



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
73281445	07/01/2021 13:29	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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

**Rio de Janeiro, 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](http://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 - 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: 053.880.124-28  
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 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 (vairasor)? ☐ 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, \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019







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**

29/10/2020 10:23



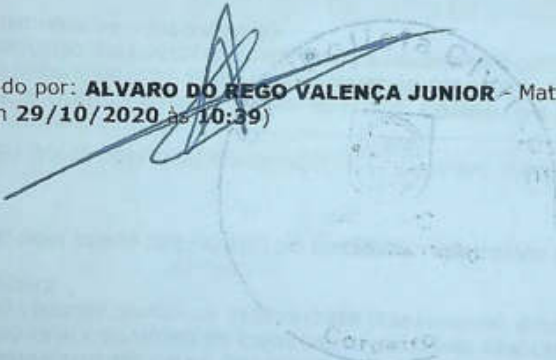
**GETULIO VARGAS PRONTUARIO 0001148951.**

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**)



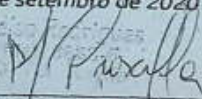



**DECLARAÇÃO - Registro Estatístico Nº 78877**

Número de Registro:	78877
Av. / Rua:	AV GAL SAN MARTIN
Bairro:	Cordeliro
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:



DAMS (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 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:



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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (a 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data,

*Assinatura* *Carvalho da Cruz*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





# 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 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA SEVERINA DE SOUZA

CPF: 373.684.784-04 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

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

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
124505527	UNICA	16/09/2020
Nº DA INSTALAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/09/2020	2001443854	3282162

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 116548225-15/07/20			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)
317281808	CAT	17/08/2020	3 963,00	16/09/2020	4 093,00	30	1,00000		136,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano kWh

SET 20	136
AGO 20	178
JUL 20	306
JUN 20	49
MAY 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	4,99	2,45
COFINS			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	21,34	43,36%
Transmissão	3,02	6,14%
Distribuição (Celpe)	15,90	32,32%
Perdas de Energia	5,10	10,37%
Encargos Setoriais	0,87	1,77%
Tributos	2,97	8,04%
Total	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

RECEBIMOS DO FISCO

0000 814A 2450 3018 3474 3550 0000 F53B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES





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

**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**  
[X] [X] [X]

**ACC**  
[X] [X] [X]

**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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1566884505

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1566884505







## 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

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 31/05/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JONATAS CARVALHO DA CRUZ

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JONATAS CARVALHO DA CRUZ

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

