

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1676538261

PROIBIDO PLASTIFICAR
1676538261

ACMPE

JANIO LAURIANO DA CRUZ

END. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6446056 RDE PE

CPF DATA NASCIMENTO
043.876.334-69 14/03/1981

RELACAO
JONIO LAURIANO CRUZ
TEREZA SEMAFIM DA CRUZ

PERMISSAO
CONDICIONADA PLACADO EM

Nº REGISTRO VALOR DATA EXATIDAO
03784540453 08/06/2023 13/03/2006

OBSERVAÇÕES
FAR

Janio Lauriano da Cruz
ASSINATURA DO PREENCHE

LOCAL DATA EMISSAO
JARDOTAO DOS GUARARAPES, PE 11/06/2016

[Assinatura]
Chefe Antonio Souta Ribeiro
Assessor Presidente
25016964661
PZDR4074635

PERNAMBUCO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

133.344.354-40

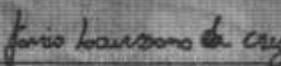
Nome

JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Nascimento

30/04/2012

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	NOME JANIO LAURIANO DA CRUZ	
	DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF 5448055 SDBS PE	
	CPF 043.876.534-69	DATA NASCIMENTO 14/03/1981
	RESIDÊNCIA JOSÉ LAURIANO CRUZ	
1676538261	TÍTULO ELEITORAL TERESA SERAFIM DA CRUZ	
	PERMISSÃO PROVISÓRIA	TIPO PROVISÓRIA
	CAT. HABIL AB	
	Nº REGISTRO 05784664053	DATA DE 08/06/2023
DATA DE 13/02/2006		
OBSERVAÇÕES KAR		
ASSINATURA  ASSINATURA DO CANDIDATO		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1676538261	LOCAL JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE	
	DATA EMISSÃO 11/06/2023	
	Assinatura do Presidente da Comissão Eleitoral 25014964661 PE046074853	
	ASSINATURA DO CANDIDATO PERNAMBUCO	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CAMÉLIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



SOB. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
442644 887 PE

CPF
817.088.064-91

DATA NASCIMENTO
02/05/1972

PLACAO
GILBERTO VALENTIANO DA
COSTA
HELENA MARIA DA SILVA
COSTA

PROFISSÃO
ENFERMEIRO

CAT. HAB.
D

IP ADRETECO
04324080986

VALIDADE
30/09/2022

1ª EMISSÃO
26/03/2008

OBSERVAÇÕES
N/A

Assinatura de Artur V. Costa Neto

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
30/10/2017

Assinatura de Carlos Anderson Soares Ribeiro
Diretor Presidente

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1487430708

PROMISSO PLASTIFICAR
1487430708

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:25:15

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:25:15

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:25:15

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:25:15

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:25:15



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
133.344.354-40

Nome

JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

Nascimento
30/04/2012

VALDO 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. Nexos 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 17.742

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047808/21

Vítima: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

CPF: 133.344.354-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON VINICIUS
SILVA CRUZ

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

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

Accounting for public provision

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

Permanente des Selbstschutzes

Costa da subcomenda:

CPI da Alemanha

CVI des Individen:

Tel. cellular: 81,993657378
 2118 2118
 No. Commercial: ()

1

1

Vol. 1, Buchnummer: 8

☐ **DADOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)**

AL INVALIDEZ PERMANENTE

MONTE

☐ DISCORDO DA NEGATIVA☐ De acordo do valor recebido

16 DISCORSO DA EXISTÊNCIA DE DOCUMENTOS

[illegible]

519

☐ SIM[illegible]

Novos documentos médicos

□

☐ **Reduzieren die Druckkosten**☐ **Water** Available in **imperial** units☐ **Order**[illegible]

ME CAMPO ABERTO DE PÉDREGAL. SÃO COMUM A JUSTIÇA E A UM CRISTIANISMO

120239 07.06.2021

Local e Distant

Assim bom como da Cruz

Electromagnetic

Confronto dei percorsi dei padri del Sud, connessi a formulazioni, azioni e strategie per ottenere un consenso intorno alle rivendicazioni dei lavoratori, con i loro percorsi dei lavoratori (D'Amico).

phosphorylation within the cytosol, and the subsequent phosphorylation of the protein in the ER.

2. recomendaro nomos eorofas unidos de se confiamos, afilados, como e cois, para promover e manter a liberdade e a paz publicas e a paz regida

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.

Data do acidente: 12/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

CPF de: Próprio

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

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 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.

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 término 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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 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.

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 término 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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 SEGUINTE 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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) TV1 Doutor Barreto nº 46A

Complemento Casa, Bairro Combante Cidade Moreno

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 SDS-AF
Em 11/06/2016 inscrito no CPF sob o nº 043.876.534-69,
Residente na (Rua/ Avenida) TV1 Doutor Barreto nº 46A
Complemento Casa, Bairro Combante Cidade Merão
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

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

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

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.

Data do acidente: 12/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ

CPF de: Próprio

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

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

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



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

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

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 Bauriano da Cruz 6 - CPF: 043876534-69
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: Av. Doutor Barreto 9 - Número: 46A 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Cambojó 12 - Cidade: Marema 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\$1.000,00 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) ☐ 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 (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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

Conta 

2346 013 00032160-4

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: Joilson 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: Joilson bauriano da Cruz 6 - CPF: 043876534-69
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: 2346 CONTA: 32160 4 AGÊNCIA: CONTA: (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 (vivas)? ☐ 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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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. 0017 808121
3210054 287

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 02ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO - DP21ªCIRC 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

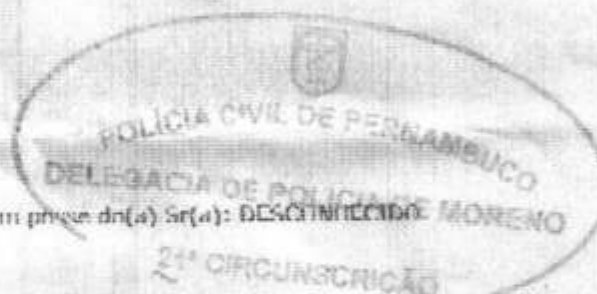
Fato ocorrido no endereço: **RUA DUQUE DE CAXIAS, 1 - Bairro: - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 54800-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
JANIO LAURIANO DA CRUZ (NOTICIANTE)
JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

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

JANIO LAURIANO DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZA SERAFIM DA CRUZ Pai: JOAO LAURIANO CRUZ Data de Nascimento: 14/07/1981 Naturalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 64460568DS/PE (RG) - 04387653469 (CPF) Estado Civil: AMARADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: PORTEIRO

Telefones Fixos:

- 35350610

Telefones Celulares:

- 993697378

Endereço Residencial: **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 FERRAZ FERRERA DA SILVA Pai: JANIO LAURIANO DA CRUZ Data de Nascimento: 30/04/2012 Naturalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Endereço Residencial: **1ª TRAVESSA DANTAS BARRETO, 46, BAIRRO DO 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**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complementos / Observações

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR JANI LAURIANO DA CRUZ, COMUNICANDO QUE NO DIA 12/10/2020 POR VOLTA DAS 14:20HS 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 POSTE 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 (JANI 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

Jani Lauriano da Cruz
JANI LAURIANO DA CRUZ
(NOTICIANTE)

R. Barbosa Patriota

B.O. registrado por: ROMERO BARBOSA PATRIOTA - Matrícula 381026-3
(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 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO - DP21ªCIRC DIM/5ªDESEC

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

Fato ocorrido no endereço: **RUA DUQUE DE CAXAS, 4 - Bairro: - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 54000-000**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

UF-SOCORRIMENTO (AUTOR/AGENTE)
JANIO LAURIANO DA CRUZ (NOTICIANTE)
JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Veículo na ocorrência 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: NAD INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JANIO LAURIANO DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZA SERAFIM DA CRUZ Pai: JOAO LAURIANO CRUZ Data de Nascimento: 14/3/1981 Nacionalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 6446056/SD/SPE (RG) - 04387653469 (CPF) Estado Civil: AMARRADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: PORTEIRO

Telefones Fixos:
- 35350619
Telefones Celulares:
- 893697378

Endereço Residencial: **1ª TRAVESSA DANTAS BARRETOES, 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 FRISCOLA FERREIRA DA SILVA Pai: JANIO LAURIANO DA CRUZ Data de Nascimento: 30/4/2012 Nacionalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Endereço Residencial: **1ª TRAVESSA DANTAS BARRETOES, 46, BAIRRO 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: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complementos / Observações

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR JANI LAURIANO DA CRUZ, COMUNICANDO QUE NO DIA 13/05/2020 POR VOLTA DAS 14:20HS 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 BATEU EM UM POSTE 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 FRATURA, 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 (JANI LAURIANO DA CRUZ) SOUBE ATRAVES DE POPULARES QUE O SUSPEITO DE ATROPELAR O SEU FILHO JEFFERSON VINICIUS SILVA CRUZ, E UMA PESSOA CONHECIDA POR VALDIR QUE TEM RESIDENCIA PROXIMO AO RIO DE SALU (ENGENHO) NO MUNICIPIO MDE MORENO - PE. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Jani Lauriano da Cruz
JANI LAURIANO DA CRUZ
(NOTICIANTE)

R. B. Barbosa Patriota

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

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
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: João Ferson 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: João Bauriano da Cruz 6 - CPF: 043876534-69
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: Av. Doutor Barreto 9 - Número: 46A 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Camboimbo 12 - Cidade: Marema 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:

☐ RECURSO 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 (as)? ☐ 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
de quem
assinou
o pedido
em nome
do beneficiário
não alfabetizado

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)

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 Bauriano da Cruz 6 - CPF: 043876534-69
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 AGÊNCIA: CONTA:

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 (vivas)? ☐ 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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

NOME
JEFFERSON VINÍCIUS SILVA CRUZ

MATRÍCULA
0766380155 2012 1 00105 175 0045795 03

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DIA MÊS ANO

Trinta de abril de dois mil e doze

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

HORA

MUNICÍPIO 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

FILIAÇÃO

Jânio Lauriano da Cruz e Danielle Priscila Ferreira da Silva

AVÒS

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

GEMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

00

[illegible]

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

Quatro de maio de dois mil e doze

30-56840442-6

OBSERVAÇÕES/A VERBACÕES

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.

OFICIAL REGISTRADOR: EDILENE QUEIROZ COSTA

ENDEREÇO: RUA Dr. Cipriano de Moura, nº 497.

Liberdade, Moreno-PE., Fone: 081- 35354401

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Moreno, 04 de maio de 2012

Edilene Queiroz Costa
Oficiala em Exercício



Edilene Queiroz Costa
Oficiala em Exercício.

DATAMON ARQUIVO 05/06/2020 10:54:20

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐



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



7208148126899210000000189830010610

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CPF 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005643-03 | www.celpe.com.br

TV 1 DANTAS BARRETO 46 A

CAMBONGE/MORENO
MORENO PE
54800-000

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

135174508	ENCA	09/12/2020
09/12/2020	2011647309	1947400

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSO	30,0000000	0,34088156	10,40
Consumo Ativo(kWh)-TE	30,0000000	0,26666005	8,00
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,80
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,23

2132

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3101615802	CAT	08/11/2020	51,00	08/11/2020	54,00	30	1,0000		3,00

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

MISSÃO 10%

PERÍODO	MISSÃO 10%	ICMS	PIS	COPINS	VALOR DO IMPOSTO
DEC 30	100				
NOV 30	100				
OUT 30	100				
SET 30	100				
AGO 30	100				
JUL 30	100				
JUN 30	100				
MAI 30	100				
ABR 30	100				
MAR 30	100				
FEV 30	100				
JAN 30	100				
DEC 19	100				

Faltando pelo menos de base - Custo de Dependência, Artigo 66, Resolução ANEEL 414/2010.

Consumo Ativo/AMPS-TELU
 Consumo Ativo/AMPS-TE

0,3239000
 0,2511800

2EE7 AE01 DCD5 3ADC C788 BA9F 40BA 961D

[illegible]

For more information, contact the author at
47-0223 CL, or fax at 970-640-
4411. You can also contact the publisher at
970-640-4411. For more information, see the
author's website at www.rain.com.

Version	Orçamento	Valor	Version	Orçamento	Valor
16/01/2010	06/12/09	21,20	16/01/09	10/08/09	19,77

Este comunicado não constitui aviso de oferta pública de TAC comprada através de negociação judicial. Deve o interessado no fornecimento persistir por dois ciclos de loteamento, podendo ser o empreendimento ou contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios previstos no Art. 2º RDC e no item 1.º. Porém, para ter acesso ao cadastro, basta entrar em contato com o responsável de cadastro RDC e/ou TAC.

TENSÃO DE TRACÇÃO (N)					TENSÃO DE COMpressão (N)		
CONCRETO	TENSÃO DE TRACÇÃO (N)	TENSÃO DE COMpressão (N)	TENSÃO DE TRACÇÃO (N)	TENSÃO DE COMpressão (N)	TENSÃO DE TRACÇÃO (N)		
					TRACÇÃO	COMpressão	
CONCRETO	0,11	5,07	18,15	20,30	202	231	
FE	1,30	3,30	8,60	13,20			
CONCRETO	0,11	2,86	0,30	0,60			

**CELPE**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-907
CPF 10.835.932/0001-06 | Ins. Est. 0059843-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JANIO LAURIANO DA CRUZ

CPF 043.876.534-09

CLASSIFICAÇÃO

91 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásica

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 1 DANTAS BARRETO 46 A

CAMBONGE/MORENO
MORENO PE
54800-000

135174560 UNICA 09/12/2020

08/12/2020 2011847209 1647400

7009425888 12/2020

16/12/2020 08/01/2021

21,32

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO	30,0000000	0,34686158	10,40
Consumo Ativo(MWh)-TE	30,0000000	0,26966005	8,09
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,80
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,23

TOTAL DA FATURA

21,32

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWh)
219141588	CAT	09/12/2020	51,00	09/12/2020	84,00	30	1,0000		1,00

Mês/Ano		RATÃO DE CÁLCULO			%	VALOR DO IMPOSTO	Folha de pagamento de Imposto - Cotas de Disponibilidade, Artigo 88, Resolução ANEEL 414/2010						
DEZ 20	NOV 20	OUT 20	SET 20	AGO 20	JUL 20	JUN 20		MAR 20	ABR 20	MAR 20	FEV 20	JAN 20	DEZ 19
		ICMS		18,00	1,21	0,23							
		PIS		18,00	0,83	1,67							
		COFINS											
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T.LSO													
Consumo Ativo(MWh)-TE													
Consumo Ativo(MWh)-T													



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



clubede
saúde



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

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

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



*2782485268992*000000018983004062*

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

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

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

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

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/BIBLIOTECASWEB/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
Júlio 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>Verzeze</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
Antônio V. Costa Neto
 Assinatura do Declarante

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Artur 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 Apuleio Freire</u>	Número: <u>113</u>	Complemento: <u>Casa</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

Artur V. Costa Neto
Assinatura do Declarante



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)
fratura exposta de ossos da perna direita + fratura
fechada de fêmur direito
ferimento 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 ferimento
draenagem 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 Serra
Médico do SAME
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: 1737984 Neurocirurgião

Nome: Jefferson Lucas S. Cruz

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

Diagnóstico Provável: TCE leve + HSA trun-
calear. (concomitante)

Tratamento Realizado: Suporte clínico +
medicamentos de suporte
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. (Comunicação)

Tratamento Realizado :

Suporte clínico +
medicação clínica de suporte
de PIC

Observação :

Atenção aos sinais de
fome. Monitoragem

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 FORTES VASCONCELOS

Foi atendido às 10:30hs. do dia 09/12/2010

Diagnóstico Provável : _____

Interno de

Furto de R\$ 11,00.

Fluxo extenso. For

Tratamento Realizado : _____

→ do médico de
ortopedia

Observação : _____

Cópia de : _____

Avraham Ferreira
NOT 13088 / SBCOC
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.

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1672339 R = 1737189

Nome : Jefferson Vinícius Silva Luz

Foi atendido às 18:38 hs. do dia 12 / 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 de traumatologia em 19/03/2021

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

Cópia de :

Dr. Leonardo Holanda
Traumatologia/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.

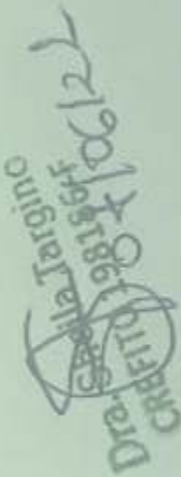
Cód. 0157





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 conexão de
membros do corpo da perna D,
com sequelas permanentes,
tendo dificuldade na manobra
com redução de força em
40% no MTD.


Dra. ~~Gabriel Trindade~~
CRED: 198196F

Nossos Endereços:

Av. Armindo Moura, 544 - Porta Larga - Jaboatão - PE - Fones: (81) 3342.9381 / 3093.2381
Rua Felício Barros de Medeiros, 4260 - Piedade - Jaboatão - PE - Fones: (81) 3468.4242 / 3093.4442
Av. Jean Emile Favre, 1310 - Ipsep - Recife - PE - Fones: (81) 3037.5880 / 3125.5823
Av. Caxangá, 3389 - Iputinga - Recife - PE - Fones: (81) 3453.4436 / 3453.4783
Av. Dr. José A. Moreira, 975 - Casa Calada - 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



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)
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 Serra
Médico do SAME
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: 1737984 Neurocirurgia

Nome: Jefferson Lucas S. Cruz

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

Diagnóstico Provável: TCE leve + HSA traseira.
materna. (concomitante)

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

Observação: Atenção aos sinais de
piemia Neurológica

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 intracranial. (Concomitante)

Tratamento Realizado :

Suporte clínico +
medicação clínica de suporte
de PIC

Observação :

Aterisco aos Gêmeos de
primos Menelógenes

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.

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1237189

Nome : JOSE FORTES MACIEL CUNHA

Foi atendido às 10:30hs. do dia 09/12/2010

Diagnóstico Provável : _____

Interno de

Surto de Aids.

filosofo extenso. Por

Tratamento Realizado : _____

→ do médico de
ortopedia

Observação : _____

Cópia de : _____

Avraham Ferreira
ROT 13058 / SBCOC
CRM 17411
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.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1673339

R = 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 4,5

Alta de traumatologia em 19/03/2021

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

Cópia de:

Dr. Leonardo Holanda
Traumatologia/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

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:22:45

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:22:45

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:22:45

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:22:45

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:22:45

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:22:45

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:22:45

ASL-0047808/21
juliana.luna.0007
08/06/2021 14:22:45

PE

HOME
ARTUR VALÉRIO DA COSTA NETO

DOE IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4414444 RSP PE

CPF
817.088.064-51

DATA NASCIMENTO
02/05/1972

PLACÃO
GILBERTO VALÉRIO DA COSTA
HELENA MARIA DA SILVA COSTA

PERMISSÃO
RECONHECIMENTO

AGE
RECONHECIMENTO

CAT. HAB.
D

Nº REGISTRO
04324080986

VALIDADE
30/09/2022

1ª VALIDADE
26/03/2008

OBSERVAÇÕES
NAR

Artur V. Costa Neto
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
30/10/2017

Charles André de Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

30394611474
78021438335

PERNAMBUCO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1487430708

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487430708

DE ACORDO COM A LEI Nº 11.340 DE 29 DE ABRIL DE 2006