

ANAMNESE

Paciente: ARLINDO MATIAS DO REGO

Atendimento: 01284174

Nome Social:

Data: nascimento: 28/10/1973 Idade: 46 Anos, 9 Meses e 4 Dias

Prontuário: 00118548

Sexo: Masculino

Senha N.º 0151

Data e Hora: 01/05/2019 17:58h

CLASSIFICAÇÃO:

Classificação Principal: PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO HOJE, RELATANDO DOR NO PÉ ESQUERDO.

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

Doença CM - HAS

Doença ONH

EXPERIÊNCIA:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 136 MMHG
P.A Diastólica: PAD: 81 MMHG
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 81 MMHG
HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca: FC: 70 BPM

CPG / HDA:

EDEMA EM DORSO DO PÉ DIREITO HA 4 HORAS

Exame Físico:

EDEMA EM DORSO DO PÉ DIREITO

Exames complementares:

RX PE DIREITO: FRATURA DE BASE DO NAVICULAR COMINIMO DESVIO - TRATAMENTO CONSERVADOR

HD:

FX NAVICULAR

Conduta:

SESSO + SINTOMÁTICOS + ORIENTAÇÕES

Evolução:

Dr. Túlio Porto
Ortopedia e Traumatologia
UPA24h
Ass. do Médico
Dr(a). TULIO PORTO FERREIRA
CRM - 24080



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA 24h
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 **01/08/2019** 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:

Ceará: 01 DE AGOSTO DE 2019

Dr. Túlio Porto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 24080

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



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA 24h
UNIDADE DE FRONTE 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: **10DIAS**

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

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

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



ANAMNESE

Paciente: ARLINDO MATIAS DO REGO

Atendimento: 01266901

Nome Social:

Data Nascimento: 28/10/1973

Idade: 45 Anos, 9 Meses e 13 Dias

Prontuário: 00118548

Sexo: Masculino

Senha N.º: 0100

Data e Hora: 10/08/2018 16:31W

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 **10/08/2019** 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
TITULAR / Ass. é carimbo do Médico
Dr.(a): **GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA**
CRM - 15582

PA: _____ mmHg
Temp: _____ °C FR: _____ rpm
FC: _____ bpm Peso: _____ kg
HGT: _____ mg/dl SpO₂: _____ %
HORA: _____

**CARUARU**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS**Ficha de Atendimento**

Nº DO PRONTUÁRIO:

DATA: 21/08/19

HORA: :

NOME CIVIL:

Arlindo Jatias do Rego

IDADE: 45

NOME SOCIAL:

DT.NASC.

SEXO: F M GÊNERO: HOMEM MULHER HOMEM TRANS MULHER TRANS TRAVESTI NÃO BINÁRIO ORIENTAÇÃO APETIVA/SEXUAL: HETEROSEXUAL GAY LÉSICA BISSEXUAL ASSEXUAL PANSEXUAL

MÃE: Maria da Conceição Silva Vigo

PAI: Júlio Matias Vigo

ENDERECO: Rua Carlos Santiago de Oliveira Da CEP

BAIRRO: Salg. CIDADE: Cm FONE: (87) 30.4995

Nº DO CARTÃO SUS:

Nº DO DOC:

HISTÓRICO DO PACIENTE:

Entorse de tornozelo E
há 2 dias

EXAME FÍSICO:

ex: Cervo + Net em
corpo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

18/08/19 Rx = OK

CONDUTA:

ex: AH + lanc. DPVAT

CONDIÇÃO DE ALTA:

Assinatura e carimbo - Médico

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

119A RENDEIRAS

ATESTADO MÉDICO

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

Milene Matias da Roza
foi atendido (a) neste serviço no dia 21/08/19, às h.

CID: S93 4

Necessitando de 21 dias de afastamento das 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 Cântimo do Médico

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Artigo 26 do RGPS.
Aprovado pelo Decreto n. 60501 de 14/03/67 será expedido para justificativa de
7d a 15 dias de afastamento do trabalho.



CARUARU

Secretaria
de Saúde

Avenida Vitorino, 454 - São Francisco - CEP: 56300-020
Pernambuco - CEP: 56371-000 / Fone: (87) 3221-4515

lindo

Chácara
+ 5515

UNIDADE DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS

Nome:

Anileno Matias do Rego
C 10 S 93,4

Redigiu tratamento por
antebraço do tornozelo esquerdo,
após traumatismo com
motocicleta (segundo informa-
ção colhida das famílias do paciente)
Após 40 dias foi retirada a
bota grossa. Tornozelo sem
edema. Mobilizado normal.
Discreta dor a palpação.

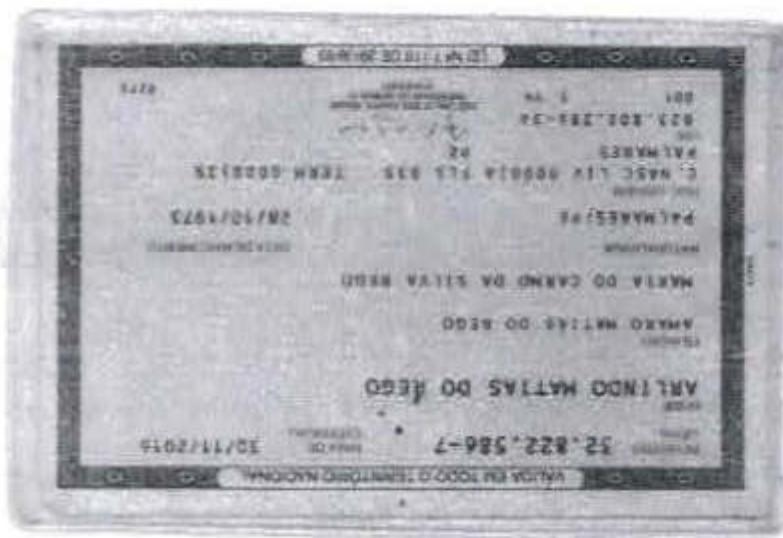
Comissão:

ALVOLARAO MÉDICO, TECNICO E DENTISTA

9/09/19

CONTROLE DA FARMÁCIA

MARCELO
SANTOS
COSTA
Médico
Cirurgião
Dentista



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTERO DAS CIDADES

SEGURO DISRESPECTO DE DIFUSO PERSONAS DAÑADAS POR UNA
ANOMOCIÓN ESTÁN EN PELIGRO AL NO PODER HACER CÁMARA A LOS
TRANSGRESORES QUE SE DAN.

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: Arlindo Matias do Rego.
NACIONALIDADE: Brasileiro. ESTADO CIVIL: Selhado
PROFISSÃO: Mototaxi IDENTIDADE: 96355002
CPF: 823.802.284 - 34 CNH _____
ENDERECO: Rua Carlos Santiago de Oliveira 80
BAIRRO: Salgadeiro 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 _____

ENDERECO: RUA ANTENOR 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



Arlindo Matias do Rego

ASSINATURA DO OUTORGANTE.

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SEGURO DE SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARTARU-PE
ESTADO DE PERNAMBUCO
NOTARIA 1º TÍTULO
REGISTRO DE AUTENTICIDADE DE FIRMA (O) DE:

RECONHECIDO, por autenticidade das firmas (O) de:
ARLINDO MATIAS DO REGO
nº.º outorga SVN10201900102809
data: (CARUARU, 15/10/2019) 16 Km 107 é lha verdade



Av. Presidente Dutra, 80 - Centro - Caruaru - PE - 56300-000
Fone: (81) 3633-1111 | Fax: (81) 3633-1111 | E-mail: caruaru@snpe.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384702/19

Vítima: ARLINDO MATIAS DO REGO

CPF: 823.802.284-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/08/2019

Titular do CPF: ARLINDO MATIAS DO REGO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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 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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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:

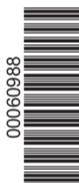
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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:

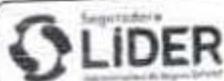
Documentos complementares:

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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NIF do Ministro ou ASU

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 45/2013

5 - Nome completo: Arlindo Matias do Rego

6 - CPF: 823.802.284.34

7 - Profissão:

Mototaxi / seu Carlos Santiago de Almeida

9 - Número: 30

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Galgado

12 - Cidade:

Barueri

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

55002-400

15 - E-mail:

ansuelo.gf43@gmail.com

16 - Tel.(DDO):

(81) 99509-2180

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
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

 CONTA POUPANÇA (Somente nos os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0051

CONTA: 00077301 8

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE ALIENCIAS 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 9.144/74), 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 9.144/74.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (na Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data de óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos, informar quantos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar quantos falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou netos/nietos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar quantos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/vôis vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omitido ou declarado não-valeidoso poderá gerar a confusão de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

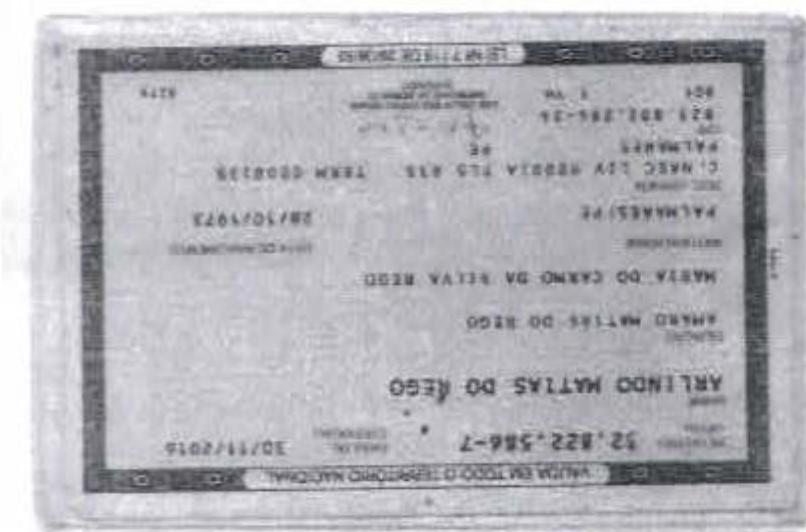
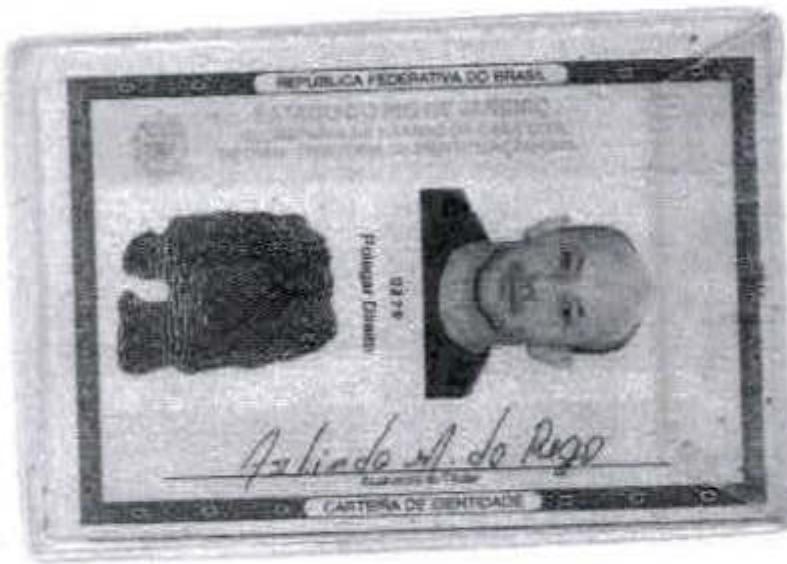
Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

Ribeirão Preto, 19/01/19
Arlindo Matias do Rego
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: N° 19041027B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: 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. 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 LIMEIRAS, matrícula 1941880, Policial Rodoviário Federal, em 06/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 16 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 2º do Decreto Nº 8.839, 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 desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle D198010962EBC977722E3859042811.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19041027B01

INFORMAÇÕES GERAIS

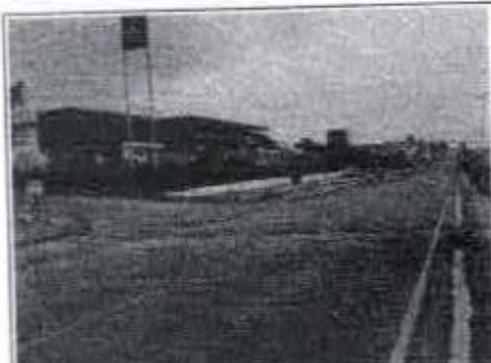
Data: 01/08/2019 Hora: 11:40 Município: CARUARU/PE
BR: 104 KM: 61,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: LIMEIRA, 1541680

ASPECTOS DO LOCAL

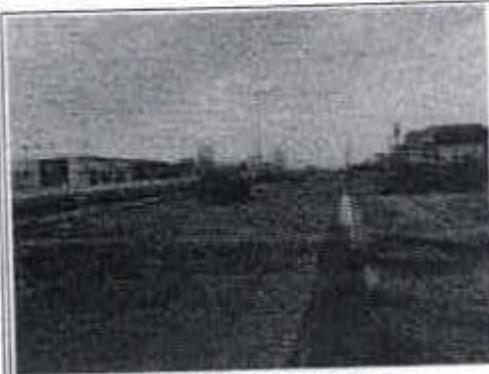
Tipo de via: Marginal
Tipo de pista: Dupla
Estrutura Víaria: Interseção de Vias
Acostamento: Não
Condição meteorológica: Nublado

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

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTO DECRESCENTE



SENTO 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;



Assinatura eletrônica realizada por LIMEIRA, matrícula 1541680, Policial Rodoviário Federal, em 04/08/2019, conforme heráldico oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.209-2, de 31 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto N° 6.576, de 8 de setembro de 2015 e na alínea b) do inciso Nº do art. 2º da Instrução Normativa N° 41-DG, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/autenticidade.html>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle 01980305828C97279A980404311.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19041027B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



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

CARUARU

TORITAMA

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Ocupação (m)	Araslamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comprimento

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 LIMA, matrícula 1541568. Pólo: Rio Grande do Sul, em 06/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.205-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto N° 5.599, de 8 de maio de 2005 e no artigo 1º do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/autenticidade.html>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle 01156204574/727203851042871.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19041027B01

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

Veículo: V1 / I/TOYOTA HILUX SWSRXA4FD

Placa: PEC9856

Nº BOAT: 19041027B01

Nome do Agente: LIMEIRA

Matrícula do Agente: 1541680

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) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria 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



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LIMEIRA, matrícula 1541680, Policial Rodoviário Federal, em 01/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.209-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto nº 6.534, de 8 de outubro de 2015 e no artigo 1º do Decreto nº 9.723, de 13 de setembro de 2019.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/auth/autenticar>, inserindo o protocolo 19041027B01 e o número de código 01904206528097732889042811.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 1641697, Policial Rodoviário Federal, em 04/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 do Medida Provisória nº 2.205-2, de 14 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 5.159, de 8 de setembro de 2004 e nos arts. 6º do decreto nº 61.2º da Instituição Formadora nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pdf.gv.br/verificadoresturisticas>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle B190D3058258CV773728385/04/2011.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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	Primeira habilitação: 23/06/1998	Nº Registro: 00671618998
UF: PE	Vencimento da habilitação: 23/07/2020	Motorista profissional: Não
Observações CNH: 99		

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	Marca/modelo: HONDA/CG 160 CARGO ESDI	Renavam: 01125537849
Ano fabricação: 2016	Chassi: 9C2KC2220GR000762	Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Carga	Categoria: Particular	Cor: Branca
Manobra no momento do acidente:	Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LIMAERA, matrícula 1641160, Policial Rodoviário Federal, em DATA /2019, conforme norma oficial de fiscalização, com fundamento no § 2º do art. 1º do Decreto Normativo nº 2.203-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto nº 6.539, de 8 de maio 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/institucional/validar>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle: D190330582789/9773723804042811.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 (triciclos)		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, Policial Rodoviário Federal, em data 01/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com identificação no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 1º do Decreto nº 5.519, de 8 de outubro de 2005 e na alínea b do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A comprovação deste documento pode ser conferida no site <http://www.sif.gov.br/novas/eletronicas>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle: D190305925BC97727264869042911.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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	Primeira habilitação: 23/01/2001	Nº Registro: 01633457400
UF: RJ	Vencimento da habilitação: 05/11/2022	Motorista profissional: Não
Observações CNH: 15A		

V2C - Alterações da Capacidade Motoria

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 LINDEPA, matrícula 1641689, Polícia Rodoviária Federal, em 04/08/2018, conforme escrito oficial no Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º da Decreta nº 5.157, de 8 de maio de 2015 e na Alínea h do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 41-DG, de 13 de outubro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/nfe/boletim-de-acidente>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de contrato: 019803050298c9777203894042811.

191



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90º CIRCDINTER/14/PDSEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0180002295

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

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

Fato ocorrido no endereço: BR-104 VIA LOCAL, PRÓX. 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 (VITIMA)

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 (presa cole ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: MARIA DO CARMO DA SILVA REGO Pá: AMARO
MATIAS DO REGO Data de Nascimento: 29/10/1973 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 16255002/MTCPE
(RG) 82380229434 (CPF) 01633457400 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: MOTORISTA / VENDEDOR
Residencial: RUA CARLOS SANTIAGO DE QUEIROZ, 80 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 -
CEP: 56200-000 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente à ocorrência) - 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: - Endereço/estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOR 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/CG 160 CARGO Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDG03378 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 112553784 Chassi: 9C2KC2220GR000762
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2016 Combustível: ALCOOL/GASOL.
Descrição: RENAVAM 1125537848



Relatório de Ocorrência

De RIC / Urua - Polícia Civil - Subseção 3 - DEParaná - 2012

Complemento / Observação

CONFIRMAR A VITIMA QUE CONDIZIA O VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO PELA VIA DE CARANU. FICA APENDADO MOAMENTO. OUTROVEZIA O AUTOMÓVEL SAÍU DE LIMA VIA SEGUINRÁ A SUA DIREITA, ZONA DE PRAIA ATENÇÃO ANDER MACHADINHO FRENTE DA VITIMA, VINDO ESTA A COLIDIR NA LATERAL DIREITA DO AUTOMÓVEL, FERINDO A VITIMA JUNTO COM O AUTOMÓVEL, O QUAL SOfreu NOVAMENTE BATERIAS, VINDO A VITIMA A SOFFER A VIDA BOCAS FECHADAS, QUE FOI SOCORRIDA POR PM'S E FERIADA E CONDUZIDA PARA A UPA 24 HORAS CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANTES CITADA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial:

O Segregador JAYSON DE SOUZA SANTOS JUNIOR - Matrícula: 321006-6





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

7 - N° do registro ou ASU:

3 - CPF da vítima:

8-23.802.284.34

4 - Nome completo da vítima:

Arlindo Matias do Rego

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

5 - Nome completo: Arlindo Matias do Rego.

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

Rua Carlos Santiago de Oliveira

11 - Bairro:

Salgado

12 - Cidade:

Paraná

9 - Número:

80

10 - Complemento:

15 - E-mail:

mrcardo.gf43@gmail.com

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

55002-400

16 - Tel (DDD):

(81) 99907-7180

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

19 - 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\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Apenas uma opção)

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

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0051

(Inserir o dígito verificador)

CONTA: 00077301

(Inserir o dígito verificador)

AGÊNCIA: _____

(Inserir o dígito verificador)

CONTA: _____

(Inserir o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, do minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo ao Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de

indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IMI 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, sem trâmite na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, 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.

Declaro que esta autorização não significa trifila concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

 Solteiro Casado (ex-CVI) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou cunhado(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou cunhado(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

residência (ex-morador):

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim Não

34 - Vítima deixou

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte beneficiários que se apresentarem e provarem

esta condição, evitando assim, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira possa gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da

responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

40 - Local e DATA:

Paraná 18/10/19
Arlindo Matias do Rego

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

"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: <hr/>	
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Falecido	<input type="checkbox"/>	Ausente		
<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/>	Outros	Responsável <hr/>	
<input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente	<input type="checkbox"/> Não Procurado	<input type="checkbox"/>			

Cadastro Único

Aviso à família cadastrada



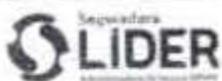
Data de Postagem: 14/12/2018



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



3614490340111881247715832730141318



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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)

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 29 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=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 fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A pessoa 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 pessoa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.974.874-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (e) do Beneficiário
Arlindo Matias do Rego. inscrito (a) no CPF sob o N° 823.802-284-34
 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Arlindo Matias do Rego,
 inscrito (a) no CPF sob o N° 823.802-284-34, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa informar

Declaro ainda, em as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, encanando 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 Antônio Nogueira</u>	Número:	<u>729</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Petrópolis</u>	Cidade:	<u>Paráuru</u>	Estado: <u>QE</u> CEP: <u>55032-210</u>
E-mail:	<u>macedo_85_43@ymail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(11) 99907-7180</u>

Local e Data:

Paráuru, 19/10/2019

Josilene Ferreira Macedo
 Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800-021 91 35

Eu, Vicente Lima Ltda EPP

RG nº 4.978.428, data de expedição 27/03/13

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 08.968.319/0003-57,

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

Artindo Martins do Rego, cujo o condutor era

Artindo Martins do Rego.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG160 Fuxo CSB3 Ano: 2016

Placa: PPR3378 Chassi: 9E2K2206R000762

Data do Acidente: 01/08/19

Local e Data:

CARUARU 15/10/2019

Fran Ferreira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

que selo do Particular no verso.



4º Cartório e Tabellonato Praça Luizinho Pinto, 87 - Centro - Caicó/PE - CEP 59302-429

Tel: Maria Regra Correia do Nascimento Fone/Fax: (81) 3723-4814 - e-mail: 4cartorio@carcarana.com.br

2019

Reconheço por Autenticidade a firma da: JAILTON JOSE
DE LIMA CARVALHO, 10/10/2019 09:44:37 e do(s) fô. Em
Test. _____ da verdade. FABIANA REINALDO
SILVA DO NASCIMENTO - SUBSTITUTA, Endr. Rua
3,51. TEIRF R\$ 0,85. FERI R\$ 0,40. FERM R\$
0,04. FIMSEG R\$ 0,08. ISS R\$ 0,08. Total R\$
4,91 Consulte autenticidade em
Protocolo: 0071234780109701612 007123



Autenticação realizada
em 10/10/2019