



16/02/2021

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	<a href="#">ANEXO 1</a>	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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 35, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carsten Magno das Chagas Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.671.564 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Carsten Magno das Chagas Silva, 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 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		Número	Complemento
<u>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		<u>1551</u>	<u>Lata 01 - Terço</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Piedade</u>	<u>fátima dos Guimarães</u>	<u>PE</u>	
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>RENATOMALHEIROS@outlook.com</u>	<u>—</u>		<u>(81) 99543-4554</u>

Recife, 13 de novembro de 2019  
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti  
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-900  
CNPJ 10.830.830/0001-08 (Insc. Est. 07.0463.01) www.celpe.com.br

#### DADOS DO CLIENTE

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

CPF: 039.232.004-55

#### CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

#### ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551  
AP-01

FIDELIDADE/PAZES  
JARDIM DOS GUARARAPES PE  
54410-010

CONTINUTOS FISCAL	DATA	EMISSÃO
070901347	09/09/2019	23/09/2019
REPRESENTAÇÃO	070901347	070901347
23/09/2019	20/10/2019	19/10/2019

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7025325626	09/2019
DATA DE EMISSÃO	09/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	215,30

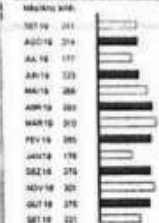
#### DEFINIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	213,000000	0,77952220	164,47
Acrescimo Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Sum. Publica Municipal			37,81
ICMS Subvenção COE-NF 070902826-04/07/19			1,25
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>215,30</b>

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	POSTERIOR DATA	LEITURA	Nº DE CONSUMO	CONSUMO (kWh)
30181019	CAI	21-08-2019	9.26120	21-09-2019	9.17420	30	21,30

#### CONSUMO DE CONSUMO



#### INFORMAÇÃO DE TRIBUTAÇÃO

ICMS	PIS	COFINS
176,44	176,44	176,44

#### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	164,47	76,35%
Acrescimo	11,87	5,51%
Contribuição de Energia	37,81	17,54%
Outros	1,25	0,59%
<b>Total</b>	<b>215,30</b>	<b>100%</b>

#### VALORES A PAGAR

Consumo (kWh) 21,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

Consumo (R\$) 215,30

#### DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS LEITURAS

Consumo	Valor	Valor	Valor	Valor
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

#### UNIDADE DE MEDIDA

Unidade	Valor	Valor	Valor	Valor
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTA CONTRATO 7025325626 MÊS/ANO 09/2019 DATA DE EMISSÃO 09/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 215,30

83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-8



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

**CELPE**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50060-907  
CNPJ 10.438.832/0001-08 | Fone: (81) 3225-9433 | www.celpe.com.br

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

**DADOS DO CLIENTE**  
JOSE CLAUDIO SOARES  
NASCIMENTO  
CPF: 280.189.774-49

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
17 FRET. JAMARU 13  
BARRA DE SERIPIÁ/BAURÃO DE SERIPIÁ  
SERRAIA/PE  
55560-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
BT - RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

**CONTA CONTRATO**  
4003161604  
MÊS-ANO  
06/2019

**DATA DE VENCIMENTO**  
27/06/2019  
**DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA**  
19/07/2019

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
74,16

Nº DA NOTA FISCAL	SPRE	EMISSÃO
05032254	18/06/2019	

ATENDIMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UTILIZAÇÃO
18/06/2019	2000214152	3741/19

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

QUANTIDADE	PREÇO UNID.	VALOR (R\$)
80,00 kWh	0,7413679	59,31
		0,45
		5,90
		0,89
		1,85
		0,98
		0,76
		-3,34

**TOTAL DA FATURA** 74,16

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
94219828	CAT	30.06.2019	14.184,00	14.264,00	14.269,00	28	1,0000		80,00

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO	VALOR (R\$)	%
Consumo de Energia	R\$ 59,31	80,00%
Transmissão	R\$ 2,81	3,80%
Distribuição (Cabo)	R\$ 5,90	7,95%
Perdas de Energia	R\$ 5,90	7,95%
Energia Setorial	R\$ 3,79	5,12%
Tributos	R\$ 17,44	23,47%
Total	R\$ 74,16	100%

**TARIFAS APLICADAS** 0,0413679

**8028 C03F 32E 1820 2704 2001 0004 01F0**

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Por favor, leia com atenção as informações importantes sobre o uso da energia elétrica e a segurança no uso da rede elétrica. As informações sobre o uso da energia elétrica e a segurança no uso da rede elétrica estão disponíveis no site da CELPE e no manual do cliente.

**ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**

Em 15/06/2019, foram encontradas 1 (uma) conta em aberto. O valor devido é de R\$ 12,22. O cliente deve pagar o valor devido até o dia 15/07/2019 para evitar a suspensão do serviço.

**BORRACHA E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS**

CONDIÇÃO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
BR	11,00	0,10	0,10	0,10
PR	4,00	0,10	0,10	0,10
DR	5,00	0,10	0,10	0,10

**NÍVEL DE TENSÃO**

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220V	210V - 230V

**CONTA CONTRATO** 4003161604  
**MÊS-ANO** 06/2019  
**DATA DE VENCIMENTO** 27/06/2019  
**TOTAL A PAGAR (R\$)** 74,16

838500000000-8 74160011004-6 00316160410-7 13986787513-9

Scanned by CamScanner







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA 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 - Culposos (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 - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
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: **OYU2219** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **101728638** Chassi: **9C6K60490F0017286**

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 DEREPEENTE 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 FERIENTOS.**

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







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, 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





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, 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, 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 15114175



## 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

**CPF de:** Próprio

**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](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: 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



## 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-SPS-PE

CPF: 117.671.564-05

Profissão: AUTÔNOMO

Endereço: TV. FREI DAMIÃO, N:13, BARRA DE SIRINHAÉM, SIRINHAÉM-PE

CEP: 55580-000

Telefone: (81) 98320-0796

### OUTORGADO:

Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 6.162.608-SSP-PE

CPF: 039.232.004-55

Profissão: ADVOGADO

Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELLO, 3551, SALA 01, TERRELO, PIEDADE-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 2018  
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  
Títular: Lorena Freitas Barreto Lins  
Rua Antônio Ribeiro, 279 - Centro (81) 35764137



Reconheço por autenticidade a firma indicada de  
CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA  
lançada em minha presença, Dou Fé.  
Sirinhaém, 12 de novembro de 2019 08:59:29



Em testemunho da verdade,  
Emerson Lima da Silva (Escrivente Autorizado)  
Emp. - R\$ 3,59 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG  
R\$ 0,08 Total R\$ 4,91  
Válido somente com o selo 0130003.HR109201901.00172

Consulte Autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/validadigital](http://www.tjpe.jus.br/validadigital)

*Emerson Lima da Silva*



## 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 %	R\$ 0,00



## 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

CPF de: Próprio

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](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: 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





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO**  
**CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

**NOME**  
**CARLOS MAGNO DAS CHAGAS SILVA**

**DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF**  
**8523010 SDS PE**

**CPF**  
**117.671.564-05**

**DATA NASCIMENTO**  
**27/02/1995**

**FILIAÇÃO**  
**ANTONIO JOSE DA SILVA**  
**RAQUEL CLEONICE DAS CH**  
**AGAS SILVA**

**PERMISSÃO**  
**ACC**  
**CAT. HAB.**  
**AB**

**Nº REGISTRO**  
**06079335128**

**VALIDADE**  
**15/02/2024**

**1ª HABILITAÇÃO**  
**27/05/2014**

**OBSERVAÇÕES**

*Carlos magno das chagas Silva*

**ASSINATURA DO PORTADOR**

**LOCAL**  
**RECIFE, PE**

**DATA EMISSÃO**  
**18/02/2019**

*Roberto Fontelles*  
**Roberto Carlos Moreira Fontelles**  
**Diretor Presidente**

**ASSINATURA DO EMISSOR**

**61286886191**  
**PE090786998**

**PERNAMBUCO**

**DENAT**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1757179362**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1757179362**

Scanned by CamScanner



### 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 *CSO S. 21*

**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

