



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## ANAMNESE

Paciente: ARLINDO MATIAS DO REGO

Nome Social:

Data Nascimento: 28/10/1973

Idade: 46 Anos, 9 Meses e 4 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01284174

Prontuário: 00118548

Senha N.º 0151

Data e Hora: 01/08/2019 17:58h

### CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO HOJE, RELTANDO DOR NO PÉ ESQUERDO.

Alergia:

Conservação: DESCONHECE ALERGIA

USG: CM - HAS

USG: CNH

### EXPERIÇÃO:

Peso:

P.A. Sistólica: PAS: 136 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A. Diastólica: PAD: 81 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca: FC: 70 BPM

CPX / HDA:

EDEMA EM DORSO DO PÉ DIREITO HA 4 HORAS

### Exame Físico:

EDEMA EM DORSO DO PÉ DIREITO

### Exames complementares:

RA PÉ DIREITO, FRATURA DE BASE DO NAVICULAR COMINIMO DESVIO - TRATAMENTO CONSERVADOR

HD:

FX NAVICULAR

### Conduta:

SESSO - SINTOMÁTICOS - ORIENTAÇÕES

### Evolução:

Dr. Tulio Porto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 24080

Ass. do Médico

Dr(a): TULIO PORTO FERREIRA  
CRM - 24080



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

### ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o (a) senhor (a): **ARLINDO MATIAS DO REGO** foi atendido (a) neste serviço no dia **01/08/0019** CID: **S90.8**.

- ☒ Necessitado de **10** dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- ☐ Estando apto para voltar ao trabalho.
- ☐ Como acompanhante.
- ☐ Outros:

Canuaru: 01 DE AGOSTO DE 2019

Dr. Tulio Porto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 24080

Ass. e carimbo do Médico  
Dr.(a): **TULIO PORTO FERREIRA**  
CRM - 24080



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## CONTROLE DE ALTA

Nome: **ARLINDO MATIAS DO REGO**  
Nome Social:

Atendimento: 01266901

Data Nascimento: 28/10/1973    Idade: 45 Anos, 9 Meses e 13 Dias    Prontuário: 00118548

ALTA DOMICÍLIO: ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA: ☐

ALTA AMBULATÓRIO: ☒

RETORNO: ☒ 10 DIAS

ALTA ENCAMINHADO PARA ACOMPANHAMENTO COM O ORTOPEDISTA  
DO MUNICÍPIO DE ORIGEM: ☐

Caruaru, 10 DE AGOSTO DE 2019  
Hora: 16:29

*Assinatura e Carimbo do Médico*  
*Leonardo Araujo Lins*  
*CRM - 23458*

Ass. e carimbo do Médico  
Dr.(a): **LEONARDO ARAUJO LINS**  
CRM - 23458



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## ANAMNESE

Paciente: ARLINDO MATIAS DO REGO

Nome Social:

Data Nascimento: 28/10/1973

Sexo: Masculino

Idade: 45 Anos, 9 Meses e 13 Dias

Atendimento: 01266901

Prontuário: 00118548

Senha N.º: 0100

Data e Hora: 10/08/2019 15:31h

### CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: REFERE DOR EM PE E APOS QUEDA DE MOTO HA 10 DIAS.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIAS

NEGA DM E HAS

DOC: SEM

### AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 122 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 81 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca:

### QPD / HDA:

PACIENTE ENCAMINHADO PELO COLEGA P RETORNO NA UPA

### Exame Físico:

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15, EUPNEICO

### Exames complementares:

RX

### HD:

TRAUMA

### Conduta:

ANALGESIA

### Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): LEONARDO ARAUJO LINS

CRM - 23458



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o (a) senhor (a): **ARLINDO MATIAS DO REGO** foi atendido (a) neste serviço no dia **10/08/0019** CID: **S822**.

- ☒ Necessitado de **14** dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- ☐ Estando apto para voltar ao trabalho.
- ☐ Como acompanhante.
- ☐ Outros:

Caruaru, 10 DE AGOSTO DE 2019

Dr. Gustavo Libório  
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO  
CRM 15582  
Ass. e carimbo do Médico  
Dr.(a): **GUSTAVO LIBÓRIO SANTOS DE ALMEIDA**  
CRM - 15582



PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg  
Temp: \_\_\_\_\_ °C FR: \_\_\_\_\_ rpm  
FC: \_\_\_\_\_ bpm Peso: \_\_\_\_\_ kg  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %  
HORA: \_\_\_\_\_



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS

Ficha de Atendimento

PEDIATRIA ( )

CLÍNICO ( )

Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA: 21/08/19

HORA: \_\_\_\_\_

NOME CIVIL: Arildo Matias do Rego

IDADE: 45

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

DT.NASC. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: F ☐ M ☐

GÊNERO: HOMEM ☐ MULHER ☐ HOMEM TRANS ☐ MULHER TRANS ☐ TRAVESTI ☐ NÃO BINÁRIO ☐

ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL: HETEROSSEXUAL ☐ GAY ☐ LÉSBICA ☐ BISSEXUAL ☐ ASSEXUAL ☐ PANSEXUAL ☐

MÃE: Maria da Conceição da Silva Rêgo

PAI: João Matias Rêgo

ENDEREÇO: Rua Carlos Santiago de Oliveira, 80

BAIRRO: Salg CIDADE: Caruaru (FONE) (81) 8750.4995

Nº DO CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

Nº DO DOC: \_\_\_\_\_

HISTÓRICO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

Entrada de tomazelo E  
na 21/08/19

EXAME FÍSICO: \_\_\_\_\_

es: Cerebro + Ret e  
es: 08/08/19

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

18/08/19 Rx = OK

CONDUTA: \_\_\_\_\_

Cl: AHA + 2º e  
DPVAT

Assinatura e carimbo - Médico

CONDIÇÃO DE ALTA: \_\_\_\_\_

TIPO DE ALTA: ☐ DOMICÍLIO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ AMBULATÓRIO

HORA DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

RECEPCIONISTA  
Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo - Médico

OBS: TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E COM LETRAS LEGÍVEIS, ASSINATURA E CARIMBO

**ATESTADO MÉDICO**

Declaro para os devidos fins que o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

Alino Matias de Rêgofoi atendido (a) neste serviço no dia 21/08/19, às \_\_\_\_\_ h.CID: 593.4☒ Necessitando de 21 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola), a partir desta data.☐ Estando apto para voltar ao trabalho☐ Como acompanhante☐ Outros: \_\_\_\_\_Caruaru, 21 de agosto de 19  
Assinatura e Carimbo do Médico

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Artigo 86 do RGPS.  
Aprovado pelo Decreto n. 80501 de 14/03/87 será expedido para justificativa de  
04 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Caruaru  
Av. Vitor Orey, 654 - São Francisco - CEP: 55065-000  
Fone: (81) 3701-6400 - CEP: 11271-000/000-05

Secretaria  
de Saúde

UNIDADE DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS

Laudo  
Ortopédico  
Anilindo Matias do Rêgo  
C 110 S 93.4

Reclamação tratamento por  
entorse do tornozelo esquerdo,  
após traumatismo com  
protociedade (segundo informa-  
ções palhadas junto ao paciente)  
Após 40 dias foi retirada a  
bota gessada. Tornozelo sem  
dor. Mobilidade normal.  
Discreta dor a palpação.

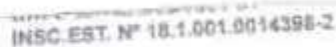
Caruaru, 19/09/19  
AS VOLTAS DO MÉDICO, TITULO ESTABELECE

CONTROLE DA FARMÁCIA

Assinatura do Médico  
Médico Ortopedista  
Médico Ortopedista  
Médico Ortopedista







**ATENDIMENTO:** RUA PR CARNEA TABO. 0013 - JARDIM DE PAZ  
**AU CANIARU PE 55012-330**

**DADOS DO CLIENTE** MATRÍCULA: 105257672 Set/2019

**JOSILENE FERREIRA MACFEO**  
**N ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS CANIARU PE 55012-210**

**INSCRIÇÃO ISO 9001 L.O. Nº 136 DE 2003 - CREDENCIAMENTO Nº 105257672**

| TÍTULO         | FATORIAL   | DIA LEIT ATUAL | TIPO DE CONSUMO (UEL) |
|----------------|------------|----------------|-----------------------|
| CONSUMO MENSAL | 12/09/2019 | 10/10/2019     | MEDIA HD              |

**AGUA:**  
**LEIT ANT: 311 CONSUMO: 5**  
**LEIT ATU: TAXA MINIMA**  
**LEIT PAT: 341**

**HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO**

| PARAMETROS     | NUMERO DE AMOSTRAS |                  |                |
|----------------|--------------------|------------------|----------------|
|                | ELEG. PORT. HS 2   | ANALISES REALIZ. | ATENDE A LEGIS |
| TURBIDEZ       | 169                | 169              | 117            |
| COR APARENTE   | 169                | 169              | 81             |
| CLOBO RESIDUAL | 169                | 169              | 169            |
| COLIF. TOTALIS | 169                | 169              | 0              |
| E. COLI        | 169                | 169              | 0              |

Qualidade da Água: www.coopasa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLOBO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS        | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|-------------------------------|---------|------------|
| ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | 5 m³    | 44,08      |
| CONSUMO DE ÁGUA               |         |            |

| QUANTIDADE | PREÇO UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------------|----------------|-------------|
| 44,08      | 1,00           | 44,08       |
| 44,08      | 2,60           | 114,61      |

**VENCIMENTO:** 25/10/2019 **TOTAL A PAGAR:** 44,08

**IMPRESSÃO**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETALHE DE CONTINGENCIA DE MODALIDADE E CONTRIBUICAO DE VEICULO

1 1125537649 \*\*\*\*\* 2019

VICENTE R. LIMA LIMA EES

CARTEIRO - PM

06 968 319/0001-17

PM 3376

\*\*\*\*\* 2019 2019 2019

CAR / MODALIDADE

ALCO/ALCO

MODA/CSC 166 CARROS BREV

2019 2019

Q.15%/1.62CL

PM 3376

1 1125537649

2019 2019

1 1125537649

2019 2019

80 11 1125537649

2019 2019

SEDE RESERVA

2019 2019

CARDANO

24/02/19

24/02/19

24/02/19

RECURSO ORÇAMENTARIO DE TANCES PESSOAS CALGADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE TANCES PESSOAS CALGADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE TANCES PESSOAS CALGADOS POR VEICULOS

DE AP 014801338425 RICHETE DE RESERVA TRAVAT

55014-545

VICENTE R. LIMA LIMA EES

55014-545

AVENIDA DOS ESTADOS 39

CIS ROTA CARRO CARRO PM

ESTI 10 ROTA ROTA PM

PM 3376

PM 3376

06 968 319/0001-17

PM 3376

1125537649

PM 3376

09

PM 3376

1125537649

PM 3376

1125537649

PM 3376

1125537649

PM 3376

1125537649

PM 3376

1125537649

PM 3376

1125537649

PM 3376

1125537649

PM 3376

1125537649

PM 3376



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190619090 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARLINDO MATIAS DO REGO **Data do acidente:** 01/08/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 05/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ENTORSE NO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 08, DR. PAULO DE TARSO SILVEIRA CLAUDINO, CRM/PE 11014, 19/09/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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              |



PROCURAÇÃO PARTICULAR.

OUTORGANTE:

NOME: Arlando Matias do Rego.  
NACIONALIDADE: Brasileiro. ESTADO CIVIL: solteiro  
PROFISSÃO: motorista IDENTIDADE: 96355002  
CPF: 923.802.284 - 34 CNH \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Rua Carlos Santiago de Azevedo 80  
BAIRRO: Salgado CIDADE: Caruaru  
ESTADO: Pernambuco.

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA. ESTADO CIVIL: CASADA.  
PROFISSÃO: DO LAR IDENTIDADE: 546858594 SSPSP.  
CPF: 540-974-874-34. CNH \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: RUA ANTONOR NAVARRO N - 729  
BAIRRO: PETROPOLIS. CIDADE: CARUARU. ESTADO: PERNAMBUCO.

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

Caruaru, 15/10/2019

LOCAL E DATA



Arlando Matias do Rego  
ASSINATURA DO OUTORGANTE.

( RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE )

SELANDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU, PE  
RECONHEÇO, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
ARLANDO MATIAS DO REGO  
CPF Nº 923.802.284-34  
don de CARUARU, 15/10/2019 às 16h em 1ª via verdadeira  
Rivellino Silva B. de Oliveira  
Escritório 133.95 TNSP - Caruaru - PE - CEP 55054-000  
Caruaru, 15/10/2019 às 16h em 1ª via verdadeira

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384702/19

**Vítima:** ARLINDO MATIAS DO REGO

**CPF:** 823.802.284-34

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 01/08/2019

**Titular do CPF:** ARLINDO MATIAS DO REGO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### JOSILENE FERREIRA MACEDO : 540.974.874-34

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

### ARLINDO MATIAS DO REGO : 823.802.284-34

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2019  
Nome: JOSILENE FERREIRA MACEDO  
CPF: 540.974.874-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Steffany Carolyn Lins Veloso

---

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190619090**

**Vítima: ARLINDO MATIAS DO REGO**

**Data do Acidente: 01/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ARLINDO MATIAS DO REGO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190619090**

**Vítima: ARLINDO MATIAS DO REGO**

**Data do Acidente: 01/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ARLINDO MATIAS DO REGO**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 19/09/2019, emitida pelo Dr. PAULO DE TARSO SILVEIRA CLAUDINO, CRM nº 11014 - PE, da Instituição UPA RENDEIRAS, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190619090 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARLINDO MATIAS DO REGO **Data do acidente:** 01/08/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 05/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ENTORSE NO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 08, DR. PAULO DE TARSO SILVEIRA CLAUDINO, CRM/PE 11014, 19/09/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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              |

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 823.802.284.34 4 - Nome completo da vítima: Arlindo Matias do Rego

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Arlindo Matias do Rego 6 - CPF: 823.802.284.34

7 - Profissão: Motociclista 8 - Endereço: Rua Carlos Santiago de Almeida 9 - Número: 30 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Galvão 12 - Cidade: Barueri 13 - Estado: SP 14 - CEP: 55002-400

15 - E-mail: amacedo@436@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 99907.2150

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATE R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 00077301 8

(informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: \_\_\_\_\_ falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou resíduo (herança)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: \_\_\_\_\_ falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a punição de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): \_\_\_\_\_ 35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): \_\_\_\_\_ 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): \_\_\_\_\_ 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_ 39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: \_\_\_\_\_ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Arlindo Matias do Rego 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

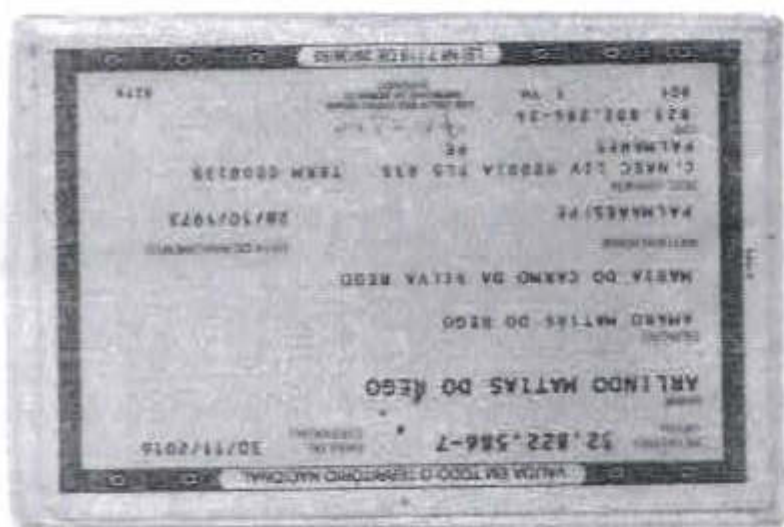
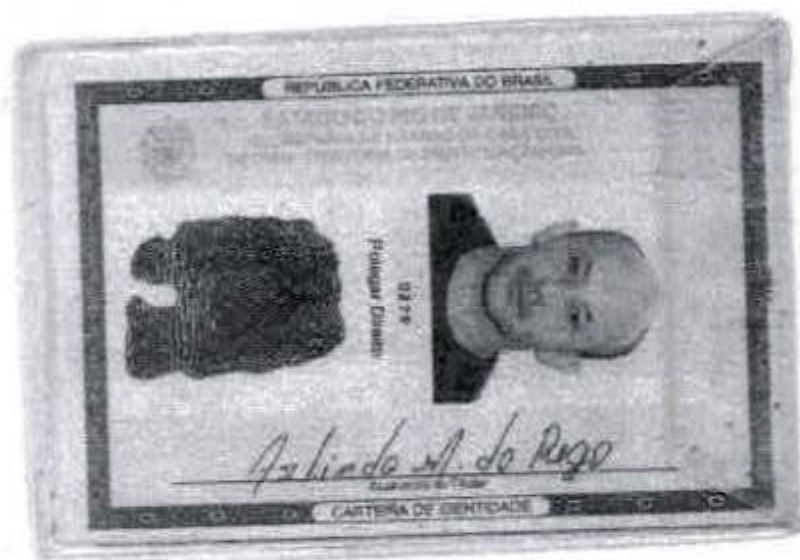
49 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

53 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_







PRF

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19041027B01



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LIMEIRA, matrícula: 1641680, Polícia Rodoviária Federal, em 06/08/2019, conforme livro de registro de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 3.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobatalautenticar>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle D1980305B2EBC9772283854042811.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19041027B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 01/08/2019 Hora: 11:40 Município: CARUARU/PE  
BR: 104 KM: 61,0 Sentido: Crescente  
Policial responsável pelo atendimento: LIMEIRA, 1541680

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Marginal  
Tipo de pista: Dupla  
Estrutura Viária: Interseção de Vias  
Acostamento: Não  
Condição meteorológica: Nublado

Tipo de pavimento: Asfalto  
Condição da Pista: Molhada  
Localidade urbanizada: Sim  
Canteiro Central: Sim  
Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 01/08/2019, por volta das 11h40, no Km 61.0 da BR-104, em Caruaru-PE, ocorreu um acidente, do tipo colisão traseira, com uma vítima leve. Os veículos envolvidos foram o toyota/SW4, placa PGC 9856 (V1) e o honda/CG 160 placa PDP 3378 (V2). Com base nos vestígios materiais identificados no local, constatou-se que V1 adentrou a rodovia, saindo de uma rua transversal. V2, que transitava na via preferencial, colidiu na traseira de V1, por não ter tido tempo suficiente para realizar a frenagem. Após a colisão V2 tombou e o condutor teve ferimentos nas mãos e perna esquerda. Ficou demonstrado que o fator determinante para o acidente foi a falta de atenção de V1 ao adentrar em uma via de trânsito rápido, não se dando conta da aproximação de V2.

OBSERVAÇÕES: 1- Não foi realizado socorro ao ferido por quaisquer equipes do SAMU dada indisponibilidade de viatura; 2- Os veículos não apresentavam restrições e foram entregues aos respectivos condutores;



Documento assinado eletronicamente por LIMEIRA, matrícula 1541680, Polícia Rodoviária Federal, em 06/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DO, de 12 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.ptf.gov.br/verificadocumentos>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle 01980336226BC9172726B65A043811.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19041027B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Após a colisão no ponto C os veículos V1 e V2 foram remaneados antes da chegada da equipe PRF ao local.



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

| Ordem | Tipo de Evento   | Veículos Envolvidos |
|-------|------------------|---------------------|
| 1     | Colisão traseira |                     |

MARCAS NO PAVIMENTO

| Evento | Veículo | Frenagem (m) | Deslização (m) | Atrassamento (m) |
|--------|---------|--------------|----------------|------------------|
|--------|---------|--------------|----------------|------------------|

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

| Tipo de Órgão | Solicitação | Comparecimento |
|---------------|-------------|----------------|
|---------------|-------------|----------------|

V1 - VEÍCULO 1 - PEC9856 - UTILITÁRIO

V1 - Informações

Placa: PEC9856      Marca/modelo: I/TOYOTA HILUX SWSRXA4FD      Renavam: 01156204574  
Ano fabricação: 2018      Chassi: 8AJBA3FS8K0253827      Tipo de veículo: Utilitário  
Espécie: Misto      Categoria: Particular      Cor: Cinza  
Manobra no momento do acidente: Entrando na via  
Informações complementares: Amassamento superficial na parte plástica do para-choque traseiro sem comprometer a estrutura.



Documento assinado eletronicamente por LIMEIRA, marcelo 1541565, Polícia Rodoviária Federal, em 06/08/2019, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de setembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.gpf.gov.br/verificadorassinatura>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle D1880385675B09/127283859043811.







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19041027B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / ITOYOTA HILUX SWSRXA4FD  
Nome do Agente: LIMEIRA

Placa: PEC9856  
Matrícula do Agente: 1541680

Nº BOAT: 19041027B01  
Data: 01/08/2019

| Item | Descrição do Item  | Valor | Item danificado no acidente |     |    |
|------|--|-------|-----------------------------|-----|----|
|      |  |       | Sim                         | Não | NA |
| 1    | Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.   | M     |                             | X   |    |
| 2    | Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi. | M     |                             | X   |    |
| 3    | Para choque traseiro danificado.   | M     |                             | X   |    |
| 4    | Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.   | M     |                             | X   |    |
| 5    | Avaria em qualquer um dos eixos.   | M     |                             | X   |    |
| 6    | Dano em qualquer componente do Sistema de freios.  | M     |                             | X   |    |
| 7    | Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.  | M     |                             | X   |    |
| 8    | Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.   | M     |                             | X   |    |
| 9    | Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.  | M     |                             | X   |    |
| 10   | Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.   | G     |                             | X   |    |
| 11   | Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.  | G     |                             | X   |    |
| 12   | Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.   | G     |                             | X   |    |
| 13   | Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.   | M     |                             | X   |    |
| 14   | Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.  | M     |                             | X   |    |
| 15   | Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.  | G     |                             | X   |    |
| 16   | Air bags, (se existir)   | M     |                             | X   |    |

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por LIMEIRA, matrícula 1541680, Polícia Rodoviária Federal, em 04/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 6.519, de 3 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assinaturas/validar>, inserindo o protocolo 19041027B01 e o número de controle 01890305676BC97737283B5D042811.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19041027B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LINERA, matrícula 1641492, Polícia Rodoviária Federal, em 04/08/2019, conforme padrão visual de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.205-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no artigo 6 do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.gpf.gov.br/informacoes/verificacao>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle D19041058258C9773728385/042019.

**191**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19041027B01

**V1 - Proprietário**

Nome: CLEMERSON DE ARAUJO SOARES  
Email:  
Endereço: CARUARU-PE

CPF/CNPJ: 876.429.301-78  
Telefone:

**V1C - CONDUTOR DE V1 - CLEMERSON DE ARAUJO SOARES**

**V1C - Informações**

Nome: CLEMERSON DE ARAUJO SOARES  
CPF: 876.429.301-78  
Sexo: Masculino  
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 08/08/1977  
Estado civil: Não Informado  
Estado físico: Ileso

**V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: AD  
UF: PE  
Observações CNH: 99  
Primeira habilitação: 23/06/1998  
Vencimento da habilitação: 23/07/2020

Nº Registro: 00671618998  
Motorista profissional: Não

**V1C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim  
Visíveis sinais de embriaguez: Não  
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: PASCOAL LEME, 0000000101, CASA, MAURICIO DE NASSAU, CARUARU-PE  
Telefone:  
Email:

**V2 - VEÍCULO 2 - PDP3378 - MOTOCICLETA**

**V2 - Informações**

Placa: PDP3378  
Ano fabricação: 2016  
Espécie: Carga  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento  
Marca/modelo: HONDA/CG 160 CARGO ESDI  
Chassi: 9C2KC2220GR000762  
Categoria: Particular

Renavam: 01125537849  
Tipo de veículo: Motocicleta  
Cor: Branca



Documento autenticado eletronicamente por LIMEIRA, matrícula 1541482, Polícia Rodoviária Federal, em 04/08/2019, conforme legislação oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-OG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <http://www.prf.gov.br/informatica/verificar>, inserindo o protocolo 19041027B01 e o número de controle D196D305B258F777272588F4042811.

**191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19041027B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG 160 CARGO ESDI  
Nome do Agente: LIMEIRA

Placa: PDP3378

Nº BOAT: 19041027B01

Matrícula do Agente: 1541680

Data: 01/08/2019

| Item | Descrição do Item                    | Valor | Item danificado no acidente |     |    |
|------|--------------------------------------|-------|-----------------------------|-----|----|
|      |                                      |       | Sim                         | Não | NA |
| 1    | Garfo dianteiro                      |       |                             | X   |    |
| 2    | Mesa superior da suspensão dianteira |       |                             | X   |    |
| 3    | Mesa inferior da suspensão dianteira |       |                             | X   |    |
| 4    | Coluna de direção                    |       |                             | X   |    |
| 5    | Chassi                               |       |                             | X   |    |
| 6    | Garfo traseiro                       |       |                             | X   |    |
| 7    | Eixo traseiro (triciclo)             |       |                             | X   |    |

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por LIMEIRA, matrícula 1541680, Polícia Rodoviária Federal, em 06/08/2019, conforme função oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 9.534, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/verificacao/autenticar>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle D19803059258C977272a5859042911.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19041027B01

V2 - Proprietário

Nome: VICENTE E LIMA LTDA EPP  
Email:  
Endereço: CARUARU-PE

CPF/CNPJ: 08.968.319/0001-17  
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ARLINDO MATIAS DO REGO

V2C - Informações

Nome: ARLINDO MATIAS DO REGO  
CPF: 823.802.284-34  
Sexo: Masculino  
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 28/10/1973  
Estado civil: Não Informado  
Estado físico: Lesões Leves

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD  
UF: RJ  
Observações CNH: 15A

Primeira habilitação: 23/01/2001  
Vencimento da habilitação: 05/11/2022

Nº Registro: 01633457400  
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim  
Visíveis sinais de embriaguez: Não  
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: ALA BUENOS AIRES, LT48, CS 1, RIO DO OURO, SÃO GONÇALO-RJ  
Telefone:  
Email:



Documento assinado eletronicamente por LIMEIRA, matrícula 1541880, Polícia Rodoviária Federal, em 04/08/2019, conforme registro oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Diretriz Nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 1º da Instrução Normativa Nº 61.000, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assnet-digitalizar>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle D19003058258CV772720385A042811.

191





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 99ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP99ª CIRC DINTER/1ª PDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0180002295

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/08/2019 às 11:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cúposo (Consumado) que aconteceu no dia 18/08/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: BR-104 VIA LOCAL, PROX. A CONCESSIONÁRIA JEEP - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: NOVA CARUARU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
VICENTE ELIMA LTDA EPP (OUTRO)  
ARLINDO MATIAS DO REGO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ARLINDO MATIAS DO REGO

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

ARLINDO MATIAS DO REGO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO CARMO DA SILVA REGO Pai: AMARO MATIAS DO REGO Data de Nascimento: 28/10/1973 Naturalidade: PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 96255002/M/TYPE (RG) 82380228/434 (CPF) 01633457400 (CNPJ) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: MOTORISTA/Residência: RUA CARLO SANTO AGOSTINHO DE QUEIROZ, 80 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL

VICENTE ELIMA LTDA EPP - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTO/VEÍCULO de propriedade do(a) Sr(a): VICENTE ELIMA LTDA EPP, que estava em posse do(a) Sr(a): ARLINDO MATIAS DO REGO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA VCG 160 CARGO Objeto apreendido: Não  
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDG0378 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 112553704 Chassi: 9C2KC2220 GH00762  
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCOIGASOL  
Descrição: RENAVAM 112553704





Polícia de Caruaru

Sis / PC / Term. Policia Civil / 14º Distrito de Caruaru

## Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE CONDUZIA O VEICULO ACIMA DESCRITO PELA VIA DE DRENAGEM DA COMUNIDADE MEZAMENTO, OUTRO VEICULO (AUTOMOVEL) SAIU DE LIMA VIA SECUNDARIA A SUA DIREITA SEM DEVIDA ATENÇÃO, CAUSANDO A INFELICIDADE PARA DA VITIMA, VINDO ESTA A COLIDIR NA LATERAL DO REFERIDO VEICULO SENDO A TORÇÃO JUNTO COM O TERCEIRO VEICULO OCACIONANDO O DANOS MATERIAIS, VINDO A VITIMA A SOFRELA ATRILIA BOMBA ESQUECIDA, QUE FOI SOCORRIDA POR UM VEICULO COMPLETO PARA A LIMA DENTRO DE 24 HORAS, CONFIRME DOCUMENTAÇÃO ANTERIORMENTE.

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

*Jaqueline Apício do Rego*  
 Jaqueline Apício do Rego  
 14º Distrito de Caruaru



5. O Registrador: DAVID LOPES DOS SANTOS JUNIOR - Matrícula 3210865

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

7 - Nº do registro ou ASI: 8 - CPF da vítima: 823.802.284.34 4 - Nome completo da vítima: Arlindo Matias do Rego

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Arlindo Matias do Rego. 6 - CPF: 823.802.284.34

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Carlos Santiago de Oliveira 9 - Número: 30 10 - Complemento:

11 - Bairro: Salgado 12 - Cidade: Curitiba 13 - Estado: PR 14 - CEP: 55002-400

15 - E-mail: macedo\_gf43@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 99902-7150

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 00077301 8

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Dedaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Dedaro que esta autorização não significa brevia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos(nas netas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Local e Data: 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

## "DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO"

| PARA USO DOS CORREIOS                          |   |  |                                       |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mudou-se              | <input type="checkbox"/> Não Existe o Nº indicado | <input type="checkbox"/> Informações Escritas pelo Porteiro ou Síndico | Reintegrado ao Serviço Postal em: / / |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido          | <input type="checkbox"/> Falecido                 | <input type="checkbox"/> Outros  | Responsável                           |
| <input type="checkbox"/> Recusado              | <input type="checkbox"/> Ausente                  |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente | <input type="checkbox"/> Não Procurado            |  |                                       |

**Cadastro Único**

Aviso à família cadastrada



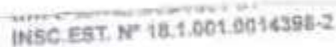
ARLINDO MATIAS REGO  
RUA CARLOS SANTIAGO DE QUEIROZ, 80  
SALGADO  
55002-400 CARUARU PE

Data de Postagem: 14/12/2018



3614490340111861247715832730141218





**ATENDIMENTO:** RUA PR CARNEA TABO. 0013 - JARDIM DE PAZ  
**AU CANIARU PE 55012-330**

**DADOS DO CLIENTE** MATRÍCULA: 105257672 Set/2019

**JOSILENE FERREIRA MACFEO**  
**N ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS CANIARU PE 55012-210**

**INSCRIÇÃO ISO 9001 L.O. Nº 130 DE 2004 (CNPJ) 08.968.817/0001-10 (CPF) 105257672**

| TÍTULO   | FATORIAL    | DIA LEIT ATUAL | TIPO DE CONSUMO (UEL) |
|----------|-------------|----------------|-----------------------|
| AGÜA     | PACTIVA     | 18/09/2019     | MEDIA HD              |
| ALÍQUOTA | 12.000/2019 |                |                       |

**AGÜA:**  
 LEIT ANT: 311 CONSUMO: 5  
 LEIT ATU: TAXA HINDIA  
 LEIT PAT: 341

**HISTÓRICO DE CONSUMO**  
 REFERENCIA CONSUMO

| PARÂMETROS     | NÚMERO DE AMOSTRAS |               |                  |                |
|----------------|--------------------|---------------|------------------|----------------|
|                | EXIG. PORT. MS 2   | PORT. REALIZ. | ANÁLISES REALIZ. | ATENDE A LEGIS |
| TURBIDEZ       | 169                | 169           | 169              | 117            |
| COR APARENTE   | 169                | 169           | 169              | 81             |
| CLOBO RESIDUAL | 169                | 169           | 169              | 169            |
| COLIF. TOTAIS  | 169                | 169           | 169              | 0              |
| E. COLI        | 169                | 169           | 169              | 0              |

Qualidade da Água: www.coopasa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLOBO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGÜA  
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGÜA

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS   | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|--------------------------|---------|------------|
| AGÜA                     |         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | 5 M3    | 44,08      |
| CONSUMO DE AGÜA          |         |            |

| UNIDADE | QUANTIDADE | PREÇO UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|---------|------------|----------------|-------------|
| AGÜA    | 44,08      | 1,00           | 0,73        |
|         | 44,08      | 2,60           | 1,15        |

**VENCIMENTO:** 25/10/2019 **TOTAL A PAGAR:** 44,08

**IMPRESSÃO**



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 88 | 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/SIBLIGTECAWEB/DOCORIGINAL.aspx?TIPO=1&CODIGO=29036>

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>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 6.131/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.974.874 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Arildo Matias do Rego, inscrito (a) no CPF sob o nº 823.802.284 / 34  
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Arildo Matias do Rego  
inscrito (a) no CPF sob o nº 823.802.284 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12;  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recusa 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 Antenor Nazario</u>  | Número: <u>723</u>         | Complemento: _____                 |
| Bairro: <u>Petropolis</u>             | Cidade: <u>Parauapebas</u> | Estado: <u>PA</u>                  |
| E-mail: <u>macedo.jf.43@gmail.com</u> | CEP: <u>55032-210</u>      | Tel. (DDD): <u>(81) 99907-7180</u> |

Local e Data:

Parauapebas, 19/10/2019

Josilene Ferreira Macedo  
Assinatura do Declarante

**DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO**

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 39

Eu, Vicente Lima Ltda ERP  
RG nº 4.978.428, data de expedição 27/08/13  
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 08.968.319/0003-17,  
com domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Avenida dos Estados, nº 39,  
complemento - / -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Arlindo Martins do Rego, cujo o condutor era  
Arlindo Martins do Rego.  
Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG160 (Buzo Esq) Ano: 2016  
Placa: PDP3378 Chassi: 9E2K2220GR000762  
Data do Acidente: 01/08/19

Local e Data:

CARUARU 15/10/2019

  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

des selo do Cartório no verso.



4º Cartório e Tabelionato Rua Cel. Leônidas Porto, 37 - Centro - Caruaru/PE - CEP 55022-430  
Rua Maria Regina Cerqueira do Nascimento Fone : Fax: (81) 3723-4834 - e-mail: 4cartotocaruano@outlook.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de: JAILTON JOSÉ  
DA LIMA, Caruaru/PE, 18/10/2019 Origem: 77 e dos ff. In  
test. da verdade. FARIANA REINALDO  
SILVA DO NASCIMENTO - Substituta, Emol R\$  
3,51. TSMR R\$ 0,80. FERT R\$ 0,40. IERM R\$  
0,04. FMSIG R\$ 0,08. ISS R\$ 0,08. Total R\$  
4,91 Consulte autenticidade em  
Selo: 0033234780309701801.00738



*[Handwritten signature]*

4º Cartório e Tabelionato  
Caruaru/PE