



20/01/2020

Número: **0000516-86.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **01/04/2019**

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	
CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56635063	20/01/2020 08:58	2592279_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00005168620198173370

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
SERRA TALHADA, 17 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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





Número: **0000516-86.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **01/04/2019**

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	
CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56635064	20/01/2020 08:58	ANEXO 1	Outros (Documento)

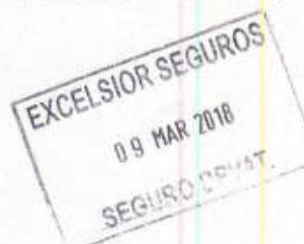
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, André Gomes do Nascimento,
RG nº 7.090.240, data de expedição 04/03/2018
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 061.023.994-53, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Acelina Peneira, JPSEP, nº 440,
complemento Cama, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Carlos Raniere de Magalhães Silva, cujo o condutor era
André Gomes do Nascimento.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CG 130 TITAN RS
Ano: 2004
Placa: KHU7605
Chassi: 9C2KC08104P003113
Data do Acidente: 10/12/2017
Local e Data: Serra Talhada, 02/01/18

X André Gomes do Nascimento
Assinatura do Declarante

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





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

Mul: Maria do Socorro de Magalhães Silva

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 01

Data: 10-12-19	Hora: 18:43
Nome: Carlos Faniere de Magalhães Silva	
Nascimento: 21-10-80	Sexo: M
Estado Civil: Solteiro	
Escolaridade: alfabetado	Profissão: agricultor
Mãe:	Responsável: o pai
Endereço: Av. Ant. P. de S. Serrão	
Bairro:	Município: N/A
Fone: 9-99639825	
Cartão SUS: 8980034-2373-6455	RG/CPF: 7090239
Raça/Cor:	Branca
Preta	Parda
Amarela	Indígena

PA: Pulso: HGT: Temperatura: Peso:

História e Exame Físico:

Trabalha no trator / Luminas
fureto (fem noturna)
R no trator @

Tratamento:

→ touso
→ coltun — @

20/12/19
mota 80.535.8

Hipótese Diagnóstica:

Ort o trator @

Assinatura e Rubrica:

EXCELSIOR
09-MAR-2018

Destino do Paciente: Internado Residência Transferido Evasão

Removido para o hospital:

Óbito às hrs do dia





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE



Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

251712

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE



Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

251712

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

867080239

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

80800342373455

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

39380

9 - NOME DO PACIENTE

Carlos Ramon de S. Silva

10 - DATA DE NASCIMENTO

21/10/80

11 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria do Socorro Magalhães Silva

DOD

13 - TELEFONE DE CONTATO

879996398

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Fazenda Pau do Suro - 9

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Linha Talhada

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

0261220

17 - UF

PE56900000

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- trauma q. de ombro - St. an.
Rx. no tórax.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

ht no tórax (5)

22 - CID. 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura de tórax crânio (3)

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - N.º DO CUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Ebenone A. Silva
CRM: 15122 TEOT: 10541
Ortopedia/Traumatologia

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/12/17

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

EXCELSIOR SEGUROS
09 MAR 2018
SEGUROS DO INT.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNIE DA EMPRESA

42 - CBOF

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (IN.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOTIVO DA ALTA: melhorado

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: eletiva

DATA DA INTERNAÇÃO: 13/12/17



**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AAB - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736/3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com

CLÍNICA

Número do Registro:

39380

Data: 13 / 12 / 17

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Ramiro de Magalhães Silva

Idade: 37 Sexo: Masc. Cor: Parda Estado Civil: Solteiro

Profissão: Agricultor Naturalidade: Nacionalidade: Brasil

Endereço:

Rua: Fazenda Povo do Lençol N.º: 9 Bairro:

Idade: Serra Talhada Estado: PE Fone: 999639835

Filiação:

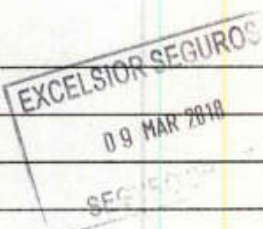
Pai: Aldeci José da Silva

Mãe: Mª do Socorro de Magalhães Silva

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

fratura com H em rwr

Hipótese Diagnóstica: H de rwr



Exames Solicitados: R2

Condições de Alta

Motivo de Alta

Dr. Ebenone A. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.142

ALTA EM 14 / 12 / 17



Data: 13/12/12		Início:		N.º do Procedimento:	
Término:		1.º Auxiliar:		2.º Auxiliar:	
Cirurgião: E. Silva		Anestesista: J. Silva			

1.º Redução + fixação de fratura com placa e parafusos.
 2.º Sutura e drenagem.

Dr. Eberone A. Silva
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 13.122

EXCELSIOR SEGURO
 09 MAR 2018
 SE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recarta Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
010.909.011-00

Nome
CARLOS RANIERE DE MAGALHÃES SILVA

Nascimento
21/10/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES DE REQUE
 E-17 68.043

10 R 01

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Carlos Ranieri de Magalhães Silva
 ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
7090239

DATA DE EXPEDIÇÃO
11.06.2002

NOME
CARLOS RANIERE DE MAGALHÃES SILVA

FILIAÇÃO
Aldeci José da Silva
Maria do Socorro de Magalhães Silva

NATURALIDADE
Serra Talhada-PE

DATA DE NASCIMENTO
21.10.1980

DOC. ORIGEM
C.N. 13.885-L.63-A-F.210-Cart. Serra Talhada-PE

CPF

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAR 2018

SEG. 20.03.18



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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1017067334

NOME
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6870803 SDS PE

CPF
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
19/08/1983

PLACAO
ARCEVO PEREIRA DA SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04935894409

VALIDADE
19/11/2019

1ª HABILITAÇÃO
06/05/2010

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Titular

Assinatura do Emissor

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
19/11/2014

47011846458
PM063050153

DETAN - PE - PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
09 MAR 2018
SEGURO CIVIL



DENATRAN		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
<p>DETTRAN - PE Nº 013713078989</p> <p>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO</p>					
VIA	COD. RENAVAM	REITRO	EXERCICIO		
1	830227300	*****	2017		
<p>NOME: ANDRE GOMES DO NASCIMENTO</p>					
<p>3ERRA TALHADA-PE</p>					
CPF/CNPJ	PLACA				
061.023.994-55	KH07605				
PLACA/ANT/VF	CHASSI				
*****	9C2KC08104R055113				
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL				
MOTOCICLETA	GASOLINA				
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.			
HONDA/CG 150 TITAN X3	2004	2004			
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	DOF. FRENDO. DOMINANTE			
2P/149CL	PARTIC	VERMELHA			
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS			
1	1EVA 2017 QUITADO	1*			
P	FAXA/PIVA	2*			
V	PARCELAMENTO/COTAS	3*			
A 1	*****	*****			
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IDF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO		
SEGURO FAGO					
OBSERVAÇÕES					
SEM RESERVA					
LOCAL					
3ERRA TALHADA-PE					
DATA					
28/11/17					

PE Nº 013713078989		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ANDRE GOMES DO NASCIMENTO			
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</p> <p>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</p> <p>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 7204</p>			
<p>EXCELSIOR 09 MAR 2018</p>			
VIA	EXERCICIO	DATA EMISSAO	
1	2017	28/11/17	
3ERRA TALHADA-PE	PLACA		
061.023.994-55	KH07605		
RENAVAM	MARCA / MODELO		
830227300	HONDA/CG 150 TITAN X3		
ANO FAB.	CT. USG.	Nº CHASSI	
2004	09	9C2KC08104R055113	
PREMIO TARIFARIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOMA A SEU RISCO SEGURO (R\$)	
COTA UNICA	PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE OUTUBRO
<p>SEGURADORA LIDER - DPVAT</p> <p>CNPJ 09.248.608/0001-04</p>			
JUL-2017			

DF

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



DF



SEDEX

PESO (kg)
1,510

DY 08669691 2 BR



DF



DE: ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP: 56.900.000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180111594 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180111594 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tornozelo esquerdo. Lesão ligamentar.

Descrição do exame médico pericial: Limitação dos movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Edema residual. Marcha claudicante

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com fixação com placa e parafusos. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em fevereiro de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes: Limitação dos movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Edema residual. Marcha claudicante

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/03/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do tornozelo esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Ebenone Silva

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Procuração


Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

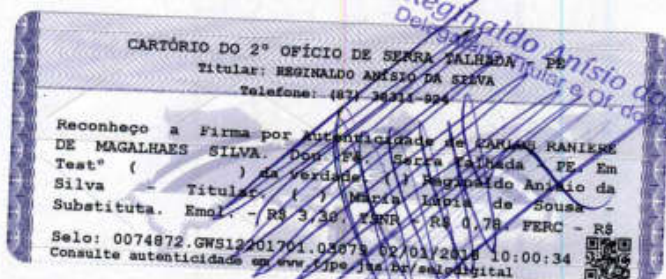
1. Outorgante Carlos Raniere de Magalhães Silva
portador(a) do documento de identidade nº 7.090.239, expedido por SDS/PE, em
11/06/2002 inscrito no CPF sob o nº 010.909.011-00, residente na
FZ Poço do Senrote, nº 9
complemento Casa, Bairro Zona Rural, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.

S. Talhada, 21 de dezembro de 2017.

Outorgante X Carlos Raniere de Magalhães Silva 



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA**

Nº Sinistro: **3180111594**

Vítima: **CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA**

Data do Acidente: **10/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180111594**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12522401

Pag. 00885/00886 - carta_01 - INVALIDEZ



00020443



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA**

Sinistro: **3180111594**

Vítima: **CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA**

Data do Acidente: **10/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180111594** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00297/00298 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12534189



Rio de Janeiro, 30 de Março de 2018

Carta nº: 12592569

A/C: CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA

Nº Sinistro: 3180111594
Vitima: CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA
Data do Acidente: 10/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000056324-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01223/01224 - carta_15R - INVALIDEZ

00010612





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: 010.909.011-00 Nome completo da vítima: Carlos Ramirane de Magalhães Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Carlos Ramirane de Magalhães Silva CPF titular da conta: 010.909.011-00 Profissão: Agricultor
Endereço: FZ Poço do Senho Número: 9 Complemento: Casa
Bairro: Zona Rural Cidade: Senna Talhada Estado: PE CEP: 56915-899
Email: Telefone (DDD): (87) 9634-4907

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: Nome: NRO:
AGÊNCIA: NRO. D/V. CONTA: NRO. D/V.
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

S. Talhada, 02 de Janeiro de 2018
Local e Data

X Carlos Ramirane de Magalhães Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ª CIRC
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267000005**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/01/2018** às **09:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/12/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, ESTRADA RURAL NO ASSENTAMENTO POÇO DO SERROTE, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: NA ESTRADA QUE DÁ ACESSO A ESCADINHA**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
ANDRE GOMES DO NASCIMENTO (OUTRO)
CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANDRE GOMES DO NASCIMENTO

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

CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MAGALHAES SILVA Pai: ALDECI JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 21/10/1980 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7090239/SDS/PE (RG), 01090901100 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87999639835

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, ASSENTAMENTO POÇO DO SERROTE, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, NA ESTRADA QUE DÁ ACESSO A ESCADINHA**

ANDRE GOMES DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RITA ANA DO NASCIMENTO Pai: JOSE GOMES DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 19/1/1982 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7090240/SSP/PE (RG), 06102399455 (CPF), 06054661212 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87996569373

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 440, RUA ARCELINA PEREIRA, IPSEP - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO BAR DE BOSCO**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /



PERNAMBUCO / BRASIL

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

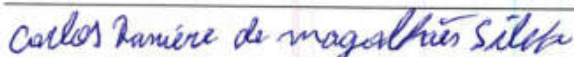
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANDRE GOMES DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHU7605** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **830227300** Chassi: **9C2KC08104R055113**
Ano Fabricação/Modelo: **2004/2004**
Descrição: **TITAN KS**

Complemento / Observação

AS PESSOAS AQUI QUALIFICADAS COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAREM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO RELATOS DE CARLOS RANIERE DE MAGALHÃES SILVA QUE ESTAVA COMO GARUPA DA MOTOCICLETA RETROMENCIONADA QUE ESTAVA SENDO PILOTADA POR ANDRE GOMES DO NASCIMENTO QUE PERDEU O CONTROLE EM UMA ESTRADA RURAL NO ASSENTAMENTO POÇO DO SERROTE DEVIDO A UM DERRAPÃO, ONDE OS OCUPANTES VIERAM A CAIR, SENDO QUE APENAS O CARLOS RANIERE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES COMO CONSTA CÓPIA DE BOLETIM DE EMERGÊNCIA DE Nº 81 DAQUELE HOSPITAL, SEM MAIS ENCERRO O PRESENTE BO.

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



CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA
(VITIMA)



ANDRE GOMES DO NASCIMENTO
(OUTRO)

B.O. registrado por:  **WAGNER ALVES DE ALMEIDA** - Matrícula: **320336-9**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180111594 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tornozelo esquerdo. Lesão ligamentar.

Descrição do exame médico pericial: Limitação dos movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Edema residual. Marcha claudicante

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com fixação com placa e parafusos. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em fevereiro de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes: Limitação dos movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Edema residual. Marcha claudicante

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/03/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do tornozelo esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Ebenone Silva

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180111594

Nome do(a) Examinado(a): CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): FZ POÇO DO SERROTE, 9 - Serra

Talhada/PE - CEP 56915-899

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 7090239 - sds-pe

Data e Local do Acidente : 10/12/2017

Data e Local do Exame : 21/03/2018 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA
TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DO TORNOZELO ESQ

LESÃO LIGAMENTAR

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

TRATAMENTO CIRÚRGICO // FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS

EDEMA RESIDUAL E CLAUDICAÇÃO

ALTA FEVEREIRO

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

EDEMA E DOR EM TORNOZELO

MARCHA COM CLAUDICAÇÃO

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

EDEMA RESIDUAL

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal
permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**



caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

TORNOZELO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Carlos Romione de Magalhães Silva

CPF da Vítima

010.909.011-00

Data do Acidente

10/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

S. Talhada, 02 de Janeiro de 2018

Local e Data

X Carlos Romione de Magalhães Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/03/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000056324-3

Nr. da Autenticação B068BB97B005C2D0





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50090-902
CNPJ 10.838.932/0001-08 | fone: (81) 3005043-43 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368.710.364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
55912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

00304638 UNCA 26/09/2017
26/09/2017 2000136299 3672921

22/07/2019 09/2017
03/10/2017 29/10/2017
213,68

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)	278,9000000	0,87315022	195,78
Acrescimo Bandeira AMARELA			5,74
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,87
Contribuição Iluminação Pública			7,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 002147188-19/07/17			1,42
Multa por atraso-NF 002632123-22/09/17			2,27
Multa por atraso-NF 002147188-19/07/17			2,63
Juros por atraso-NF 002147188-19/07/17			1,32
Juros por atraso-NF 002632123-22/09/17			1,19
Atualização IOPM-NF 002632123-22/09/17			0,10
PRO-CRIANÇA (001)3412-8980 0900 031 0900			0,98

TOTAL DA FATURA 213,68

UF DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	UF DO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWh)
RECIFE	CAI	DATA	DATA	RECIFE	DATA		
2010216218		13-08-2017	13-01-2017	26	1,00000		278,90

Mês/Ano	BASE DO	%	VALOR DO	Descrição da Energia	UF	VALOR	%
SET 17 278	CONSUMO		195,78	T1 Unimetro	PE	8,67	26,51%
AGO 17 237	ICMS	26,00	46,82	T2 Unimetro (Carga)	PE	45,21	23,26%
JUL 17 200	IPIS	0,04	1,24	Perdas da Transmissão	PE	13,84	6,46%
JUN 17 264	COPVMS	3,00	8,03	Energia não utilizada	PE	17,24	8,11%
MAY 17 312				Tributação	PE	88,88	39,82%
ABR 17 362				Total	PE	194,88	100%
MAR 17 279							
FEV 17 336							
JAN 17 341							
DEZ 16 186							
NOV 16 182							
OCT 16 244							
SET 16 183							

Nota de fatura e boleto em vigor é a Anuário. Mais informações em nosso site ou por e-mail. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada. A fatura é emitida em 15 dias úteis após o término do período de consumo. A fatura é emitida em 15 dias úteis após o término do período de consumo. A fatura é emitida em 15 dias úteis após o término do período de consumo.



CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE
SERRA TALHADA	0,08	5,43	10,00	21,75	NOMINAL (V)	variação (V)
PRE	1,00	2,36	6,72	13,44	220	202 231
ONDO	0,08	3,11	6,00	0,00		

838300000002-0 13880011002-9 27807801910-0 09346487663-0



contato Para
Penícia
(8719634-4907



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ronana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Raniene de Magalhães Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.909.011/00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Carlos Raniene de Magalhães Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.909.011/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Francisco Olavo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Senna Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

S. Talhada, 25 de dezembro de 2017
Local e Data

X Ronana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017

