº 233.011.122-34,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Pedro Henrique Delmundo,
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 Condeiro dos Santos</u>	Número:	<u>53</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Araripe</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:	<u>56280-000</u>	
E-mail:	<u>jerlanny@hotmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>(87) 99193-7970</u>

Local e Data: Araripe-PE,

Jerlânia Bezerra de Alencar
Assinatura do Declarante

ARIANA SECUNIAPARA
15 AGO 2019

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SANTA MÔNICA

Laudo Médico

Operante: pedro josé da
Delmonde, f. m. m. 01/01/1980
2.001.700 per sordu te de
moto co traumas no
nos membros inferiores e
no porto dor, difusão de
sangue, edema, edema, per
a recuperação (cortes contusos)
e recuperação do D.P.U.T.

S-81-7.

CID S-84-7.

S-86-7.

+93-5

+93-4



Dr. Emílio Teixeira Leite
Médico
CREME/PE: 6663

20/04/18

87 9 9650.5852 / 9 9948.7576 / 9 9195.4420

Rua Presidente Dutra, 507 - Centro

Trindade - Petrolina



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

Ricardo W. W. W. W.
Presidente

Série - A

1095

ATESTADO MÉDICO

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

Sebastião José de Oliveira

RA: 4454.183 RG/CPF 233.011.122-34

portador CID: S834 (autorizado pelo paciente) O anexo segue
paciente em acompanhamento ao tratamento
de hipertensão arterial (sistema
vasoconstrictor) e diabetes
metformina e em tratamento
de colesterol com terapia intensiva
Local: Umuarama Data: 21/7/2019

Dr. Rúbenis Batista
Médico CRM/PI
CRF/PI
CPF: 0824783-12

CRM 6097 CPF 041.810.783-72

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 ferromagnéticos/ paramagnéticos corporais: Não expresso

Antecedente alérgico ou sabida contraindicação 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 sinal 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).

Minimas 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 RECHIARDO RA
15 AGO 2019

Petrolina, 17/06/2019



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marcel Vieira da Nóbrega'.

Dr. Marcel Vieira da Nóbrega CRM 9502
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Integram o Sistema Radiodiagnóstico

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.

ARUAMA SEGUROADORA
15 AGO 2019

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SANTA MÔNICA

Laudo Médico

Operante: pedro josé da
Delmonde, f. m. m. 01/01/1980
2.001.700 per sordu te de
moto co traumas no
nos membros inferiores e
no porto dor, difusão de
sangue, edema, edema, per
a recuperação (cortes contusos)
e recuperação do D.P.U.T.

S-81-7.

CID S-84-7.

S-86-7.

+93-5

+93-4



Dr. Emílio Teixeira Leite
Médico
CREME/PE: 6663

20/04/18

87 9 9650.5852 / 9 9948.7576 / 9 9195.4420

Rua Presidente Dutra, 507 - Centro

Trindade - Petrolina



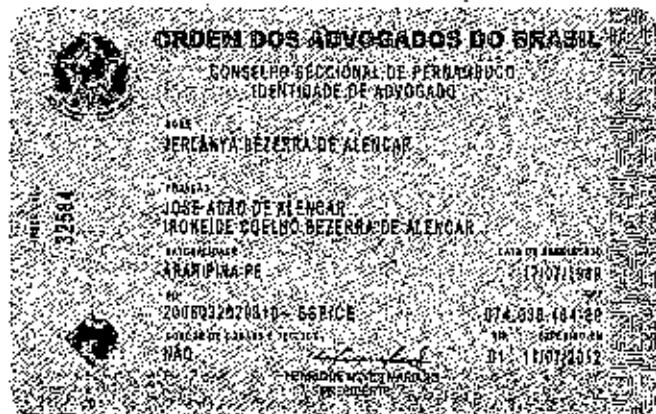
ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018

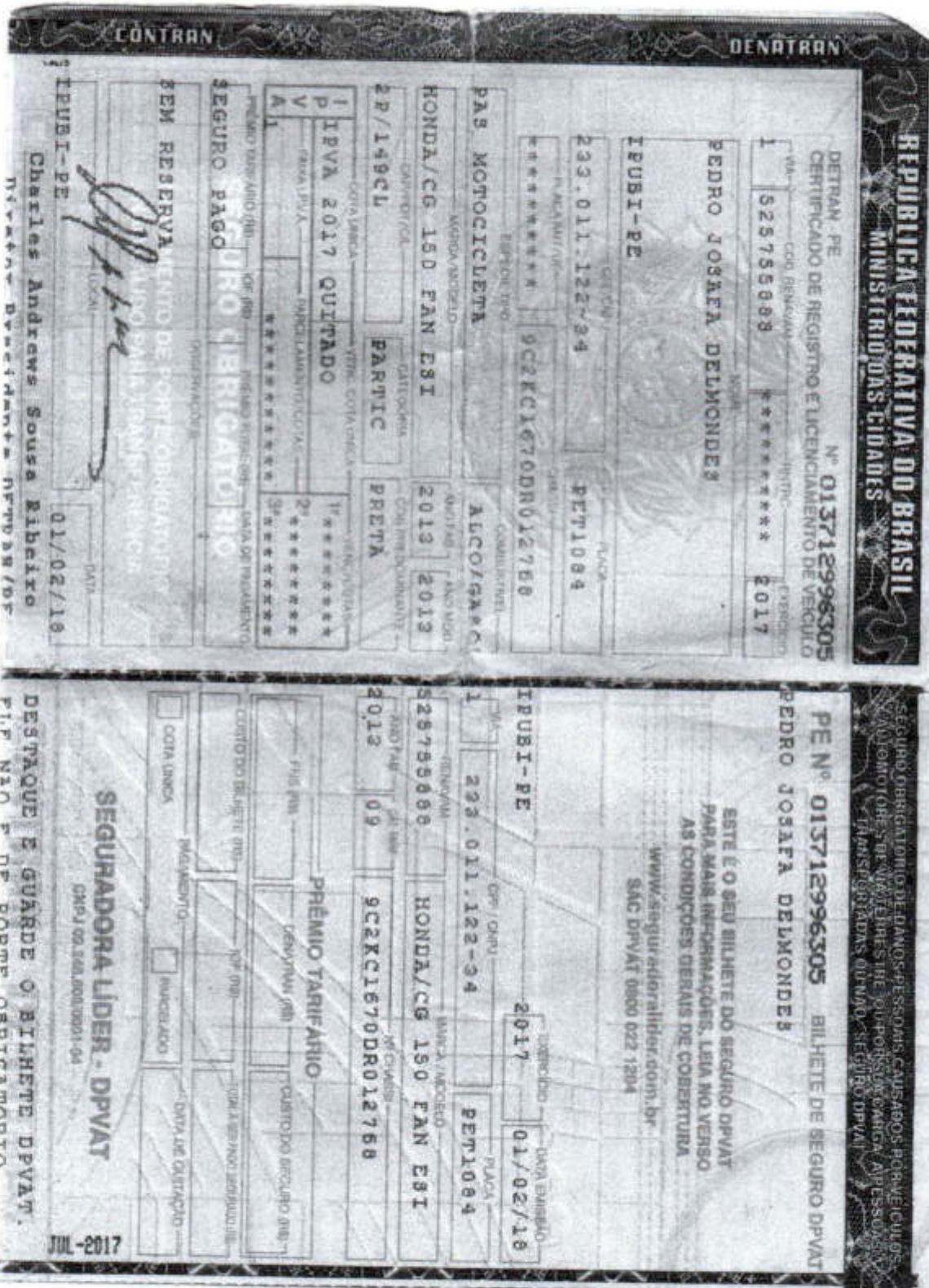


ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018

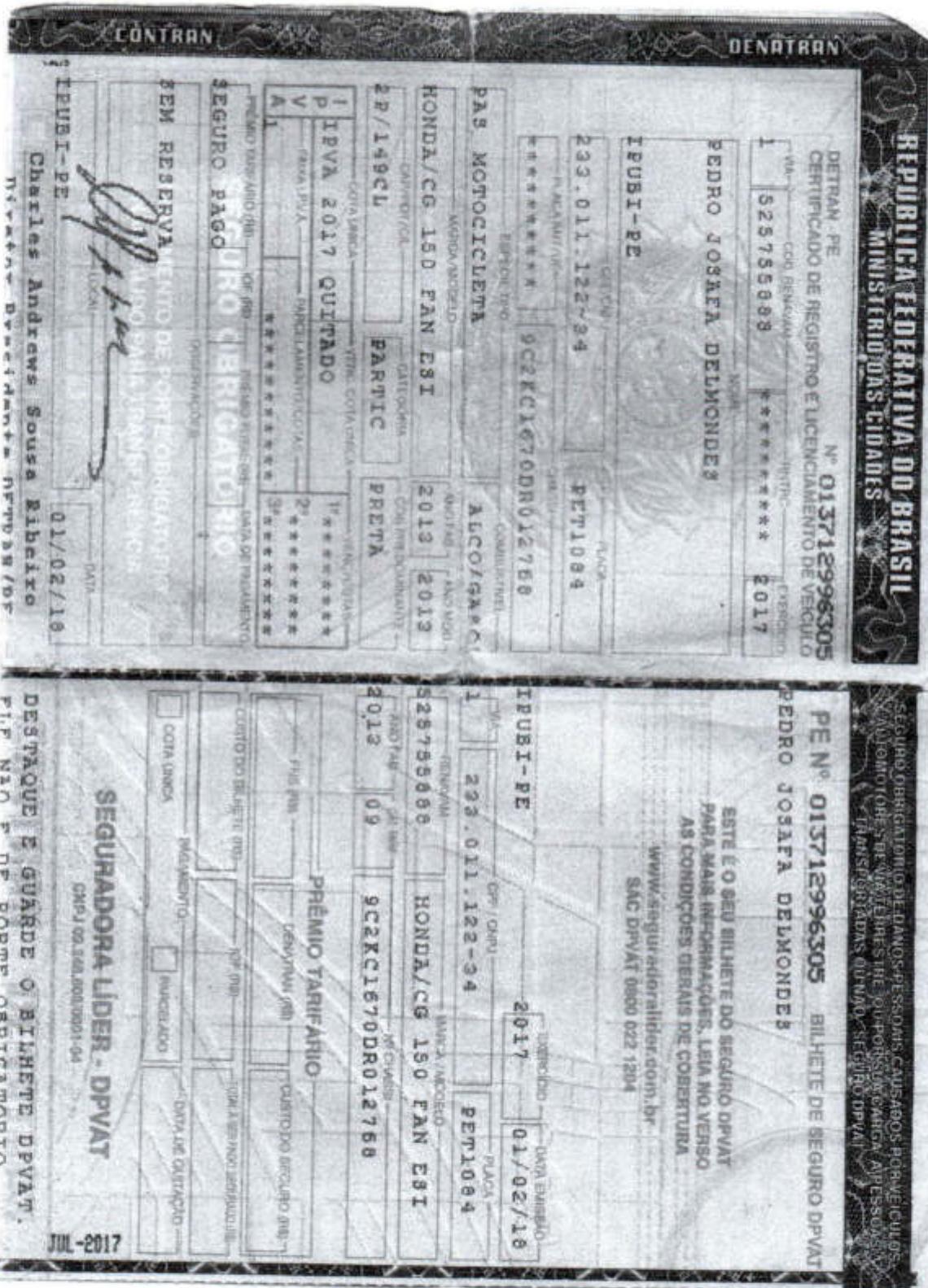


ARLINDA DE SOUZA
15 AGO 2019



ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018



ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018



(/)



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

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018

[Voltar](#)[Imprimir](#)

ACESSIBILIDADE



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Pedro Sosa Fs DelmondesDATA 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 Silva Campo FormosoNº 950 COMPLEMENTOBAIRRO RúmialCIDADE AraçatubaUF PECEP 56280 000E-MAIL Seguradpvt.Araçatuba@hotmail.comTELEFONE (17) 99105-0485
(17) 99611-1515

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, TAISS 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, TAISS 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Maria de gloria oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

ARUANA SEGUROS

DATA _____

04 ABR 2018

NOME _____

ASSINATURA Nathália F. Souza



(/)



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

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018

[Voltar](#)[Imprimir](#)

ACESSIBILIDADE



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Pedro Sosa Fs DelmondesDATA 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 Silva Campo FormosoNº 950 COMPLEMENTOBAIRRO RúmialCIDADE AraçatubaUF PECEP 56280 000E-MAIL Seguradpvt.Araçatuba@hotmail.comTELEFONE (17) 99105-0485
(17) 99611-1515

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, TAISS 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, TAISS 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Maria de gloria oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

ARUANA SEGUROS

DATA _____

04 ABR 2018

NOME _____

ASSINATURA Nathália F. Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180153848 **Cidade:** Araripe
Vítima: PEDRO JOSAFA DELMONDES **Data do acidente:** 21/02/2018 **Natureza:** Invalidez Permanente
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

Valorização 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 JOSAFA 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 José da Glória Delmondes
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	4.454.128 SSP-PI CPF: 233.011.122-34
ENDEREÇO:	Sítio Campo Formoso 159 Rural

OUTORGADO

NOME:	Maria da Glória Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Agricultora
IDENTIDADE:	2002032021108 SSP-CE CPF: 058.881.464-47
ENDEREÇO:	Sítio Campo Formoso 159 Rural

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeo 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 José da Glória Delmondes

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

Rua Joaquim Alexandre Arriwa, 88 - Centro - Arapiraca / PE - CEP: 56280-000

Francisco Rodrigues da Silva

TEL/FAX: (87) 3873-0000

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) 1º Nota(s) de: 01 PEDRO JOSÉ DA GLÓRIA DELMONDES - R\$ 01, Dou fe. Em Testemunha: nos de verdade. Dou fe. Francisco Rodrigues da Silva - Titular, Arapiraca-PE,
15/03/2018, 09:31. Ao Cartório: R\$ 3,39. TSNR: R\$ 0,80 - FER: R\$ 0,40 - ISSQN: R\$ 0,20 - Total: R\$ 4,79.
Selo(s): 0073999, HED02201B01.03094

E-mail: franciscorodriguesda.silva@prosegur.com.br



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

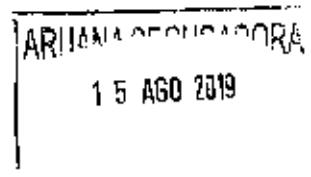
OUTORGANTE: PEDRO JOSAFÁ DELMONDES, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 4.454.128 SSP/PI, inscrito no CPF sob nº 233.011.122-34, residente e domiciliado no Sítio Campo Formoso, nº 150, zona rural, Lagoa do Barro, nesta cidade de Araripina-PE, CEP: 56180-000.

OUTORGADA: JERLÂNYA 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



PROTÓTICO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

Documento Autenticado no Cartório de Araripina-PE, sob o nº. 0073999-PMCD0720190410008307

Reconhecido por AUTENTICIDADE das Firma(s) :

Firma(s) de: (1) PEDRO JOSAFÁ DELMONDES - F. 01.

Dou fe. Em Testemunha(s) de verdade. Dou fe. Renata Antão de Carvalho Noca - Executante Autorizada.

Araripina-PE, 08/07/2019. - 09:01:48 - Câmbio: R\$ 3,39 -

TSNR: R\$ 0,80 - FERC: R\$ 0,0140 - ISSQN: R\$ 0,20 - FER

R\$ 0,04 - FIASEG: R\$ 0,0877 - Total: R\$ 4,91.

Selo(s): 0073999-PMCD0720190410008307



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280929/19

Vítima: PEDRO JOSAFA DELMONDES

CPF: 233.011.122-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/02/2018

Titular do CPF: PEDRO JOSAFA 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 médica-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 JOSAFA 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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JERLANYA BEZERRA DE ALENCAR

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **PEDRO JOSAFA DELMONDES**

Nº Sinistro: **3180153848**
Vitima: **PEDRO JOSAFA 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** 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

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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

233.011.122-34

Nome completo da vítima

Pedro Josaíá Delmondes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Pedro Josaíá Delmondes	CPF titular da conta	233.011.122-34	Profissão	Agricultor	
Endereço	Sítio Campo Formoso	Número	150	Complemento		
Bairro	Rural	Cidade	Anaripina	Estado	PE	
Email	Segurodpvt.Anaripina@hotmail.com				CEP	56280 000
					Telefone (DDD)	18199105.0485
					DT	15/15

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

N.R.O. 0772
(Informar dígito se existir)

D/V

013

CONTA

N.R.O.

19.9337

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____ N.R.O. _____

AGÊNCIA

N.R.O. _____ D/V _____

CONTA

N.R.O. _____ D/V _____

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.

Anaripina _____ de Marco 27 de 2018

Local e Data

Pedro Josaíá 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

GENCIA: 0772
CONTA: 013.00019937-0
NOME: PEDRO JOSAFA DELMONDES
ALOR: 
OD. OPERACAO: 646085808

DISQUE CAIXA - 0800 726
101 OUVIDO
IA - 0800 725 7474
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F
O DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MI
OS

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

233.011.122-34

Nome completo da vítima

Pedro Josaíá Delmondes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Pedro Josaíá Delmondes	CPF titular da conta	233.011.122-34	Profissão	Agricultor	
Endereço	Sítio Campo Formoso	Número	150	Complemento		
Bairro	Rural	Cidade	Anaripina	Estado	PE	
Email	Segurodpvt.Anaripina@hotmail.com				CEP	56280 000
					Telefone (DDD)	18199105.0485
						5111.1515

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

N.R.O.
0772
(Informar dígito se existir)

D/V

013

CONTA

N.R.O.
19.9337
(Informar dígito se existir)

D/V

0

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____ N.R.O. _____

AGÊNCIA

N.R.O. _____ D/V _____ CONTA N.R.O. _____ D/V _____

(Informar dígito se existir)

(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.

Anaripina _____ de Marco 27 de 2018

Local e Data

Pedro Josaíá 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

GENCIA: 0772
CONTA: 013.00019937-0
NOME: PEDRO JOSAFA DELMONDES
ALOR: 
OD. OPERACAO: 646085808

DISQUE CAIXA - 0800 726
101 OUVIDO
IA - 0800 725 7474
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F
O DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MI
OS

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



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ARARIPINA
200ª CIR 24ª DESEC
2018 CIR 24ª DESEC

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 N.º 18E0290000755

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO 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 JOSAFA DELMONDES (VÍTIMA)

ARUANA SEGUROS
04 ABR 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PEDRO JOSAFA DELMONDES

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

PEDRO JOSAFA DELMONDES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DELMONDES**
Pai: **JOSAFA CESARIO 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: **MUNICÍPIO 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 CANDIDO 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: **MUNICÍPIO 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/CE (RG)**, **36764917850 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **GESSEIRO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO 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 JOSAFA DELMONDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO JOSAFA 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 DESTEw MUNICÍPIO 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 nessa unidade policial

PEDRO JOSAFA DELMONDES
(VITIMA)

MARIA DA GLORIA OLIVEIRA
(TESTEMUNHA)

FRANCISCO PEREIRA DE SÁ
(TESTEMUNHA)

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

ARUANA SEGUROS

04 ABR 2018