

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200393470

Vítima: JONATAS CARVALHO DA CRUZ

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JONATAS CARVALHO DA CRUZ

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JONATAS CARVALHO DA CRUZ

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000047

Conta: 001300021392-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **JONATAS CARVALHO DA CRUZ** 6 - CPF: **083.880.124-28**
7 - Profissão: 8 - Endereço: **TV 3 BOM JESUS** 9 - Número: **48** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **ZUMBÍ DO PACHECO** 12 - Cidade: **RECIFE - PE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **50000-000**
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): **81 99870-0750**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0047** **13** CONTA: **00021392** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Jonatas Carvalho da Cruz
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA
POUPANÇA

5067 2251 5659 2646

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

JONATAS CARVALHO DA CRUZ
0047 013 00021392-4

elo



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0096004500**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/10/2020** às **10:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **31/5/2020** às **13:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GENERAL SAN MARTIN, 597 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 50630-060**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DO VEICULO SANDEIRO PEX0619 (AUTOR \ AGENTE)
JONATAS CARVALHO DA CRUZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JONATAS CARVALHO DA CRUZ

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

CONDUTOR DO VEICULO SANDEIRO PEX0619 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JONATAS CARVALHO DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA SEVERINA DE SOUZA Pai: GEOVANI CARVALHO DA CRUZ Data de Nascimento: 12/6/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 08388012428 (CPF) Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: 982602015

Residencial: **AV. BOM JESUS 255 - ZUMBI DO PACHECO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO VEICULO SANDEIRO PEX0619**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JONATAS CARVALHO DA CRUZ**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEG0001 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA PEG0001, NO DIA/ LOCAL/ HORA, INDICADOS UM SANDEIRO LHE ATINGIU DE FRENTE, SOCORRIDO PELO SAMU S-819854, SOCORRIDO AO HOSPITAL

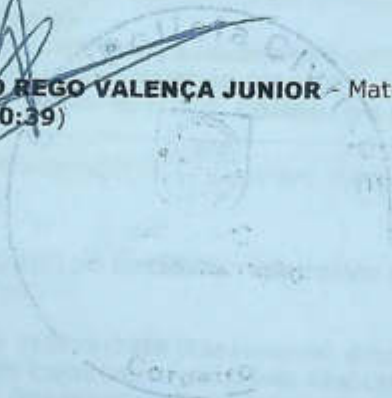
GETULIO VARGAS PRONTUARIO 0001148951.

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

x Jonatas Carvalho da Cruz

**JONATAS CARVALHO DA CRUZ
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**
(Liberado em **29/10/2020 às 10:39**)



DECLARAÇÃO - Registro Estatístico Nº 78877Número de Registro: **78877**Av. / Rua: **AV GAL SAN MARTIN**Bairro: **Cordelro**Data: **31/05/2020**

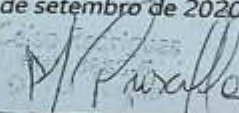
Hora:

Natureza do acidente:

Vítima(s): **JONATAS CARVALHO DA CRUZ**Placa e condutor (V1): **PEX0619 - CLÁUDIO JOSÉ DOS SANTOS**Placa e condutor (V2): **PEG0001 - JONATAS CARVALHO DA CRUZ**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 14 de setembro de 2020


Nilton Prazeres dos Santos

Diretor de Trânsito

CTTU

AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GPC

Ass. Resp

Mat. Nº 8688-6

CTTU (Autarquia de Trânsito e Transporte Urbano)

Av. Cruz Cabugá, nº 304 - Santo Amaro - Recife/PE - CEP: 50040-000

CNPJ/MF 10.846.103/0001-20 - Fone: 0800 081 10 78 / 3355 5300

E-mail: cttu@recife.pe.gov.br

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JONATAS CARVALHO DA CRUZ 6 - CPF: 083.880.124-28
7 - Profissão: 8 - Endereço: TV-3 BOM JESUS 9 - Número: 48 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZUMBÍ DO PACHECO 12 - Cidade: RECIFE - PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99870-0750

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0047 13 CONTA: 00021392 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Jonatas Carvalho da Cruz
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 16/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONATAS CARVALHO DA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00047

CONTA: 001300021392-4

Nr. da Autenticação 99B197046CEF259C



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA SEVERINA DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 3 BCM JESUS 48

CPF: 373.684.784-04 NIS: 16212133868

ZUMBI DO PACHECO/RECIFE
RECIFE PE
50000-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
124505527	UNICA	16/09/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/09/2020	2001443854	3292162

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2804793014	09/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
30/09/2020	16/10/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	73,69

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10943693	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,18760817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	35,9900000	0,28140926	10,12
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,09357424	2,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,16041298	11,22
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	35,9900000	0,24061947	8,65
Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 118548225-15/07/20			1,42
Parcela 3/44 Plano 405003412135			3,78
TOTAL DA FATURA			73,69

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)
3172818080	CAT	17/08/2020	3 983,00	16/09/2020	4 093,00	30	1,00000		136,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
SET 20	136
AGO 20	178
JUL 20	306
JUN 20	49
MAI 20	139
ABR 20	147
MAR 20	30
FEV 20	30
JAN 20	30
DEZ 19	30
NOV 19	30
OUT 19	30
SET 19	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	49,20	1,06	0,52
PIS	49,20	4,95	2,45
COFINS			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Captação de Energia	R\$ 21,34	43,36%
Transmissão	R\$ 3,02	6,14%
Distribuição (Celpe)	R\$ 15,90	32,32%
Perdas de Energia	R\$ 5,10	10,37%
Encargos Setoriais	R\$ 0,87	1,77%
Tributos	R\$ 2,97	6,04%
Total	R\$ 49,20	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10943693
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18760817
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,28140926
Consumo-TE até 30 kWh	0,09357424
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,16041298
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,24061947

RESERVAÇÃO AO FISCO

0000 814A 7450 301B - 347A 355D CC00 F63B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES



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



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1566884505

NOME
JONATAS CARVALHO DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6941500078 MT PE

CPF
083.880.124-28

DATA NASCIMENTO
12/06/1986

FILIAÇÃO
GEOVANI CARVALHO DA CRUZ
JOSEFA SEVERINA DE SOUZA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
04946243000

VALIDADE
23/04/2023

1ª HABILITAÇÃO
20/05/2010

OBSERVAÇÕES
EAR

Jonatas Carvalho da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
08/05/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

70620027695
PE085580155



PERNAMBUCO



PROIBIDO PLASTIFICAR
1566884505

DFACALAPAMBA CES 00
IA MT MS MG PR PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015315214838

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PLACA: 090 880 124-28

ONOME: JONATAS CARVALHO DA CRUZ
RUA SENEZITA 390
CASA MODERNA
JAB GUARARAPES-PE 54360-570

CPF: 090 880 124-28

ONOME ANTERIOR: CARVALHO TORRES RUFINO DO AMARAL

CHASSI: 9C0CE47A0AM078926

CONSTRUTORA: PAS / MOTONETA

ANO FABR: 2009

CATEGORIA: PARTIC

PRETO

SEM RESERVA

DATA: 01/05/20

ROBERTO CARLOS MORAES FONTALLAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015315214838

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 090 880 124-28

ONOME: JONATAS CARVALHO DA CRUZ
RUA SENEZITA 390
CASA MODERNA
JAB GUARARAPES-PE 54360-570

CPF: 090 880 124-28

ONOME ANTERIOR: CARVALHO TORRES RUFINO DO AMARAL

CHASSI: 9C0CE47A0AM078926

CONSTRUTORA: PAS / MOTONETA

ANO FABR: 2009

CATEGORIA: PARTIC

PRETO

SEM RESERVA

DATA: 01/05/20

ROBERTO CARLOS MORAES FONTALLAS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CARIADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QU-POSSUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015315214838 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JONATAS CARVALHO DA CRUZ

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 1254

JAB GUARARAPES-PE 54360-570

CPF: 090 880 124-28

CHASSI: 9C0CE47A0AM078926

CONSTRUTORA: PAS / MOTONETA

ANO FABR: 2009

CATEGORIA: PARTIC

PRETO

SEM RESERVA

DATA: 01/05/20

ROBERTO CARLOS MORAES FONTALLAS

PRÊMIO TARIFÁRIO

PLACA: 090 880 124-28

CHASSI: 9C0CE47A0AM078926

CONSTRUTORA: PAS / MOTONETA

ANO FABR: 2009

CATEGORIA: PARTIC

PRETO

SEM RESERVA

DATA: 01/05/20

ROBERTO CARLOS MORAES FONTALLAS

SEGURODORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.245.888-0001-04

DETALHES E QUANTO O BILHETE DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200393470 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATAS CARVALHO DA CRUZ **Data do acidente:** 31/05/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO + OSTEOSSÍNTESE E ALTA.
P 2/3/4*/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL moderada DO MEMBRO INFERIOR
DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312501/20

Vítima: JONATAS CARVALHO DA CRUZ

CPF: 083.880.124-28

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 31/05/2020

Titular do CPF: JONATAS CARVALHO DA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JONATAS CARVALHO DA CRUZ : 083.880.124-28

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: 03/11/2020
Nome: JONATAS CARVALHO DA CRUZ
CPF: 083.880.124-28

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JONATAS CARVALHO DA CRUZ

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312501/20

Vítima: JONATAS CARVALHO DA CRUZ

CPF: 083.880.124-28

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 31/05/2020

Titular do CPF: JONATAS CARVALHO DA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JONATAS CARVALHO DA CRUZ : 083.880.124-28

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: 03/11/2020
Nome: JONATAS CARVALHO DA CRUZ
CPF: 083.880.124-28

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JONATAS CARVALHO DA CRUZ

Marta Marinho dos Santos