

Declaração do Proprietário do Veículo

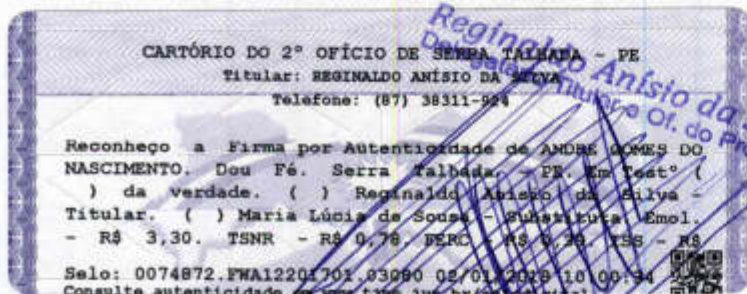
Eu, André Gomes do Nascimento,
RG nº 7.090.240, data de expedição 04/03/2013
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 061.023.994-53, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Acelina Pereira, JPSEP, nº 440,
complemento Casa, declaro, sob as penas da 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 KS
Ano: 2004
Placa: KHU7605
Chassi: 9C2KC08104P033113
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)



MUL: Maria do Socorro de Magalhães Silva

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 01

Data: 10-12-19	Hora: 18:43		
Nome: Carlos Américo de Magalhães Silva			
Nascimento: 21-10-80	Sexo: M	Estado Civil: Solteiro	
Escolaridade: alfabeto	Profissão: agricultor		
Mãe:	Responsável: o mesmo		
Endereço: Mont. Povo do Serrote			
Bairro:	Município: M A	Fone: 9-99639825	
Cartão SUS: 898003423736455	RG/CPF: 7090239		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
	Amarela	Indígena	

PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
-----	--------	------	--------------	-------

História e Exame Físico:

Trabalha no trator / Luminas
furoso (sem motor)
Re no trator @

Tratamento:

→ touso 2L
→ coltrem — an @

20/12/15
Marta 80338

Hipótese Diagnóstica:

Ort o trator @

Carimbo e Assinatura:

Carimbo: 1512
Assinatura: [assinatura]

EXCELSIOR
09-MAR-2016
REGISTRO

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

2 5 1 7 1 2

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE



Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2 5 1 7 1 2

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

06 70 90 23 9

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 0 8 0 0 3 4 2 3 7 3 6 4 5 5

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

39380

9 - NOME DO PACIENTE

Carlos Ramon de M. Silva

10 - DATA DE NASCIMENTO

21/10/80

11 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria do Socorro dos Santos Silva

DDI

13 - TELEFONE DE CONTATO

87 9 9 9 6 3 9 8

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Fazenda Pac. do Gerente - 9

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Luzitânia

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

0261220

17 - UF

18 - CEP

PE 56900000

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- 2 dias de dor no abd. -
Rx. no abd.

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

ht no abd. (E)

22 - CID. 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat no abd. cirúrgico (E)

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Ebenone A. Silva
CRM: 1512 TEOT: 10541
Ortopedia/Traumatologia

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/12/11

34 - ASSIN. E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

09 MAR 2012
SEGURO DO AT.

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 - CNPJ DO EMPREGADOR

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CBO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO 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 (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOTIVO DA ALTA: curado

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: eleter

DATA DA INTERNAÇÃO: 13/12/11

Neira Barros



HOSPITAL
FRANCISCO

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - ABB - 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 / 11

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Raimundo de Magalhães S. da
Idade: 37 Sexo: Masc. Cor: Branco Estado Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor Naturalidade: Nacionalidade: Brasil

Endereço:

Rua: Fazenda Poco do Lenate N.º: 9 Bairro:
Idade: Serra Talhada Estado: PE Fone: 999639835

Filiação:

Pai: Aldeci José da Silva
Mãe: M^{te} do Socorro de Magalhães Silva

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

fratura com H em RWR

Hipótese Diagnóstica: H de RWR

EXCELSIOR SEGUROS

09 MAR 2012

SEGUROS

Exames Solicitados: ☒

Condições de Alta

Motivo de Alta

Dr. Ebenone A. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15.102

14 / 12 / 11

Atividade realizada:

Int. SE + RNZ

Data:

13/12/12

Início:

N.º do Procedimento:

Término:

Cirurgião:

Ebenezer

1.º Auxiliar:

2.º Auxiliar:

Anestesista:

[Signature]

OK

OK + [Signature]

1) redução + fixação de fratura com 10 cl.
placa + 4 parafusos.

2) sutura + [Signature]

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

EXCELSIOR SEGURO
09 MAR 2018
SE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
010.909.011-00

Nome
CARLOS RANIERE DE MAGALHAES 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 SOUZA

10R01
17 58.043

POLEGAR DIREITO

Carlos Raniero de Magalhães Silva
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REQUISITO 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**

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

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

ACELSIOR SEGUROS
09 MAR 2018
SEG. 20.00.01

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1017067334

NOME
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR / UF
4870802 SDS PE

CPF
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
19/08/1983

FILIAÇÃO
ARCENIO FERREIRA 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
A

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
19/11/2014

Liby U. Delgado
ASSINATURA DO EMISSOR

47011846458
PE063050153

DETRAN - PE/PERNAMBUCO

PROBIBO PLASTIFICAR
1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
09 MAR 2018
SEGURO CIVIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013713078989
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 830227300 RENTR 2017 EXERCÍCIO 2017

ANDRE GOMES DO NASCIMENTO

SERRA TALHADA-PE

061.023.994-55 PLACA KHU7605

9C2K08104R055113

PAS MOTOCICLO

HONDA/CG 150 TITAN K3

2P/149CL

IPVA 2017 QUITADO

1 1 1

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

SERRA TALHADA-PE

20/11/17

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VANTAGEM REGISTRADOS EM CARGA APESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PE Nº 013713078989 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANDRE GOMES DO NASCIMENTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 7204

EXCELSIOR

09 MAR 2018

SERRA TALHADA-PE

061.023.994-55 PLACA KHU7605

830227300

HONDA/CG 150 TITAN K3

2004 09

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

JUL-2017

DF

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



DF



PESO (kg)

1.519

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 Sennote, 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**

Vitima: **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



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



Rio de Janeiro, 30 de Março de 2018

Carta nº: 12592569

A/C: 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

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



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.			

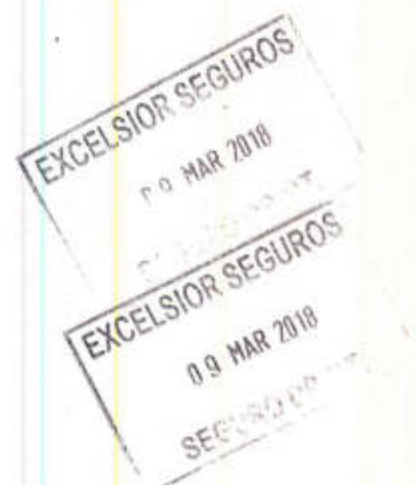
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0914 D/V ☐ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 56324 D/V 3 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP-177ª CIRG
DINTER2/21º 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)

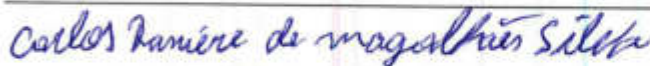
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANDRE GOMES DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS RANIERE DE MAGALHAES SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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 - Orgão 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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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

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 Ramires 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

Telefone (DDD)

Email

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 artigo 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 Ramires de Magalhães Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Tercera Social de Energía Eléctrica: Creada por la Ley 10.438, de 20/06/77.

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-98 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368.710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
66912-130

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monolítico

003304639	UNICA	26/04/2017
26/04/2017	2000138289	3872821

22/07/2019 02/2017
03/10/2017 28/10/2017
213,66

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo(MWh)	278,9000003U	0,87318022	188,78
Acréscimo Bandeira AMARELA			6,74
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,87
Contribuição Iluminação Pública			7,88
ICMS Subvenção-CDE-NF 002147188- 18/07/17			1,42
Multa por atraso-NF 002632123- 22/08/17			2,37
Multa por atraso-NF 002147188- 18/07/17			2,83
Juros por atraso-NF 002147188- 18/07/17			1,32
Juros por atraso-NF 002632123- 22/08/17			1,19
Atualização IOPM-NF 002632123- 22/08/17			0,10
PRO-CRANÇA-(001)3412-9980 0900 031 0000			0,88
TOTAL DA FATURA			213,63

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
301204299	CA1	22-09-2017	13.836,00	26-09-2017	13.812,00	36	1,00000		276,00

1986/90	1986/90	BASE DO	%	VALOR DO	Descrição de Importação	1986	1987	1988
1986/90	1986/90	GALCOLO		IMPORTO				
SET 17	278				Tramontola	19	8,47	20,51%
AGO 17	237				Tramontola (Carga)	19	45,21	23,26%
JUL 17	200				Perdas de Carga	19	13,60	8,08%
JUN 17	264				Erros de Carga	19	17,04	9,78%
MAY 17	312				Trabalho	19	56,50	28,52%
ABR 17	262				Total	19	194,48	100%
MAR 17	270							
FEB 17	336							
JAN 17	341							
DEZ 16	186							
NOV 16	182							
OCT 16	244							
SET 16	183							

1986 DCD1 6662 4738 FFA 7760 E088 60C3

[illegible]

	CONSUMO	VALOR APROVADO MÊS/17	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO MENSAL (%)		
						LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÁXIMO	
CRIC	GERAL TALHADA	0,08	1,43	10,08	39,73	220	202	231
PRE		1,00	2,36	6,72	13,48			
CRBG		0,08	3,11	6,00	0,00			

Limite OCPC: 12,23 PLACID – Visão dos Recursos da União do Sistema de Trabalho, S/A – R\$ 68,36

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
----------------	---------	--------------------	---------------------

2270076010 04/2017 03/10/2017 213.68

83830000002-0 13680011002-9 27807801910-0 09348487863-0



EXCELSIOR SEGUROS
09 MAR 2018
SEGURO D...

contato Para
Penicilina.

(87) 9634-4907

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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana 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	Rua Francisco Olavo		Número	110	Complemento	Casa
Bairro	IPSEP	Cidade	Estado	PE	CEP	56912-130
Email	Senna Talhada		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		

S. Talhada, 28 de dezembro de 2017
Local e Data

X Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

