



Número: **0075583-56.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **25/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JONATAS CARVALHO DA CRUZ (AUTOR)	HILTON PEREIRA DE LIMA JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73281 445	07/01/2021 13:29	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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 inden

informações que o pagamento da multa exigida no artigo 21º, II, da Lei Federal de Crimes contra 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, retorno 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:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NP do sinistro ou ASL:

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 CAKVALHO DA CRUZ

6 - CPF:

083.880.121-28

7 - Profissão:

8 - Endereço:

TV 3 BOM JESUS

9 - Número:

48

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZUMBI DO PACHECO

12 - Cidade:

RECIFE - PE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50000-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-99870-0750

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00
 RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00
 ACIMA DE RS5.000,00

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: 0021392

4

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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;
- 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 Lider 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 nasceu (vai nascer)? Sim Não31 - 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 Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Jonatas Carvalho da Cruz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/01/2021 13:29:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010713294431200000071834158>
Número do documento: 21010713294431200000071834158

Num. 73281445 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ºCIRC DIM/2ºDESEC

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 - Culposo (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 PÚBLICA**

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 PROFISSÕES** 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

29/10/2020 10:23



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**)





AUTARQUIA
DE TRÂNSITO
E TRANSPORTE
URBANO
DO RECIFE

DECLARAÇÃO - Registro Estatístico Nº 78877

Número de Registro: 78877

Av. / Rua:

AV GAL SAN MARTIN

Bairro:

Cordel

Data:

31/05/2020

Hora:

Natureza do acidente:

Vítima(s):

JONATAS CARVALHO DA CRUZ

Placa e condutor (V1):

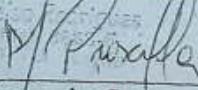
PEX0619 - CLÁUDIO JOSÉ DOS SANTOS

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

IDENTIFICAÇÃO 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:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

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 CAVALHO DA CRUZ

6 - CPF:

053.880.121-28

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

48

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50000-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81.99870-0150

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\$1.000 A R\$1.000,00 RS2.501,00 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

(13)

CONTA: 0021392

(4)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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, as custas da Seguradora Lider 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(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

 Sim Não

30 - Vítima deixou

nasceu/nascer?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Sim Não Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

pais/avós vivos?

 Vivos Não

Falecidos:

 Falecidos Vivos Falecidos Vivos

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/01/2021 13:29:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010713294431200000071834158>
Número do documento: 21010713294431200000071834158

Num. 73281445 - Pág. 8



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 | Inscrição Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA SEVERINA DE SOUZA

CPF: 373.694.784-04 NIS: 16212133868

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV. 3 BOM JESUS 48

ZUMBI DO PACHECO/RECIFE
RECIFE/PE
50000-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTADOR CONTRATO	MÊS ANO
2804793014	09/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
30/09/2020	16/10/2020

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh		30.000000	0,10943693	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh		70.000000	0,18760817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh		35.990000	0,28140926	10,12
Consumo-TE até 30 kWh		30.000000	0,09357424	2,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh		70.000000	0,18041298	11,22
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh		35.990000	0,24061947	8,65
Contrib. Ilum. Pública Municipal				19,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 116548225-15/07/20				1,42
Parcela 3/44 Plano 405003412135				3,78
TOTAL DA FATURA				73,69

TOTAL DA FATURA 73,69

DEMONSTRATIVO DE CORRUMO DE DÉBITO NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3172815080	CAT	17/08/2020	3.983,00	16/09/2020	4.093,00	10	1.000000		136,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	VALOR (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

BASE DE CÁLCULO DE TRIBUTOS

ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
PIS	49,20	1,06	0,52
COFINS	49,20	4,99	2,45

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 21,34	43,36%
Transmissão	R\$ 3,02	6,14%
Distribuição (Celpe)	R\$ 15,80	33,32%
Perdas de Energia	R\$ 5,10	10,37%
Encargos Setoriais	R\$ 0,87	1,77%
Tributos	R\$ 2,97	8,04%
Total	R\$ 48,26	100%

CONSUMO-TUSD ATÉ 30 kWh

Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh
Consumo-TE até 30 kWh
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh

0,10943693

0,18760817

0,28140926

0,09357424

0,18041298

0,24061947

19,28

1,42

3,78

0,10943693

0,18760817

0,28140926

0,09357424

0,18041298

0,24061947

19,28

1,42

3,78

0,10943693

0,18760817

0,28140926

0,09357424

0,18041298

0,24061947

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

19,28

1,42

3,78

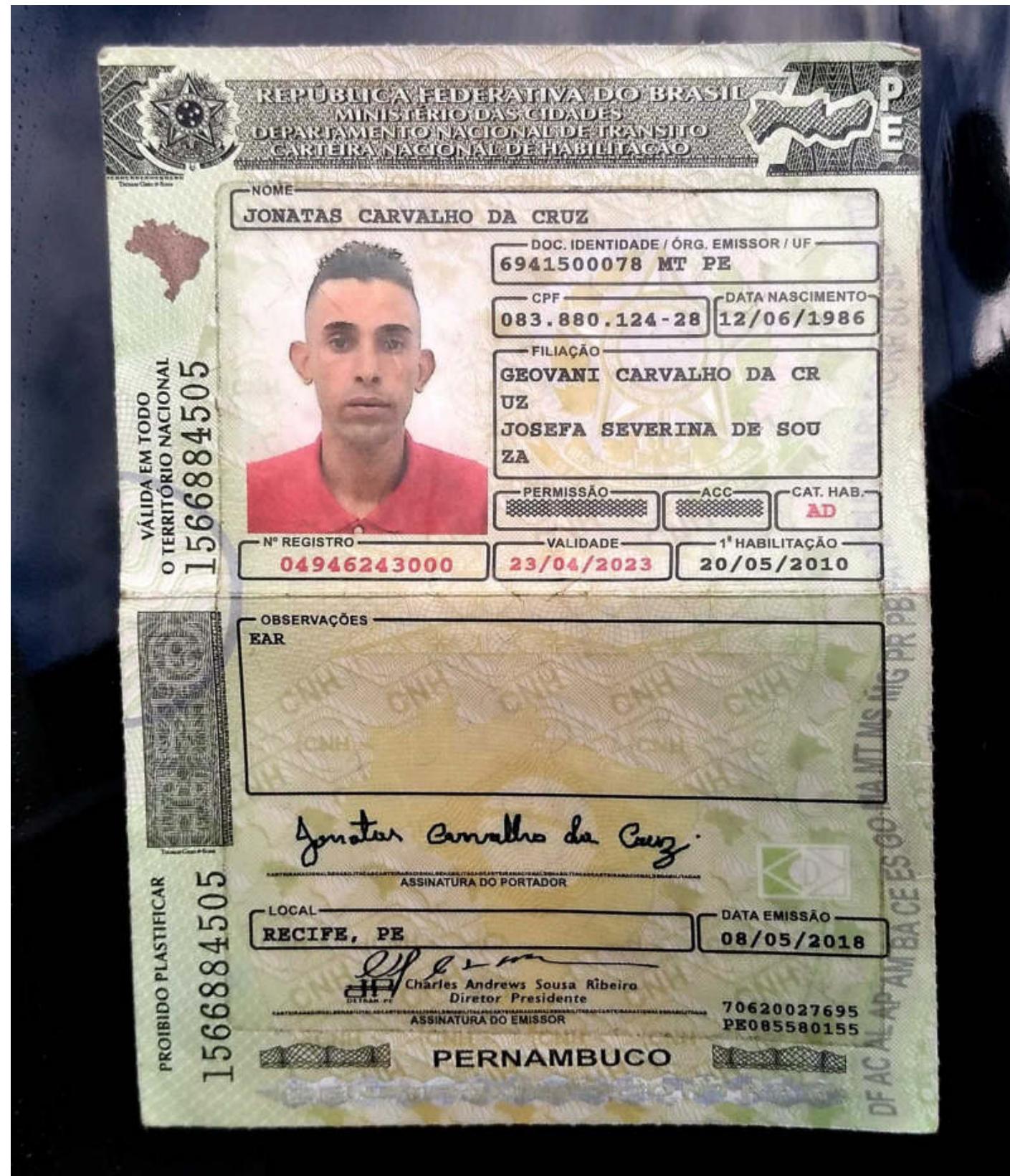
19,28

1,42

3,78

19,28

1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/01/2021 13:29:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010713294431200000071834158>
Número do documento: 21010713294431200000071834158

Num. 73281445 - Pág. 10

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETAN - PE N° 015315214838		DETAN - PE N° 015315214838	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
DETAN - PE N° 015315214838			
JONATHAS CARVALHO DA CRUZ RUA: SANTOS LIMA, 380 CAE: GUARAREMA JES: GUARAREMA - PE 54360-0570		JONATHAS CARVALHO DA CRUZ JAB: GUARAREMA - PE	
PLACA: 090-080-124-28 EXPEDIDOR: ECDCE47AC00001		PLACA: 092-880-124-28 EXPEDIDOR: ECDCE47AC00078926	
DATTOVON TORRES RUFINO DO AMARAL PLACA: 090-080-124-28		DATTOVON TORRES RUFINO DO AMARAL PLACA: 092-880-124-28	
FAT: MOTONETA MARCA/Modelo: HONDA/CITY ANO/FABR./ANO/MOD: 2009/2010		FAT: MOTONETA MARCA/Modelo: HONDA/CITY ANO/FABR./ANO/MOD: 2009/2010	
PESO: 100 KG CATEGORIA: C02/PRECISAMENTE PERÍODO: 01/03/20		PESO: 100 KG CATEGORIA: C02/PRECISAMENTE PERÍODO: 01/03/20	
SEM RESERVA		SEM RESERVA	
Roberto Carlos Henrique Fontenelle		Roberto Carlos Henrique Fontenelle	
JAB: GUARAREMA - PE 01/03/20		JAB: GUARAREMA - PE 01/03/20	
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 1204			
PE N° 015315214838 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
JONATHAS 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 1204			
JAB: GUARAREMA - PE 01/03/20			
PREMIO TARIFARIO			
SEGURADORA LIDER - DPVAT CNPJ 09.248.838/0001-94			

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 + OSTEOSÍNTESE 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/05/2020

Titular do CPF: JONATAS CARVALHO DA CRUZ

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/05/2020

Titular do CPF: JONATAS CARVALHO DA CRUZ

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

