

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 Carlos Magno das Chagas Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.671.564 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Carlos 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 <u>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		Número <u>1351</u>	Complemento <u>Ata 01 - Térreo</u>
Bairro <u>Piedade</u>	Cidade <u>Jaboatão dos Guararapes</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email <u>RENATOMALHEIROS@outlook.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99543-4554</u>	

Recife, 13 de novembro de 2019
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

DADOS DO CLIENTE

RENATO CESAR 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

FIEDADE/PRAZERES:
JABOTÃO DOS GUARARAPES PE
54410-010

SPRINTAFISCAL	SENA	400000
070001347	ONCA	2300 A.10
APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
230000018	2015030230	104/2010

DATA CONTRATO	MESSAGGIO
7025325828	09/2019
DATA DI VERGAMENTO	DATA PRESSIONE PRESSIONE LAVORO
30/09/2019	24/10/2019
TOTALE A PAGARE DEL	215,30

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QTD/USADO	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWH)	711,000000	0,77952320	554,47
Acrescimo Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Sum. Publica Municipal			37,81
ICMS Subvenção - COE NF 07082826-34/0718			1,28

TOTAL DA FATURA

214 90

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3818.8319	CAI	21-06-2019	9.30030	23-06-2019	9.174.000	30	1.00000		211,20

CONFERÊNCIAS DE CONHECIMENTO

Cluster	Number of Genes
10T-19	180
10T-20	150
10T-21	120
10T-22	100
10T-23	180
10T-24	150
10T-25	180
10T-26	150
10T-27	180
10T-28	150
10T-29	180
10T-31	150

FARMACOLOGIA DE INSETICIDAS

	SAVED (2002-2003)	%	WORLD (2002-2003)
ICMG	178.44	25.00	44.31
PIS	178.44	0.00	1.42
COFINS	178.44	0.00	0.34

STUDY 1

Category	2008	2009	2010
Geography of Energy	89	87.87	24.32%
Transmission	92	2.11	1.45%
Geography of Energy	92	27.72	23.98%
Production of Energy	92	11.58	9.51%
Energy Resources	92	8.88	4.32%
Production	92	12.26	24.57%
Total	92	158.44	

ACKNOWLEDGMENTS

Causes of stroke

www.elsevier.com/locate/jmb

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

304 B 64GB 4K60 ECCD A34B 3190 95ED FFW

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Figura 1. Mapa de localização do estudo e localização do CCR em relação à rede de estradas. Fonte: adaptado de Santos (1997), com base no levantamento realizado pelo autor. Tm 14° 15' 00" S, 47° 15' 00" W. A linha tracejada indica o limite do CCR entre o Estado do Rio de Janeiro e o Estado do Espírito Santo. A linha pontilhada indica o limite do CCR entre o Estado do Rio de Janeiro e o Estado do Paraná. A linha contínua indica o limite do CCR entre o Estado do Rio de Janeiro e o Estado do São Paulo.

[illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	Chemical	1990-91 1992-93 1994-95	1995-96 1996-97	1997-98 1998-99	1999-00 2000-01
ONE		0.05	0.01	0.01	0.01
TWC		0.05	0.11	0.36	0.70
THWC		0.05	0.17	0.05	0.04

WAS NOT TOWED

TÍTULO NOMINAL (R)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	atual	anterior
700	202	231

[illegible]

DATA CONTRATO	ASSINADO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
202503250000	09/2019	30/09/2019	215,30

82820000002.9 15300011003.5 02532562610.9 14270268473.8







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



SAÚDE (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do benefício ou A.D.

CPF da vítima

Nome completo da vítima

117.641.564-05

Carlos Magno das Chagas Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (TÍTULA/TITULARIDADE) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

Nome completo:

Carlos Magno das Chagas Silva

CPF 117.641.564-05

Profissão:

Desempregado

Endereço:

R. 1ª Free Danúbio

Número:

13

Complemento:

Bairro:

Barro da Brumhain

Cidade:

Estado:

PE

CEP:

55.500-000

E-mail:

maratmalheiros@outlook.com

Tel (DDD):

(011) 94543-4554

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ R\$ 1.500,00 INFORMAR

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (comente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (abaixo a opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2124

CONTA:

26341

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

OP: 013

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu não tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE SAÚDO DO IMIL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma 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 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.

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a análise médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do meu laudo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou nascido (ou nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, entendendo ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 13/11/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Carlos Magno das Chagas Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA 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 - 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: **9C6KG0490F0017286**

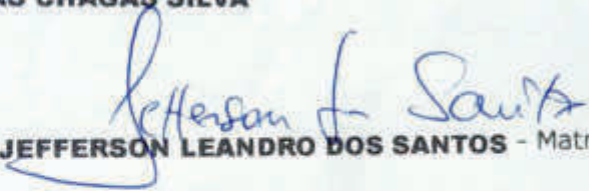
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

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**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



SAÚDE (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do benefício ou A.D.

CPF da vítima

Nome completo da vítima

117.641.564-05

Carlos Magno das Chagas Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (TÍTULA/TITULARIDADE) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

Nome completo:

Carlos Magno das Chagas Silva

CPF 117.641.564-05

Profissão:

Desempregado

Endereço:

R. 1ª Free Danúbio

Número:

13

Complemento:

Bairro:

Barro da Sumbaim

Cidade:

Estado:

PE

CEP:

55.500-000

E-mail:

maratmalheiros@outlook.com

Tel (DDD):

(011) 94543-4554

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA)

RENDA MENSAL:

☐ R\$ 1.500,00 INFORMAR

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (não se aplica)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2124

CONTA:

26341

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

OP: 013

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu não tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE SAÚDO DO IMIL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não sou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma 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 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.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a análise médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou nascido (ou nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, entendendo ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 13/11/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Carlos Magno das Chagas Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

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

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 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: 8.523.030-505-PE

CPF: 117.671.564-05

Profissão: AUTÔNOMO

Endereço: TV FRI 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: 6.162.608-558-PE

CPF: 039.232.004-55

Profissão: ADVOGADO

Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO, 3553, SALA 01, TERRELO, PIEDADE-PE

CEP: 54430-030

Telefone: (81) 99543-4554

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 (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)
Emol.: R\$ 3,39 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/autenticidade

[Handwritten signature]

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 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

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

RENATO
ELINASSO JOAQUIM CAVALCANTI
AUREA MALHEIROS CAVALCANTI

RECIFE-PE

0102808 - SSP/PE
004208 DE BRIGADE 1 101000
NÃO

DATA DE NATURALIZAÇÃO
20/11/1981

030 232 004-55
01 13/04/2012

BRUNO DE MOURA
PREZIDENTE

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10324578

USO OBRIGATORIO
RENTOUSE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
ART. 11 DA Lei nº 8.369/94

RENATO CESAR M. CAVALCANTI

ASSINATURA DO PORTADOR

030 232 004-55

01 13/04/2012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA 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

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:

AFASTAMETNO SUAS ATIVIDADES DURANTE 3 SEMANAS
PRESCREVO ATB+ANALGESIA

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DO HR DR HENRIQUE BARBOSA EM 3 SEMANAS

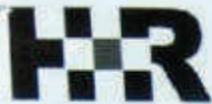

Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.235

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.



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

Same.....:

Nasc.....: 27/02/1995