



Número: **0089828-09.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARLINDO MATIAS DO REGO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58992320	10/03/2020 11:26	<a href="#">2689178_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_P ROTOCOLADA_01</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00898280920198172001

**ARUANA SEGUROS S/A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ARLINDO MATIAS DO REGO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

**DA AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE AGRAVAMENTO DE LESÃO**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no tornozelo esquerdo, mais especificadamente, alega ter tido um entorse no segmento, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:



**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

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no MEMBRO INFERIOR ESQUERDO em grau médio (50%).

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no TORNOZELO ESQUERDO.

Ademais, conforme demonstrado pela própria ré, nos documentos de atendimento médico resta comprovada a ausência de sequelas tendo em vista que **O AUTOR SOFREU SOMENTE UM ENTORSE NO TORNOZELO ESQUERDO NO MOMENTO DO ACIDENTE:**

7h Quarta  
3

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: 21/07/19 HORA: \_\_\_\_\_  
NOME CIVIL: Alindo 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: HETEROSEXUAL ☐ GAY ☐ LÉSBICA ☐ BISSEXUAL ☐ ASSEXUAL ☐ PANSEXUAL ☐

MÃE: Maria da Carmo da Silva Rigo  
PAI: Manoel Matias Rigo  
ENDEREÇO: Rua Carlos Santiago de Oliveira Pa  
BAIRRO: Salg. CIDADE: Cam (FONE) 8750.4995  
Nº DO CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_ Nº DO DOC: \_\_\_\_\_

HISTÓRICO DO PACIENTE:  
Entorse do tornozelo E  
na 2ª e 3ª  
EXAME FÍSICO: ex: Gesso + Ret e  
CB dir

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:  
18/07/19 RY = OK  
CONDUTA: Cl: AHA + 2 anis  
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



**Desta forma, os documentos médicos apresentados nos autos comprovam a AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE DO AUTOR.**

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o tornozelo esquerdo não possuía sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

#### **DA GRADAÇÃO EM SEGMENTO DIVERSO DO LESIONADO EM ACIDENTE**

Também cumpre salientar que a lesão acometida à parte autora ocorreu no tornozelo esquerdo e não no membro inferior esquerdo todo, conforme cabalmente demonstrado nos documentos médicos apresentados nos autos.

Assim, primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

**DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI TORNOZELO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: TORNOZELO ESQUERDO.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de março de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**





10/03/2020

Número: **0089828-09.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARLINDO MATIAS DO REGO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58992321	10/03/2020 11:26	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## 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: 01/03/2019 17:58h

### CLASSIFICAÇÃO:

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

Alergia:

Conservação: DESCONHECE ALERGIA

USO CM + HAS

USO ONH

### EXPERIÇÃO:

Peso:

P.A. Sistólica: PAS: 136 MMHG

Peso: Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A. Diastólica: PAD: 81 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca: FC: 70 BPM

CPG: HDA:

PLAIA EM DORSO DO PE DIREITO HA 4 HORAS

### Exame Físico:

EDEMA EM DORSO DO PE DIREITO

### Exames complementares:

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

HD:

FX NAVICULAR

### Conduta:

GESSO + SINTOMÁTICOS + ORIENTAÇÕES

### Evolução:

Dr. Tulio Porto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMPE 24080

Ass. do Médico

(R/a): TULIO PORTO FERREIRA

CRM - 24080

Av. José Marques Farias, 81N  
Bairro: Indaiatuba - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 55026-530







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 **01/08/2019** 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:

Cauaru: 01 DE AGOSTO DE 2019.

Dr. Túlio 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 FRONTE ATENDIMENTO



## 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*

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

Av. José Marques Fontes, S/N

Endereço: Caruaru, PE - 53.000-000



## 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 16:31h

### 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:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 122 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 81 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

### 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. e carimbo do Médico  
Dr.(a): **GUSTAVO LIBÓRIO SANTOS DE ALMEIDA**  
CRM - 15582

Av. José Marques Fontes, S/N  
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 55025-530



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

7h Quarta  
3

PEDIATRIA ( )

CLÍNICO ( )

Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA: 21/07/19

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

NOME CIVIL: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

CEP: 55040-4995

Nº DO CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

Nº DO DOC: \_\_\_\_\_

HISTÓRICO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO: \_\_\_\_\_

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

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

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)

Antônio 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

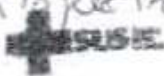
NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Artigo 66 do RGPS.  
Aprovado pelo Decreto n. 60501 de 14/03/67 será expedido para justificativa de  
até 15 dias de afastamento do trabalho.





Caruaru  
Av. Vitor Otoni, 654 - São Francisco - CEP: 55008-000  
Fone: (81) 3701-6400 - CEP: 11.371.120/0001-05

Secretaria  
de Saúde



UNIDADE DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS

Classe

Andréo Matias do Rêgo  
c 110 S 93.4

Recebeu tratamento por  
artrose do tornozelo esquerdo,  
após traumatismo com  
motocicleta (segundo informa-  
ções colhidas junto ao paciente)  
Após 40 dias foi retirada a  
bota gessada. Tornozelo sem  
edema. Mobilidade normal.  
Discreta dor a palpação.

Caruaru, 19/09/19  
AL VICE-ALCAIDE MÚNICO, TENDO ESTA SESSÃO

CONTROLE DA FARMÁCIA

Caruaru, 19/09/2019  
Município de Caruaru  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade de Saúde UPA Rendeiras









**compesa** INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA PR CÁMERA, 80729 - PETRÓPOLIS, RJ - CEP: 25610-000

DADOS DO CLIENTE: MATRÍCULA: 105257672 Set/2019

JOSILENE FERREIRA MACÊDO  
R ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETRÓPOLIS, RJ - CEP: 25610-000

TIPO DE CONSUMO: PACTIVA

DATA DE INÍCIO: 12/09/2019

DATA DE FIM: 10/10/2019

MÉDIA: 10

AGUA:  
LEIT ANT: 331 CONSUMO: 5  
LEIT ATU: TAXA MÍNIMA  
LEIT PAT: 341

HISTÓRICO DE CONSUMO

PARÂMETROS	ESQ.	PORT.	ANÁLISES	ATENDIM.
	US	914/11	REALIZ.	A LEGIS
TURBIDEZ	169	169	169	117
COR APARENTE	169	169	169	81
CLOTO RESIDUAL	169	169	169	169
KOLIF. TOTAIS	169	169	169	0
E. COLI	169	169	169	8

Qualidade da Água: www.compesa.com.br

085: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA POR DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
0205: PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLOTO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
0305: PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	5,118	44,08
CONSUMO DE ÁGUA		

CONSUMO	VALOR DE CADA UNIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR DO SERVIÇO
5,118	44,08	1,65	0,73
	44,08	2,50	1,35

VENCIMENTO: 25/10/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

INSCRIÇÃO: 18.1.001.0014398-2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:26:32  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011263246100000058016444>  
 Número do documento: 20031011263246100000058016444

## 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: 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 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)



## 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

**CPF de:** Próprio

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

### 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







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Carta nº 15061359

Pag. 01695/01696 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Pag. 01975/01976 - carta\_31 - INVALIDEZ

00060988



Carta nº 15076457





## 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 - Nº do sinistro 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 045/2017

5 - Nome completo:

Arlindo Matias do Rego

6 - CPF:

823.802.284.34

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

Rua Carlos Santiago de Azevedo

9 - Número:

80

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Salgado

12 - Cidade:

Caruaru

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55002.400

15 - E-mail:

armando\_gf43@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(81) 99907.7180

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:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$3.000,00☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ R\$1.501,00 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 (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0051

CONTA:

00077301

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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 a dívida, 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 previdenciária, 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 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorciado



Separado judicialmente



Viúvo



Outro

25 - Gênero de Parentesco com a vítima:



Cônjuge



Filho(a)



Pai(m)



Irmão(ã)



Outro

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:



Sim



Falecidos

30 - Vítima deixou netos (ou neta)?



Sim



Não

31 - Vítima tem irmãos?



Sim



Falecidos

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:



Sim



Falecidos

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

34 - Não alfabetizado

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

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

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

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)

FPS.001 V002/2019







**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 site: [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 LIAERIA, matrícula 1041680, Polícia Rodoviária Federal, em 06/09/2019, 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. 3º 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/novobatsautenticar>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle D198030562EBC9777283859M2811.

**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 livro oficial de Boletim, com habilitação no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.205-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º 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 41-IG, de 12 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/verificacaodocuments>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle 0198030620BC97727363B04043811.

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 remanejados antes da chegada da equipe PRF ao local.



CURITIBA

FORQUILHA

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Atrassamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Compensação
---------------	-------------	-------------

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, matrícula 1541560, Polícia Rodoviária Federal, em 06/08/2019, conforme horário oficial do Brasil, 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 na alínea II 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/assinadodigitalizar>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle: D1900305625B09/112730357043511

191







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 SWRXA4FD  
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) dianteira(s) 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, realizado 1541680, Polícia Rodoviária Federal, em 04/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com autenticação no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.519, de 1 de setembro 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/consultadocuments>, inserindo o protocolo 19041027B01 e o número de controle 01890305576C97797283859042811.

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 LIMEIRA, repositado 1641495, Polícia Rodoviária Federal, em 04/03/2019, 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 da Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no artigo 1º 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/assessoria/identificacao>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle D196070582581C7737233859042811.

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

Renavam: 01125537849  
Tipo de veículo: Motocicleta  
Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por LIMER, matrícula 1541480, Polícia Rodoviária Federal, em 08/03/2020, 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-OG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pjf.gov.br/assineletronicamente>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle 019602058258697727258054042811.

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

Placa: PDP3378

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	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 Rodoviária Federal, em 04/08/2019, conforme função oficial de Braille, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, revist. Aº do Decreto nº 9.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea c do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/boaspraticas/autenticar>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle D198030592EBC77272E985042911.

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 GONCALO-RJ  
Telefone:  
Email:



Documento assinado eletronicamente por LAMERIA, matrícula 1541685, Polícia Rodoviária Federal, em 04/08/2020, 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 83/EP, de 8 de outubro de 2015 e na alínea II do item IV do art. 1º da Instrução Normativa Nº 61/DO, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/med-eletronica>, informando o protocolo 19041027B01 e o número de controle 019803058258C97737203859042811.

191







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 890ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ª CIRC DINTER/14ª DESEC

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 18/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido na 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 LIMA LTDA EPP (OUTRO)  
ARLINDO MATIAS DO REGO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEICULO: (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: 96355002/MTEPE (RG) 82386229434 (CPF) 01633457400 (CNPJ) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: MOTORISTA/Residência: RUA CARLO SANTIAGO 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 LIMA 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 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VICENTE LIMA 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: PDG3378 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 112553784 Chassi: 9C2KC2220GR00762  
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2016 Combustível: ALCOIGASOL  
Descrição: RENAVAM 112553784



Relatório de Ocorrência

11a /PC /Estrada Ponta Grossa, s/nº, bairro: São João, Curitiba

## Complemento / Observação

SEUSMA A VITIMA QUE CONDUZIA O VEICULO ACIMA DESCRIMINADO PELA VIA DE TRAVESSIA, CHAMADA UNIDADE MOENTO, OUTRO VEICULO O AUTOMOVEIS SAIU DE LIMA VIA SECUNDARIA A SUA DIREITA, SEM DEVIDA ATENÇÃO, CAUSOU UM ACIDENTE PARA DA VITIMA, VINDO ESTA A COLIDIR NA LATERAL DO REFERIDO VEICULO, SENDO A TOMBADA JUNTO COM O OUTRO VEICULO, OCASIONANDO DANOS MATERIAIS, VINDO A VITIMA SOFRENDO UMA LESÃO SEMI-JEITO, QUE FOI SOCORRIDA POR UM SERVIDOR COMPLETADO PARA A LPA 24 HORAS, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXADA.

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

*Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR*  
 11/03/2020



11/03/2020 11:26:32  
 11/03/2020 11:26:32





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do registro ou ASL: 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 445/2012

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

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Carlos Santiago de Albuquerque 9 - Número: 80 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) 99902.7180

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ 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 POUÇANÇA (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

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 5.194/74), 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 no art. 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou ascendentes (pais/avós)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 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, evitando, assim, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira possa gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima)

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 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: / /
<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







**compesa** INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA PR. CAMELA, 1400, JARDIM, 00729-210, PETROPOLIS, RJ

DADOS DO CLIENTE: MATRÍCULA: 105257672 Set/2019

JOSILENE FERREIRA MACEDO  
R. ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS, RJ - CEP: 25082-210

TIPO DE CONSUMO: PACTIVA

DATA DE INÍCIO: 12/09/2019

DATA DE FIM: 10/10/2019

MÉDIA: 10

AGUA:  
LEIT ANT: 331 CONSUMO: 5  
LEIT ATU: TAXA MÍNIMA  
LEIT PAT: 341

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIAL CONSUMO

PARÂMETROS	ESIG. PORT. 2	PORT. 914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
TURBIDEZ	169	169	169	117
COR APARENTE	169	169	169	81
CLORO RESIDUAL	169	169	169	169
KOLIF. TOTAIS	169	169	169	0
E. COLI	169	169	169	8

Qualidade da Água: www.compesa.com.br

085: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA POR DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
0205: PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
0305: PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDUAL 1 UNIDADE(S)	5,00	44,08
CONSUMO DE ÁGUA		

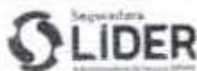
CONSUMO	VALOR DE CADA UNIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR DO SERVIÇO
44,08	1,05	0,73	44,08
44,08	2,50	1,15	44,08

VENCIMENTO: 25/10/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

INSCRIÇÃO: 18.1.001.0014398-2





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

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/BIBLIOTECABWEB/DOCUMENTAL/ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>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 Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.974.874 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Arlindo Matias do Rego, inscrito (a) no CPF sob o nº 823.802.284 / 34  
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Arlindo 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 à 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 Antônio Nazário</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>(11) 99907-7180</u>

Local e Data:

Parauapebas, 19/10/2019

Josilene Ferreira Macedo  
Assinatura do Declarante

DLDR-001 V001/2017





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraslider.com.br](http://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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 39

Eu, Vicente Lima Ltda EPP  
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 (Básico ESD) 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. Leocádio Porto, 87 - Centro - Canavieiras/PE - CEP 55022-438  
Rui Maria Regis Correia do Nascimento Fone : Fax: (81) 3723-4834 e-mail: 4cartofecartorio@pef.com.br  
1998

Reconheço por Autenticidade a firma de JAILTON JOSÉ  
DE LIMA, Canavieiras/PE, 18/10/2019 08:44:37 e dou fe. Em  
test. da verdade. FASEANA REINALDO  
SILVA DO NASCIMENTO - Substituta, Emol R\$  
3,51. TSTP R\$ 0,86. FEPT R\$ 0,40. SERM R\$  
0,04. FUNSIG R\$ 0,09. ISS R\$ 0,06. Total R\$  
4,91 Consulte autenticidade em  
Fato:0079234.80309201802.00738



*[Handwritten signature]*

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Tabelião

