



Número: **0002510-17.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA (AUTOR)	RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (REU)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75323 711	16/02/2021 16:49	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlor Magno da Cunha Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.671.564 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez, da Vítima Carlor Magno da Cunha Almeida, inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.671.564 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	
Av Bernardo Vieira de Melo		1551	Complemento
Bairro	Cidade	CEP	
Pedade	Salvatão dos Guaporé	PE	Alta 01 - Térreo
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
RENATO.MALHEIROS@outlook.com	—	(81) 99543-4554	

Rio Preto, 13 de novembro de 2019
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 16:49:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021616495528300000073819462>
Número do documento: 21021616495528300000073819462

Num. 75323711 - Pág. 1



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Centro Energético de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE, CEP: 50150-902
CNPJ: 10.832.813/0001-08 (Insc. Est: 011-963/97) | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE:
RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

CPF: 038 232 004-55

CLASSIFICAÇÃO:

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

INSCRIÇÃO FISCAL	MEIR	LINHA
078861347	UNCA	2309-A19
REPRESENTAÇÃO	APENAS CONSUMO	MESMO ENDEREÇO
23/09/2018	201508220	1847018

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01

FIDEIADE/PRAZERES:
JABOTATÓ DO GUARARAPES PE
54410-010

DATA CONTRATO	MÉDIA
7025325626	09/2019
DATA DE RECIBIMENTO	DATA PAGAMENTO AUTOMÁTICO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	215,30

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo (kWh)	211,000000	0,77952200	164,47
Acessório Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Rum. Pública Municipal			37,81
ICMS Subvenção COE-NF 070902926-24/07/19			1,26

TOTAL DA FATURA: 215,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
001630213	CAT	21-08-2019	9.260,00	23-09-2019	9.474,00	20	1.00000		214,00

DETALHAMENTO DE CONSUMO

Mesmo mês:	ANTERIOR	ATUAL	VALOR (R\$)	Consumo (kWh)
NET 19 - 201				
ICMS	116,44	25,00	44,31	
PIS	116,44	0,01	1,42	
COFINS	116,44	0,01	0,58	
MIC 19 - 201				
ADM 19 - 201				
MAN 19 - 201				
PIV 19 - 201				
JAN 19 - 178				
SZ2 18 - 276				
NOV 18 - 201				
SET 18 - 216				
SET 18 - 201				

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço que informem para o valor gravado no sistema que é da conta de faturamento anterior. Fazendo assim, a tarifa 100% descontada é sempre comparada com o valor da fatura anterior e assim a tarifa mais vantajosa é sempre utilizada em www.celepe.com.br. Observação: CASO ESTAMOS USANDO A TARIFA 100% DESCONTADA, NÃO PODEMOS FAZER A COMPARAÇÃO ENTRE AS TARIFAS 100% DESCONTADA E A TARIFA 100% DESCONTADA. NESTE CASO, A TARIFA 100% DESCONTADA É SEMPRE A MAIS VANTAJOSA. Caso haja alguma dúvida, entre em contato com a central de atendimento.

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

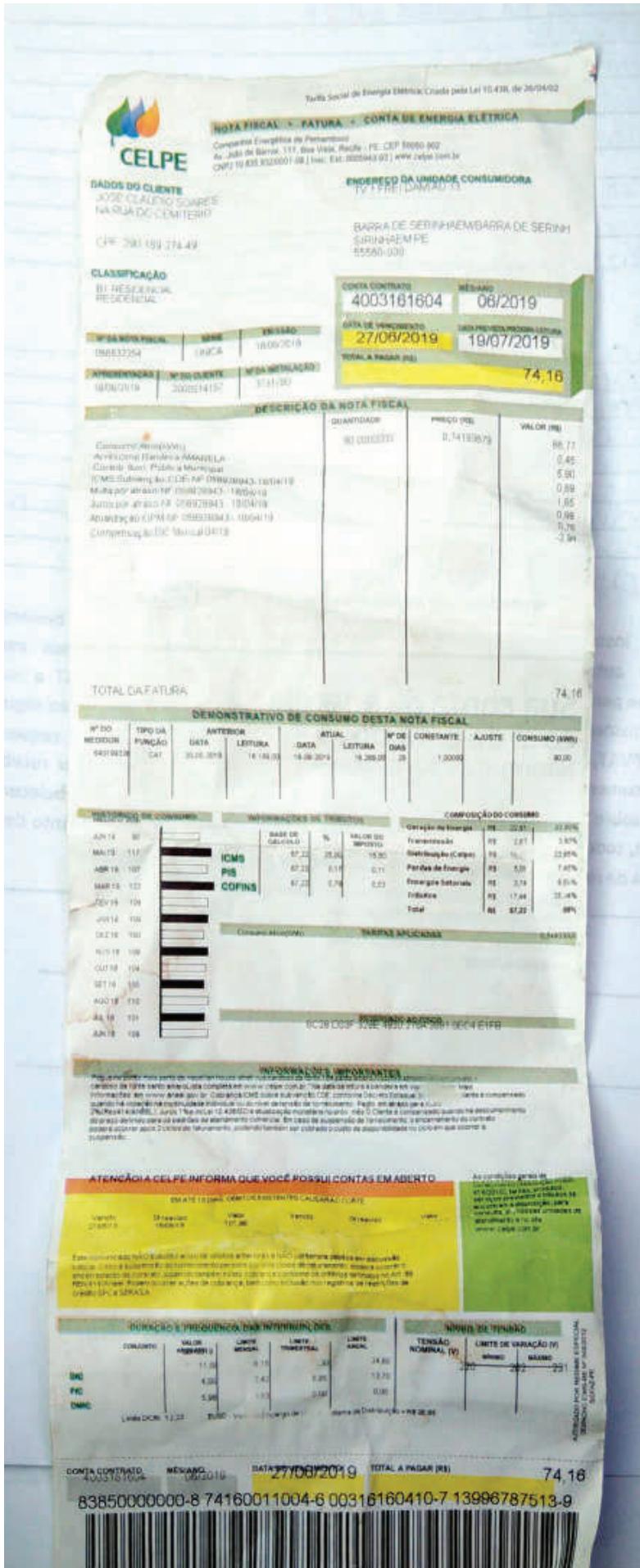
DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
Transmissão	R\$ 0,00	34,22%
Transportado	R\$ 2,11	3,45%
Matriz/Bloco (Carga)	R\$ 27,02	39,99%
Parceria de Energia	R\$ 11,58	8,81%
Energias Básicas	R\$ 0,00	4,82%
Resíduos	R\$ 12,28	16,52%
Total	R\$ 77,44	100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)

<tbl_r cells="3" ix="2



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 16:49:55
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102161649552830000073819462>
Número do documento: 2102161649552830000073819462

Num. 75323711 - Pág. 3

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Descrição(s) da(ois) beneficiário(s) da cobertura:

<input type="checkbox"/> SAÚDE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
---	--	--------------------------------

Nº do documento do RG: CPF da vítima: 117.641.564-05 Nome completo da vítima: Carlos Magno das Chagas Alva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA BENEFICIÁRIO - CRUZAR LIGA: N° 005/202

Nome completo: Carlos Magno das Chagas Alva
Profissão: Desempregado
Sexo: F
Número: 13
Endereço: Barra de Guinham
Cidade: PE
CEP: 55580-000
Tel (DDD): (21) 44543-4554
Email: carlostmatheus05@outlook.com

Declaro, para todos os fins de direito, que o(a) beneficiário(a) informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIAS).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECLIGO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$10.000,01 ACIMA DE R\$10.000,00	

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSEGURE UMA DESCRITIVA DE CONTA

CONTA POUPANÇA (informe parte de Banco abaixo, assimilar uma só conta):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004)

CONTA CORRENTE (informe a mesma):
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2124 CONTA: 26341 0 AGENCIA: _____ CONTA: _____
 (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

OP: 013

Autentico a Seguradora Lider e credito na conta bancária informada, se minha invalidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e corrente após a efetivação do trânsito, a tutela total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o levado do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT, por motivo de:
 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.

Peço motivo alegando, sacado o prazo legal de 90 dias para submeter a avaliação médica às casas de Seguradoras Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes devidamente devidas da transitória, conforme Lei 6.534/74 art. 3º, §1º, declarando que esta constatação não significa prever concordância com a futura avaliação médica ou remontar ao direito de contestá-la, caso descreva de meu conhecimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (jo Casal) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da morte da vítima: _____

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____

Mínima tive filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar quantos vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (na nasc.)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____ Assinatura: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____ Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Carlos magno das Chagas Alva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito desse documento, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0163000802**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/10/2019** às **16:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **15/12/2018** às **10:00**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA LESIONADA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, PE-61, PRAIA DO GUADALUPE,**
BARRA DE SIRINHAÉM, SIRINHAÉM-PE - Bairro: **CENTRO** -

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ ANTONIO DA SILVA FILHO (OUTRO)
CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA

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

CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RAQUEL CLEONICE DAS CHAGAS SILVA** Pai: **ANTONIO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **27/2/1995** Naturalidade: **SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSÉ ANTONIO DA SILVA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NÃO INFORMADO** Pai: **NÃO INFORMADO** Data de Nascimento: **25/10/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NÃO HOUVE (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): **JOSÉ ANTONIO DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0YU2219** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **101728638** Chassi: **9C6KG0490F0017286**

Scanned by CamScanner



Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

CONFORME A VÍTIMA VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA INDO PARA O TRABALHO NA PE-61, EM BARRA DE SIRINHAÉM, QUANDO DEREPELENTE UM CACHORRO PASSOU CORENDO PELA FRENTE DO VEÍCULO E O MESMO ATROPELOU O ANIMAL VINDO A CAIR, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL EM SIRINHAÉM E POSTERIORMENTE FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERENTOS.

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

**CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JEFFERSON LEANDRO DOS SANTOS** - Matrícula: **152087-3**

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 16:49:55
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021616495528300000073819462>
Número do documento: 21021616495528300000073819462

Num. 75323711 - Pág. 6

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Descrição(s) da(ois) beneficiário(s) da cobertura:

<input type="checkbox"/> SAÚDE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
---	--	--------------------------------

Nº do documento do RG: CPF da vítima: 117.641.564-05 Nome completo da vítima: Carlos Magno das Chagas Alva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA BENEFICIÁRIO - CRUZAR LIGA: N° 005/202

Nome completo: Carlos Magno das Chagas Alva
 Profissão: Desempregado
 Endereço: Rua 1º Frei Damiano
 Bairro de residência: Barra de Guanabara
 Cidade: RJ
 CEP: 25550-000
 Tel (DDD): (21) 44543-4554
 Email: carlostmatheus05@outlook.com

CPF: 117.641.564-05
 Número: 13
 Complemento:

Declara, para todos os fins de direito, que o(a) beneficiário(a) informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIAS).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECLUIO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$10.000,01 ACIMA DE R\$10.000,00	

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSEGURE UMA QUESÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (informe parte de Banco abaixo, assimilar uma só conta):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004)

CONTA CORRENTE (informe a mesma):
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2124 CONTA: 26341 0 AGENCIA: _____ CONTA: _____
 (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

OP: 013

Autentico a Seguradora Lider e credito na conta bancária informada, se minha invalidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e corrente após a efetivação do trânsito, a tutela total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o levantado no extrato Médico Legal (ELM) para os fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT, ou, nenhuma das opções:

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

Peço motivo alegando, sacado o prosseguimento da validade do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprovando, desde já, em que momento a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes descrevem devidamente os traumas, conforme Lei 6.534/74 art. 3º, §1º, declarando que esta constatação não significa prever concordância com a futura avaliação médica ou remontar ao direito de contestá-la, caso descobre-se meu erro.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (jo Casal) Divorciado Separado judicialmente Vívo Data da morte da vítima: _____

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____

Mínima tive filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar quantos vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (na nasc.)? Sim Não Vítima deixou pais/vads vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e proverem suas condições, estando cliente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, salvo da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____ Assinatura: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____ Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Carlos magno das Chagas Alva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito desse documento, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE TODOS.





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

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190640200 Vítima: CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA

Data do Acidente: 15/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA

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.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 19/12/2018, emitido pelo Dr. RAFAEL VIEIRA CRM nº 26235 - PE, da Instituição HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00469/00470 - carta_31 - INVALIDEZ



00040235

Carta nº 15140570



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 16:49:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021616495528300000073819462>
Número do documento: 21021616495528300000073819462

Num. 75323711 - Pág. 8



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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190640200 Vítima: CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA

Data do Acidente: 15/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA

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, contados 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 15114175



Cap. 00663/00664 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 16:49:55
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021616495528300000073819462>
Número do documento: 21021616495528300000073819462

Num. 75323711 Pág. 9

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401580/19

Vítima: CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA

CPF: 117.671.564-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/12/2018

Titular do CPF: CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA : 117.671.564-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 16:49:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021616495528300000073819462>
Número do documento: 21021616495528300000073819462

Num. 75323711 - Pág. 10

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 8.523.030.505 - PE

CPF: 117.673.564 - 05

Profissão: Autônomo

Endereço: TV. FREI DAMIÃO, N:13, BAIRRO DE SIRINHÃEM, SIRINHÃEM - PE

CEP: 55580-000

Telefone: (81) 98320-0796

OUTORGADO:

Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 6.362.605 SSP - PE

CPF: 033.232.004 - 55

Profissão: ADVOGADO

Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELLO, 5551, SALA 01, TERREO, PICARÉ - PE

CEP: 54430-030

Telefone: (81) 89543-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA

Sirinhaém, 12 de novembro de 2015

Local e Data

carlos magno das chagas silva



Assinatura do OUTORGANTE
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO



Cartório de Registro Civil e Notas do 2º Distrito - Barra de Sirinhaém
Titular: Lorena Freitas Barreto Lins
Rua Antônio Ribeiro, 279 - Centro (RJ) 35764137

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA

Jurada em minha presença, Dou 16
Sirinhaém, 17 de novembro de 2013 08:59:29

Em testemunho da verdade,
Emerson Lira da Silva (Escrivão Autorizado)
Eml.: R\$ 3,19 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG
R\$ 0,08 Total R\$ 4,93

válido somente com o selo 0130003, HR109201901.00172

Consulta Autenticidade em: www.tjepe.jus.br/authdigital



Carlos Magno das Chagas Silva

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 16:49:55
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021616495528300000073819462>
Número do documento: 21021616495528300000073819462

Num. 75323711 - Pág. 12

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190640200 Cidade: Sirinhaém Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA Data do acidente: 15/12/2018 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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 %



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401580/19

Vítima: CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA

CPF: 117.671.564-05

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 15/12/2018

Titular do CPF: CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

CARLOS MAGNO DA CHAGAS SILVA : 117.671.564-05

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 16:49:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021616495528300000073819462>
Número do documento: 21021616495528300000073819462

Num. 75323711 - Pág. 15



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 16:49:55
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021616495528300000073819462>
Número do documento: 21021616495528300000073819462

Num. 75323711 - Pág. 16



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA	PRONTUÁRIO: 1659786	ATENDIMENTO: 01067367
DATA DE NASCIMENTO: 27/02/1995	FOI ATENDIDO EM: 15/12/2018 ÀS	DATA DA ALTA: 19/12/2018 ÀS 09:23

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO ABRASAO DE PATELA E CAVO S. X

Tratamento Realizado:

LIMPEZA CIRURGICA + ANTIBIOTICOTERAPIA

Observação:

AFASTAMENTO SUAS ATIVIDADES DURANTE 3 SEMANAS
PRESCREVO ATB+ANALGESIA

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DO HR DR HENRIQUE BARBOSA EM 3 SEMANAS

Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.235

SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO - CRM: Nº.26524

Recife, 19, DEZEMBRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av.Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

Scanned by CamScanner





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 08/01/2019 10:00Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA (PE)
Médico.....: 110 -HENRIQUE COSTA BARBOSA
Agenda.....: 45070

Informações do Paciente

Paciente.....: 1659786 Same.....:
Nome.....: CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 983333183 / Celular: (81) - 35771156 Nasc.....: 27/02/1995
Endereço.....: FREI DAMIAO, 0 - BARRA DE SERINHAEM - SIRINHAEM - PE - Cep: 55580970
Cidade.....: SIRINHAEM
Agendado por: RANIELLERASN

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 16:49:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021616495528300000073819462>
Número do documento: 21021616495528300000073819462

Num. 75323711 - Pág. 18