



07/07/2023

Número: **0032374-32.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
J. V. S. C. (AUTOR)	
	ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO(A)) JANIO LAURIANO DA CRUZ (REPRESENTANTE)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
137319713	07/07/2023 13:52	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1676538261

JANIO LAURIANO DA CRUZ

CPF: 041.876.334-69 DATA NASCIMENTO: 14/03/1981

JONIO LAURIANO CRUZ

TEREZA SERAFIM DA CRUZ

CPF: 0378660453 DATA NASCIMENTO: 08/06/1923 DATA EMISSÃO: 13/03/2018

João Lauriano da Cruz

LOCAL: JERONYATO DOS GUARARAPES, PE DATA EMISSÃO: 11/06/2018

PERNAMBUCO

PECÍDIO FISCAL 1676538261

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:24:11

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
2021 14:24:11

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:24:11

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:24:11

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:24:11

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:24:11

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:24:11



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

133.344.354-40
Número

JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ
Nome

30/04/2012
Mascaramento

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:41

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:41

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:41

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:41

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:41

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:41

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:41



LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210164948

Nome do(a) Examinado(a): JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Endereço do(a) Examinado(a): Tv Dantas Barreto, 46, , Moreno/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 12/10/2020 - Moreno/PE

Data e local do exame: 18/06/2021 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura de fêmur direito, fratura exposta de tibia direita, TCE com HSA, trauma torácico, trauma abdominal, ferimento em face.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

drenagem torácica a direita, fixador externo na fratura de membro inferior, suporte clínico para o TCE. Fez fisioterapia, alta em 23/10/2020.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 95°, extensão aos 5°, abdução aos 30°, adução aos 10°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

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

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

limitação de grau leve do membro inferior direito, com bloqueio de quadril, encurtamento do membro.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).



b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Direito - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Leonardo Neves
Médico
CRM 11742



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047808/21

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

CPF: 133.344.354-40

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JANIO LAURIANO DA CRUZ : 043.876.534-69

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Documentos de identificação

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

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: 12/02/2021
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2021
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/07/2023 14:01:48
Número do documento: 23070713523859500000134129063
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070713523859500000134129063>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2023 13:52:38

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131995/21

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

CPF: 133.344.354-40

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

JANIO LAURIANO DA CRUZ : 043.876.534-69

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Documentos de identificação

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: 08/06/2021
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2021
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/07/2023 14:01:48
Número do documento: 23070713523859500000134129063
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070713523859500000134129063>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2023 13:52:38

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210164948

Cidade: Moreno

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do acidente: 12/10/2020

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de femur direito, fratura exposta de tibia direita, TCE com HSA, trauma torácico, trauma abdominal, ferimento em face.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 95°, extensão aos 5°, abdução aos 30°, adução aos 10°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Drenagem torácica a direita, fixador externo na fratura de membro inferior, suporte clínico para o TCE. Fez fisioterapia, alta em 23/10/2020.

Sequelas permanentes: Debilidade funcional leve do MID.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/06/2021

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do MID, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210164948

Cidade: Moreno

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do acidente: 12/10/2020

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico:

Fratura de fêmur direito, fratura exposta de tibia direita, TCE com HSA, trauma torácico, trauma abdominal, ferimento em face.

Descrição do exame físico:

Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 95°, extensão aos 5°, abdução aos 30°, adução aos 10°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos:

Drenagem torácica a direita, fixador externo na fratura de membro inferior, suporte clínico para o TCE. Fez fisioterapia, alta em 23/10/2020.

Sequelas permanentes:

Debilidade funcional leve do MID.

Sequelas:

Com sequela

Data do exame físico:

18/06/2021

Conduta mantida:

Observações:

O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do MID, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210054287

Cidade: Moreno

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do acidente: 12/10/2020

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
TRAUMA TORÁCICO
TRAUMA ABDOMINAL
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: %SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210054287

Cidade: Moreno

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do acidente: 12/10/2020

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1

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 LEVE 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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210054287

Cidade: Moreno

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do acidente: 12/10/2020

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: CIRURGIA EM 17/03/2021.

@1 FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTEs ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210164948

Cidade: Moreno

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do acidente: 12/10/2020

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA.
TRAUMA FECHADO TORACOABDOMINAL.
FRATURA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA. P.2-7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM TORÁCICA; OSTEOSSÍNTESE EM FÊMUR E TÍBIA E FÍBULA À DIREITA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SINISTRO ANTERIOR (3210054287) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: EM TRATAMENTO PELA AMD (30/04/2021).
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210164948

Cidade: Moreno

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do acidente: 12/10/2020

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA.
TRAUMA FECHADO TORACOABDOMINAL.
FRATURA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA. P.2-7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM TORÁCICA; OSTEOSSÍNTESE EM FÊMUR E TÍBIA E FÍBULA À DIREITA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SINISTRO ANTERIOR (3210054287) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: EM TRATAMENTO PELA AMD (30/04/2021).
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210054287

Cidade: Moreno

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do acidente: 12/10/2020

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: .

Resultados terapêuticos: .

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE Jônio Lauriano da Cruz

Portador (a) do documento de identidade nº 6446056, expedido por SDS-PE

Em 11/06/2019 inscrito no CPF sob o nº 043.876.534-69

Residente na (Rua/ Avenida) TVS Domita Barreto nº 46A

Complemento Casa, Bairro Combate Cidade Maracão

Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade nº 4416464, expedido por SSP-PE,

em 10/05/2013, inscrito no CPF sob o nº 81700806491, residente na Rua Apuleu

Vieira, nº 113, complemento casa, Bairro Várzea, Cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem confio, poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO -DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente a cobertura de invalidez ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 12/10/2020

Moreno 09 de Fevereiro de 2021

OUTORGANTE:

Jônio Lauriano da Cruz
(Reconhecer Firma por Autenticidade)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE

Fábio Lauriano da Cruz
Portador (a) do documento de identidade nº 6446056, expedido por SPS-PE
Em 11/06/2019 inscrito no CPF sob o nº 043.876.534-69
Residente na (Rua/ Avenida) TV1 Doutor Barreto nº 460
Complemento Casa, Bairro Combante Cidade Maranhão
Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade nº 4416464, expedido por SSP-PE,
em 10/05/2013, inscrito no CPF sob o nº 81700806491, residente na Rua Apuleu
Vieira, nº 113, complemento casa, Bairro Várzea, Cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem confio,
poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS
CONSÓRCIOS DO SEGURO -DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de
encaminhar o pedido de indenização referente a cobertura de invalidez ao seguro
obrigatório- DPVAT, data do acidente 12/10/2020

Moreno 09 de Fevereiro de 2021

OUTORGANTE:

Fábio Lauriano da Cruz
(Reconhecer Firma por Autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047808/21

Número do Sinistro: 3210054287

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

CPF: 133.344.354-40

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 19/04/2021
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/04/2021
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047808/21

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

CPF: 133.344.354-40

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JANIO LAURIANO DA CRUZ : 043.876.534-69

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Documentos de identificação

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

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: 12/02/2021
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2021
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/07/2023 14:01:48
Número do documento: 23070713523859500000134129063
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070713523859500000134129063>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2023 13:52:38

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131995/21

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

CPF: 133.344.354-40

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

JANIO LAURIANO DA CRUZ : 043.876.534-69

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Documentos de identificação

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: 08/06/2021
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2021
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/07/2023 14:01:48
Número do documento: 23070713523859500000134129063
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070713523859500000134129063>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2023 13:52:38



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, 11 de Março de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210054287 Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do Acidente: 12/10/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANIO LAURIANO DA CRUZ

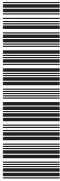
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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

Pag. 01849/01850 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16654004





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, 15 de Março de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210054287 Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do Acidente: 12/10/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois a entregue está incorreta.
--------------------------------	--

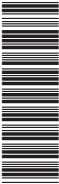
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01085/01086 - carta_03 - INVALIDEZ





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, 30 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210054287

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do Acidente: 12/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JANIO LAURIANO DA CRUZ

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

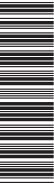
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16796566

Pag. 01421/01422 - carta_07 - INVALIDEZ





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, 14 de Junho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210164948 Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do Acidente: 12/10/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANIO LAURIANO DA CRUZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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

Pag. 01043/01044 - carta_02 - INVALIDEZ





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, 02 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210164948

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Data do Acidente: 12/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIO LAURIANO 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JANIO LAURIANO DA CRUZ

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002346

Conta: 0000032160-4

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 133344.354-40 4 - Nome completo da vítima: JOÃO FERSON VINÍCIUS SILVA CRUZ

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

5 - Nome completo: João Lauriano da Cruz 6 - CPF: 043876534-69
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Doutor Barreto 9 - Número: 46A 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Cambaúba 12 - Cidade: Moreno 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54800-000
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (81) 98716948

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)

AGÊNCIA: 0346 CONTA: 32160 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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) ☐ Divorçado ☐ 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 (valizar)? ☐ 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

Assinatura
do titular do
seguro ou do
beneficiário
ou do representante

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Conta 

2346 013 00032160-4



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/07/2023 14:01:48

Número do documento: 23070713523859500000134129063

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070713523859500000134129063>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2023 13:52:38

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: 13334435440 4 - Nome completo da vítima: JOÃO PERSOM VINÍCIUS SILVA CRUZ

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

5 - Nome completo: João Bauriano da Cruz 6 - CPF: 04387653469
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Doutor Barreto 9 - Número: 46A 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Cambaúba 12 - Cidade: Moreno 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54800-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98716948

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0346 CONTA: 32160 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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) ☐ Divorçado ☐ 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 (nascidos)? ☐ 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, Recife 04 de fevereiro de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

Conta 

2346 013 00032160-4

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

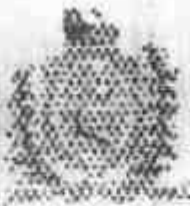
ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53





625423
Abel. 004 808 124
321054287

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 02ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO - DP2ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0111001027

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/10/2020 às 10:21

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado) que aconteceu no dia 12/10/2020 às 16:20

Local ocorrido no endereço: RUA DUQUE DE CAXAS, 4 - Bairro: - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 54800-000
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INVESTIGADOR (AUTOR AGENTE)
JAMO LAURIANO DA CRUZ (NOTICIANTE)
JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Indo na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO MORENO



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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JAMO LAURIANO DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo Masculino Mãe TEREZA SERAFIM DA CRUZ Pai JOAO LAURIANO CRUZ Data de Nascimento: 14/07/1991 Nacionalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6446056803FE (RG) 04387653469 (CPF) Estado Civil: AMARRADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: PORTUEIRO
Telefone Fixo: 35350610
Telefone Celular: 803697376

Endereço Residência: 1ª TRAVESSA DANTAS BARRETO, 46, BAIRRO DO CAMBONJE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CLUBE PALMEIRA

JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ (não presente ao plantão) - Sexo Masculino Mãe DANIELE FIDELIS FERRERA DA SILVA Pai JAMO LAURIANO DA CRUZ Data de Nascimento: 08/07/2012 Nacionalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO
Endereço Residência: 1ª TRAVESSA DANTAS BARRETO, 46, BAIRRO CAMBONJE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB300R Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: UNIDADE NÃO INFORMADA



Complementos / Observações

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR JAMBO LAURIANO DA CRUZ, COMUNICANDO QUE NO DIA 12/10/2020 POR VOLTA DAS 14:00HS FAZIA CAMINHADA COM O SEU FILHO (MENOR DE IDADE) JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ, PELA PE. 007 PROXIMO AO FERRO VELHO DE BARATA, DE REPENTE UMA MOTOCICLETA DE COR VERMELHA HONDA 300CC, PLACA NAO ANOTADA, ATROPELOU O SEU FILHO JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ, ONDE O MENOR FOI JOGADO A UMA SETE METROS DE DISTANCIA E CAIU EM UM PORTE DE CIMENTO, O MOTOCICLISTA EVADIU-SE DO LOCAL, PARA LUGAR INCERTO E NAO SABIDO, A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO - RECIFE - PE. COM FRATURA NA PERNA DIREITA, FEMUR, TIBIA E FIBULA, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA E ENCONTRA-SE INTERNADO NO HOSPITAL DA RESTAURACAO ATÉ O DIA DE HOJE, SEM PREVISÃO DE ALTA, OBS: SEGUNDO O NOTICIANTE (JAMBO LAURIANO DA CRUZ) SOUBE ATRAVES DE POPULARES QUE O SUSPEITO DE ATROPELAR O SEU FILHO JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ, É UMA PESSOA CONHECIDA POR VALDIR QUE TEM RESIDENCIA PROXIMO AO RIO DE SALU (ENGENHO) NO MUNICIPIO DE MORENO - PE. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

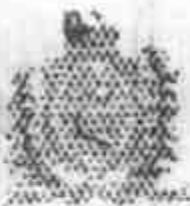
Assinatura da(s) pessoa(s) presente: nesta unidade: policial

Jambo Lauriano da Cruz
JAMBO LAURIANO DA CRUZ
(NOTICIANTE)

R. Barbosa Patriota

B.U., registrado por: ROMERO BARBOSA PATRIOTA - Matrícula 384028-3
(Liberado em 14/10/2020 às 10:52)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 02ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO - DP21ª CIRC DIM/6ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0111001027

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/10/2020 às 10:21

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado) que aconteceu no dia 12/10/2020 às 16:20

Foto ocorrido no endereço: RUA DUQUE DE CAXAS, 4 - Bairro: - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 54800-009
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INVESTIGADOR (AUTOR AGENTE)
JUNIO LAURIANO DA CRUZ (NOTICIANTE)
JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (tipo de viação da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO MORENO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvido(s)

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo Masculino Nacionalidade: NAD INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JUNIO LAURIANO DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo Masculino Mãe: TEREZA SERAFIM DA CRUZ Pai: JOAO LAURIANO CRUZ Data de Nascimento: 14/01/1991 Nacionalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 64460569DSPE (RG): 0438765346D (CPF) Estado Civil: AMARRADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: PORTEIRO
Telefone Fixo: 35350810
Telefone Celular: 993657378

Endereço Residência: 1ª TRAVESSA DANTAS BARRETO, 46, BARRIO DO CAMBONJE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CLUBE PALMEIRA

JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ (não presente ao plantão) - Sexo Masculino Mãe: DANIELE FIDELIS FERRERA DA SILVA Pai: JUNIO LAURIANO DA CRUZ Data de Nascimento: 30/02/1992 Nacionalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Endereço Residência: 1ª TRAVESSA DANTAS BARRETO, 46, BARRIO DO CAMBONJE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a)

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB300R Objeto apreendido: NAO

Cnr: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complementos / Observações

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR JAMBO LAURIANO DA CRUZ, COMUNICANDO QUE NO DIA 15/05/2020 POR VOLTA DAS 14:00HS FAZIA CAMINHADA COM O SEU FILHO (MENOR DE IDADE) JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ, PELA PE. 007 PROXIMO AO FERRO VELHO DE BARATA, DE REPENTE UMA MOTOCICLETA DE COR VERMELHA HONDA 200CC, PLACA NÃO ANOTADA, ATROPELOU O SEU FILHO JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ, ONDE O MENOR FOI JOGADO A UMA SETE METROS DE DISTANCIA E BATEU EM UM PONTE DE CIMENTO, O MOTOCICLISTA EVADIU-SE DO LOCAL, PARA LUGAR INCERTO E NÃO SABIDO, A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO - RECIFE - PE. COM FRATURA NA PERNA DIREITA, FEMUR, TIBIA E FIBULA, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA E ENCONTRA-SE INTERNADO NO HOSPITAL DA RESTAURACAO ATÉ O DIA DE HOJE, SEM PREVISÃO DE ALTA, OBS: SEGUNDO O NOTICIANTE (JAMBO LAURIANO DA CRUZ) SOUBE ATRAVES DE POPULARES QUE O SUSPEITO DE ATROPELAI O SEU FILHO JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ, E UMA PESSOA CONHECIDA POR VALDIR QUE TEM RESIDENCIA PROXIMO AO RIO DE SALU (ENGENHO) NO MUNICIPIO DE MORENO - PE. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Jambo Lauriano da Cruz
JAMBO LAURIANO DA CRUZ
(NOTICIANTE)

R. B. Barbosa Patriota

H.13, registrado por: ROMERO BARBOSA PATRIOTA - Matrícula: 381028-3
(Liberado em 14/10/2020 às 10:52)

POLICIA CIVIL DE ARNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE MORENO
21ª CIRCUNSCRIÇÃO

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: 133344.354-40 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Vinicius Silva Cruz

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

5 - Nome completo: Jânio Lauriano da Cruz 6 - CPF: 043876534-69
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 46A 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Cambaúso 12 - Cidade: Moreno 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54800-000
15 - E-mail: 16 - Tel/(DDD): (81) 98716948

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)

AGÊNCIA: 2346 CONTA: 32160 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vivo/nascido)? ☐ 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 provirem 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, Recife 09 de fevereiro de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 13334435440 4 - Nome completo da vítima: JOÃO PERSOM VINÍCIUS SILVA CRUZ

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

5 - Nome completo: João Bauriano da Cruz 6 - CPF: 04387653469
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Doutor Barreto 9 - Número: 46A 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Cambaúba 12 - Cidade: Moreno 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54800-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98716948

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0346 ☐ CONTA: 32160 ☒

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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) ☐ Divorçado ☐ 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) (nascidos)? ☐ 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, Recife 04 de fevereiro de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

Conta 

2346 013 00032160-4

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:23:53





CERTIDÃO DE NASCIMENTO

MATRÍCULA

0766380155 2012 1 00105 175 0045795 03

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DIA MÊS ANO

Trinta de abril de dois mil e nove

30	04	2012
----	----	------

HORA

MUNICIPIO DE NASCIMENTO/UF

13hs, e10min.

Moreno - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

Moreno - PE

Sociedade Beneficente Santa Terezinha, Moreno- PE.	masculino
--	-----------

masculino

FILIACÃO

Jânio Lauriano da Cruz e Danielle Priscila Ferreira da Silva

AVÓS

Avós Paternos: João Lauriano Cruz e Tereza Serafini da Cruz
Avós Maternos: Antenor Ferreira da Silva e Corina Dias da Silva

63,150

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEOS

00

000

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO VIVO

Quatro de maio de dois mil e doze

30-56840442-6

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

Ato Registrado no livro A- 105, fls.175, termo de nº 45795, RCPN MORENO - PE

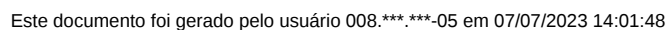
NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO REGISTRO CIVIL
DA COMARCA DE MORENO - PE.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fê.
Moreno, 04 de maio de 2012

OFICIAL REGISTRADOR: EDILENE QUEIROZ COSTA

ENDEREÇO: RUA Dr. Cipriano de Moura, nº 497,
Liberdade, Moreno-PE. Fone: 081- 35354401

Edilene Queiroz Costa
Oficiala em Exercício



Número do documento: 23070713523859500000134129063

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070713523859500000134129063>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2023 13:52:38

Form with multiple checkboxes for administrative tracking, organized in three columns.



DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO



Postagem: 05/06/2020
Vencimento: 15/06/2020



CTC RECIFE PE PL1
ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
RUA APULEU VIEIRA 113
VÁRZEA - RECIFE - PE
50810-370



7009425998	12/2020
16/12/2020	08/01/2021
	21.32

21.37

Num. 137319713 - Pág. 43

CELPE

PAGOS DEL CLIENTE

JANIO LAURIANO DA CRUZ

CHF 642 271 534-69

CLASSIFICAÇÃO
 IN RESIDENDIA
 RESIDENDIA
 Manifesta

135174558 UNCA 08/12/2012

[illegible]

08/13/2025 | 2011047326 | 1947408

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 1 DANTAS BARRETO 45 A

CAMBIO-GERMORENO
MORENO PE
54800-000

7009425898 12/2020

16/12/2020 08/01/2021

21.32

	CANTIDAD	PRECIO (R)	VALOR (R)
Consumo Abog(WW)-TUSO	33,0000000	0,3468156	10,40
Consumo Abog(WW)-TE	50,0000000	1,2666000	8,00
Acrescimo Bandera VERDE Luján			0,00
Contrib. Lim. Pablica Municipal			1,23

TOTAL DA FATURA

Nº DO BIBLIOTECA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIA	CONSTATO	AJUSTE	CONSIDERAR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
2014/10/10	CLT	2014/10/10	10:30	2014/10/10	14:30	30	12000		1,00

Edad	Porcentaje
18-20	14.2%
21-25	12.1%
26-30	9.2%
31-35	10.7%
36-40	10.7%
41-45	10.7%
46-50	10.7%
51-55	10.7%
56-60	10.7%
61-65	10.7%
66-70	10.7%

2002年12月15日

Figura 10. Perfil de risco de morte devido à gripe A/H1N1. O gráfico apresenta o resultado da análise de risco de morte devido à gripe A/H1N1, considerando a combinação de fatores de risco. O eixo horizontal representa o risco de morte, variando de 0 a 100. O eixo vertical representa a combinação de fatores de risco, variando de 1 a 10. O gráfico mostra que o risco de morte aumenta significativamente com a combinação de fatores de risco, especialmente para indivíduos com idade superior a 65 anos, com comorbidades e que não receberam tratamento adequado.

ATTENTION: IL S'AGIT D'UN PRODUIT NON VERIFICATO. PER INFORMAZIONI E PER IL PRELIEVO, CONTATTARE IL SERVIZIO CLIENTI AL 02-76000111.

2019-2020 FISCAL YEAR BUDGETARY ESTIMATES ON LEASING COSTS				
YEARS ENDING	Operating Leases	Total	Variable Leases	Operating Leases
2019-2020	\$1,315	\$1,315	\$1,315	\$1,315

[illegible]

MATERIAL	TENSÃO NOMINAL (MPa)	LARGURA (mm)		LARGURA (mm)	
		INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL
200	277	277	277	277	277
200	277	277	277	277	277
200	277	277	277	277	277



DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

clubede
saúde



Postagem: 08/06/2020
Versamento: 15-06-2020

CTC RECIFE PE PL1
ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
RUA APULEU VIEIRA,113
VÁRZEA - RECIFE - PE
50810-370



1581681248762-0000000-898300492



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Antônio Vitoriano da Costa Neto

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 817.008.064/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Lauriano da Cruz

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.876.534-69

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima Jefferson Vinicius Silva Cruz

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.344.354/40, 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>Rua Apuleu Freire</u>	Número: <u>113</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Várzea</u>	Cidade: <u>Recife</u>	CEP: <u>50810-370</u>
E-mail: _____	Estado: <u>PE</u>	Tel (DDD): <u>(81) 987169468</u>

Local e Data:

Recife 09 de Fevereiro de 2021

Antônio V. Costa Neto

Assinatura do Declarante

DLR01.001 V001/2017

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06** | **Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Juliana Vitoriano da Costa Neto

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 817.008.064/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Lourenço da Cruz

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.876.534-69

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez

da Vítima Jefferson Vitoriano Silva Cruz

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.344.354/40, 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>Rua Apuleu Freire</u>	Número: <u>113</u>	Complemento: <u>Coro</u>
Bairro: <u>Várzea</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>50810-370</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 987169468</u>

Local e Data:

Recife 09 de Fevereiro de 2021

Juliana V. Costa Neto
Assinatura do Declarante

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1616960/2020.

NOME: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ.

Foi atendido às 17h40 do dia 12.10.2020.

Diagnóstico provável: Politrauma. (Atropelamento por moto)
Fratura exposta de ossos da perna direita + fratura
fechada de fêmur direito
Pericrânio contuso em pavilhão auricular (E)
e periorbital (E). TCE (HSA Temporal e edema
cerebral) Trauma torácico. Trauma abdominal

Tratamento realizado:

Limpeza cirúrgica + fixação externa de fratura
de osso de perna (D) e fêmur (D)
Sutura do Pericrânio
Drenagem torácica e direita
Exames complementares
Trat. de suporte clínico

Obs. Alta em 23.10.2020

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 06.01.2021

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Silva
Médico do SAMU
CRM: 11774

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1737184 Nelrocinqui
Nome: Jefferson Lucas S. Cruz
Foi atendido às 17:40 hs. do dia 12/10/20
Diagnóstico Provável: TCE leve + HSA trun-
cação. (concomitante)

Tratamento Realizado: Suporte clínico +
medicação clínica de resuscitação
de TCE

Observação: Atenção aos sinais de
pirose menor

Cópia de: _____

Médico - CRM Nº _____

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.

Cód. 0157



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento :

1737184

Neurocirurgião

Nome :

Jefferson Lucas S. Amorim

Foi atendido às

17:40 hs. do dia 12/10/20

Diagnóstico Provável :

TCE leve + HSA tra-
matizada. (Concussão)

Tratamento Realizado :

Suporte clínico +
medicação clínica de emergência
de PIC

Observação :

Atendimento aos Gêmeos de
primos Menelões

Cópia de :

Médico - CRM Nº

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.

Cód. 0157

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1237189

Nome : JOSE FLORES MACIEL JUNIOR

Foi atendido às 10:30hs. do dia 09/12/2020

Diagnóstico Provável : _____

Interno de

Furto de Almo.

filosofo extorção. Roubo

Tratamento Realizado : _____

do médico de
ortopedia

Observação : _____

Cópia de : _____

Abraham Ferreira
RG 13027411
Médico - CRM Nº

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.

Cód. 0157

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1673339 1733189

Nome: Jefferson Vinícius Silva Luz

Foi atendido às 18:38 hs. do dia 17 / 03 / 2021

Diagnóstico Provável:

Fratura de fêmur direito

Tratamento Realizado:

Tratamento cirúrgico realizado em 17/03/2021
por Dr. Felipe Monte, com placa LCP 4,5

Alta do traumatologista em 19/03/2021

Observação: Retorno ao ambulatório de Dr.
Felipe Monte após 15 dias

Cópia de:

Dr. Leonardo Holanda
Traumatologista - Ortopedia
CREMEPE 29406

Médico - CRM Nº

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.

Cód. 0157







CENTRO DIAGNÓSTICO DE PERNAMBUCO

RECEITUÁRIO

Declaro para devido fim
que o paciente Jefferson Vímicius
Silva Cruz, vítima de acidente
de trânsito dia 12 de outubro
de 2020, passou por duas
cirurgias para correção de
fraturas do corpo da perna D,
com pequenas parmanente,
sendo dificuldade na marcha
com redução de força em
40% no MTD.

Dr. Jefferson
Cruz
1981/06/12

Nossas Endereços:

Av. Armindo Moura, 544 - Ponta Larga - Jaboatão - PE - Fones: (81) 3342.9381 / 3093.2381
Rua Felício Barros de Madeiros, 4260 - Piedade - Jaboatão - PE - Fones: (81) 3468.4242 / 3093.4442
Av. Jean Emile Favre, 1310 - Ipió - Recife - PE - Fones: (81) 3037.6880 / 3125.5823
Av. Caxangá, 3389 - Ipuinga - Recife - PE - Fones: (81) 3453.4436 / 3453.4783
Av. Dr. José A. Moreira, 975 - Casa Caiada - Olinda - PE - Fones: (81) 3432.1059 / 3011.1059
Av. Hist. Pereira da Costa, 542 - Centro - Cabo - PE - Fones: (81) 3518.3076 / 3521.0570
Rua João Pessoa, 110 - Gravatá - PE - Fone: (81) 3533.4371



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***-05 em 07/07/2023 14:01:48

Número do documento: 23070713523859500000134129063

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070713523859500000134129063>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2023 13:52:38



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1616960/2020.

NOME: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ.

Foi atendido às 17h40 do dia 12.10.2020.

Diagnóstico provável: Politrauma. (Atropelamento por moto)
Maturação exposta de ossos da perna direita + fratura
fechada de fêmur direito
Pericrânio contuso em pavilhão auricular (E)
e periorbital (E). TCE (HSA temporal e edema
cerebral) Trauma torácico. Trauma abdominal

Tratamento realizado:

Limpeza cirúrgica + fixação externa de fratura
de osso de perna (D) e fêmur (D)
Sutura do Pericrânio
Drenagem torácica e direita
Exames complementares
Trat. de suporte clínico

Obs.

Alta em 23.10.2020

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 06.01.2021

SES - Hospital de Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do Trabalho
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1737184 Neurocirurgião

Nome: Jefferson Juncos S. Cruz

Foi atendido às 17:40 hs. do dia 12/10/20

Diagnóstico Provável: TCE leve + HSA tme.
malha (concomitante)

Tratamento Realizado: Suporte clínico +
medicação clínica de resgate
de PIC

Observação: Atenção aos sinais de
piem Neurologia

Cópia de:

Médico - CRM Nº

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.

Cód. 0157



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento :

1737184

Neurocirurgião

Nome :

Jefferson Lucas S. Amorim

Foi atendido às

17:40 hs. do dia 12/10/20

Diagnóstico Provável :

TCE leve + HSA tra-
matizada. (Concussão)

Tratamento Realizado :

Suporte clínico +
medicação clínica de emergência
de PIC

Observação :

Atendimento aos Gêmeos de
primos Meneliques

Cópia de :

Médico - CRM Nº

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.

Cód. 0157

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1237189

Nome: JOÃO FERNANDES MACIEL JUNIOR

Foi atendido às 10:30hs. do dia 09, 12, 2020

Diagnóstico Provável: _____

Intenção de

curativo de alto.

filosofo extenso. Poder

Tratamento Realizado: _____

do médico de
ortopedia

Observação: _____

Cópia de: _____

Avraham Ferreira
NOT 13000 / SBCOC
CRM 17211
Médico - CRM Nº

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.

Cód. 0157



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1673339
N: 1737189

Nome: Jefferson Vinícius Silva Lima

Foi atendido às 18:38 hs. do dia 17 / 03 / 2021

Diagnóstico Provável:

Fratura de fêmur direito

Tratamento Realizado:

Tratamento cirúrgico realizado em 17/03/2021
por Dr Felipe Monte, com placa LCP 9,5

Alta do traumatologista em 19/03/2021

Observação: Retorno ao ambulatório de Dr
Felipe Monte após 15 dias

Cópia de:

Dr Leonardo Holanda
Traumatologista Ortopedista
CREMEPE 29406

Médico - CRM Nº

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.

Cód. 0157

ASL-004/2023
Juliana Lima 0007
08/06/2023 13:22:45

ASL-004/2023
Juliana Lima 0007
08/06/2023 13:22:45

ASL-004/2023
Juliana Lima 0007
08/06/2023 13:22:45

ASL-004/2023
Juliana Lima 0007
08/06/2023 13:22:45

ASL-004/2023
Juliana Lima 0007
08/06/2023 13:22:45

ASL-004/2023
Juliana Lima 0007
08/06/2023 13:22:45

ASL-004/2023
Juliana Lima 0007
08/06/2023 13:22:45

ASL-004/2023
Juliana Lima 0007
08/06/2023 13:22:45



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DA JUSTICA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

PE

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO



RG IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

4416464 889 PE

CNPJ

117.888.884-91

DATA NASCIMENTO

02/08/1972

PLACAO

STILBERTO VALERIANO DA COSTA

MULHER MARIA DA SILVA COSTA

ESTADO

PERNAMBUCO

SEX

M

CAT. HAB.

0

Nº IDENTIFICACAO

04324080986

VALIDADEZ

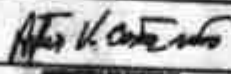
30/09/2022

1ª EMISSAO

26/02/2008

OBSERVAÇÕES

N/A



ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSAO

30/10/2017



Carlos Frederico Soares Ribeiro

Secretario Presidente

30390611474

20041430320

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1487430708

PROTEÇÃO PLÁSTICA

1487430708