



Número: **0072704-76.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (AUTOR)	ROMICEDES SILVESTRE TOME (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
93322 974	19/11/2021 16:32	<a href="#">2772230_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_TA_INST_01</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 22<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B**

Processo: 00727047620208172001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, já devidamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, por meio de seus advogados que esta subscreve, vem à presença de V. Exceléncia, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT** promovida por **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**, opor

**EMBARGOS DE DECLARAÇÃO**

Ante os fundamentos a seguir:

**DA SÍNTESE DOS FATOS E DA OMISSÃO NA DECISÃO PROFERIDA:**

Com a mais a respeitosa vénia, assim o fazendo, afigura-se a v. decisão omissa em pontos essenciais, justificando o cabimento dos presentes Embargos de Declaração, a fim de que essa V. Exa. decida-os e confira os efeitos integrativos ao respeitável decisum.

Frisa-se que no *d.* decisum verifica-se grave OMISSÃO, que devem ser supridas ou sanadas por meio dos presentes embargos, sendo certo que o recurso não objetiva rediscutir a matéria, mas afastar os vícios constatados no julgado.

**DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO**

**LESÃO PREEXISTENTE**

Inicialmente, deve ser observado o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória DPVAT, cujo processo foi regulado sob o nº. 3140033276, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 12/07/2014.

Frisa-se que a parte Embargada requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT em decorrência de **50% PUNHO ESQUERDO**, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

São essas as razões pelas quais a embargante confia, espera e requer sejam acolhidos e providos os presentes Embargos Declaratórios, enfrentado o ponto OMISSO, conferido efeitos integrativos para o fim de prover integralmente, tudo por ser medida de direito e irretorquível JUSTIÇA!

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/11/2021 16:32:21  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111916322164800000091324937>  
Número do documento: 21111916322164800000091324937

Num. 93322974 - Pág. 1

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de novembro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 19/11/2021 16:32:21  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111916322164800000091324937>  
Número do documento: 21111916322164800000091324937

Num. 93322974 - Pág. 2



Número: **0072704-76.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (AUTOR)	ROMICEDES SILVESTRE TOME (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
93322 980	19/11/2021 16:33	<a href="#">2772230_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_TA_INST_Anexo_02</a>	Outros (Documento)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/12/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00046

CONTA: 000000052754-0

---

Nr. da Autenticação 66E2A25378E0316E



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/11/2021 16:33:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111916330486600000091324943>  
Número do documento: 21111916330486600000091324943

Num. 93322980 - Pág. 1



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Juliard de Oliveira Cruz,  
portador da carteira de identidade nº 8100 164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.059.294-18,  
residente e domiciliado na Rua: Nantes, nº 22 - Bogue - Barro Branco - Rio de Janeiro,  
Cidade Rio de Janeiro, Estado RJ, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rio de Janeiro, 18/07/2016  
Local e data

X Juliard de Oliveira Cruz  
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Juliard de Oliveira Cruz,  
portador da carteira de identidade nº 8100 164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.059.294-18,  
residente e domiciliado na Rua: Nantes, nº 22 - Bogue - Barro Branco - Rio de Janeiro,  
Cidade Rio de Janeiro, Estado RJ, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rio de Janeiro, 18/07/2016  
Local e data

X Juliard de Oliveira Cruz  
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140033276**Cidade:** Recife**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**Data do acidente:** 12/07/2014**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 21266

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusao em punho esquerdo**Descrição do exame médico pericial:** Punho esquerdo com discreta limitação da amplitude dos movimentos**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador com imobilização por 30 dias aproximadamente**Sequelas permanentes:** DANO MÉDIO EM PUNHO E**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 02/12/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Victor Ramires Reynaux Borba**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	50

**Valor avaliado:** 1.687,50

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Jikandi de Oliveira Cruz  
RG nº 8500.164 data de expedição 20/07/06 Órgão GDSE - PE

CPF 098.059.294-18, Venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro(Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Nantes</u>
Número	<u>22</u>
Apto/Complemento	
BAIRRO	<u>Te Coque</u>
CIDADE	<u>Recife</u>
ESTADO	<u>PE</u>
CEP	<u>50050-902</u>
Telefone de Contato	<u>85007653 / 83373196 / 84483169</u>
E-mail	

## CONTATOS

Por ser verdade, firmo-me.

(81) 3491.0360 / 3431.8823  
(91) 9219.0525 / 3075.6564  
(81) 9218.3735 / 8874.8283

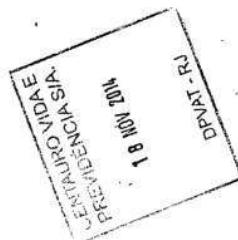
Recife, 18/07/2014

Local e data

X Jikandi de Oliveira Cruz  
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal





Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE  
CEP: 50.050-902  
CNPJ: 10.835.932/0001-08

Nome do Cliente: MARIA DE LOURDES SOUZA DO NASC  
Endereço da Unidade: RUA NANTES,22 Sup.: TE  
COQUE - RECIFE

Data: 11.10.2013

CONTATOS  
(81) 3491.0360 / 3431.8823  
(81) 9219.0525 / 3075.6564  
(81) 9218.3735 / 8874.8263

CONTATOS  
(81) 3491.0360 / 3431.8823  
(81) 9219.0525 / 3075.6564  
(81) 9218.3735 / 8874.8263



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/11/2021 16:33:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111916330486600000091324943>  
Número do documento: 21111916330486600000091324943

Num. 93322980 - Pág. 6

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2014

Carta nº: 5717056

A/C: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

**Sinistro:** 3140033276  
**Vitima:** JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ  
**Data Acidente:** 12/07/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2014

Carta nº: 5785094

A/C: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

**Sinistro:** 3140033276  
**Vítima:** JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ  
**Data Acidente:** 12/07/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



UPA 24 HORAS - OLINDA  
Sistema de Internação  
Ficha de Urgência e Emergência

## Imaginologia

Atendimento: 684797 Data: 13/07/2014 Hora: 11:35  
Medico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente.: 321303 JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ  
Nascimento: 20/07/1990 - Idade: 23a 11m 24d Sexo: Masculino  
Mae.....: MARIA JOSE DE OLIVEIRA Pai.:  
E.Civil...: SOLTEIRO RG...:  
Endereco.: NANTES,22 - SAO JOSE - Cep.: 50090640  
Cidade...: RECIFE PE Fone: 85007653  
Convenio.: SUS - PRONTO ATENDIMENTO

## RESUMO DE TRATAMENTO

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: Perda de peso que se iniciou há 1 mês com perda de apetite e fadiga extrema

E E FISICO : *sin' señas*

Сюз, выслушай меня

HIPOTESE DIAGNOSTICA : Edonie pullos C.

CONDUTA TERAPÉUTICA 58 10.1111/1467-076X.00142

nx public @  
On streaming or any form

~~Elcio M. CRUZ  
Médico  
PRENEPE '12~~

EVOLUCAO: nx - S/ inov cl. produtu

Walo luso

DESTINO: **VIDA E SAÚDE**

Encaminhado ao Ambulatório( ) Residencial( ) Internamento( ) Transferido( ) *ENTRO CLASIN*

Medico CRM-  
E-mail: **REFE 21** Hora: **00:00** CEP: **CEVIDER**

Supervisor CRM: 18 NOV 2014

~~Eladio M. Gómez~~  
Internado 30 (1)  
Medico 21  
CREMEX 21  
H

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A

18 NOV 2014

DPVAT - RJ

Controle de Infecção - Água, Sabão e Bom Senso. (CCIH - IMIP)



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5919069

A/C: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

**Sinistro:** 3140033276  
**Vitima:** JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ  
**Data Acidente:** 12/07/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000046**

**Conta: 0000052754-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%**

**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**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**

Nome do(a) Examinado(a): Jiliardi de Oliveira Cruz  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nantes, 22  
Sao Jose Recife PE CEP: 50050-902  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 8100164  
Data local do exame: [ 02/12/2014 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Contusao em punho esquerdo. Forca na mao esquerda preservada, discreta restrição da amplitude dos movimentos do punho esquerdo, funcao global do membro preservada.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim  Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim  Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**Tratamento conservador com imobilização por 30 dias aproximadamente.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim  Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

- Punho esquerdo com discreta limitacao da amplitude dos movimentos, funcao global da mao e do membro preservada.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o 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"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias* *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

"Exame não permite conclusão" *Vide motivo do impedimento no campo das observações*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):

**punho esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

*Victor Borba*  
Dr. Victor Borba  
CREMEPE 21266





Outros

00291

Nº 2353

Série 1

RECEBEMOS DE EKT LOJAS DE DEPARTAMENTO LTDA. OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

EKT LOJAS DE DEPARTAMENTO LTDA.  
AV. PRESIDENTE KENNEDY 1929  
PEIXINHOS  
OLINDA  
PE  
53390-009

## DANFE

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica  
0- ENTRADA  
1- SAÍDA

1

Nº 2353  
SÉRIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
2612 0809 2949 4400 0355 5500 1000 0023 5319 2686 4986

Consulta de autenticidade no Portal Nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA OPERAÇÃO  
VEND. VEÍCULO NOVO D/E

PROTÓCOLO DE ALCISTRAÇÃO DE USO  
987400042368679 10/08/2012 16:32:35

INSCRIÇÃO ESTADUAL

034011200

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSL. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
09.294.944/0003-55

## DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO	
JOSE AILTON PEREIRA DA SILVA			535.123.594-34	10/08/2012	
ENDERECO			BAIRRO / DISTRITO	DATA DA SAÍDA / ENTRADA	
AVENIDA GETULIO VARGAS, 63 CASA			JANGA	10/08/2012	
MUNICÍPIO	fone / fax	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA	
PAULISTA		PE	ISENTO	16:32:35	

## DUPLICATAS

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
3988/1	10/08/2012	2.999,00						

## CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	2.999,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESORIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.999,00

## TRANSPORTADORA / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL			FRÉTE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
			0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO	0			
QUANTIDADE			MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
1	ESPECIE	MARCA		NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	0,00	PESO LÍQUIDO

## DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIPÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SB	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
243271	SOTOCICLETA ITALIKA 18CC 30I Chassi: L1CJ8BC040100830 Motor: VLOCIN Modelo: ITALIKA ST 50 Velocid: NOVO (Zero KM) IMPORTADO Capacidade Veículo: 2 Passageiros Ano FABRIC: 2012/2012 Fabricante: ITALIKA Modelo: LC13PF18P+LQ143865 Cor: Preta Tipo de combustivel: GASOLINA Polegada: 050 cc 2,90 cv	860	5405	UN	1,00	2.999,00	0,00	2.999,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

## CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

## DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
PEDIDO: Y7C-2979 PRÉ-VENDA: 3988 - VENDEDOR: AUGUSTO FORMA PGTO: A VISTA  
RG: 4.411.188-505-PE  
IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA CONFORME DECRETO 2321/2001 E ALTERAÇÕES, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO.

RESERVADO AO FISCO



DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 10/08/2012 16:32:35

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/11/2021 16:33:05

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111916330486600000091324943>

Num. 93322980 - Pág. 13



## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

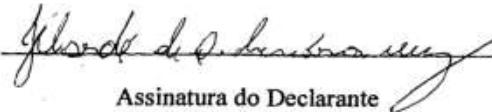
Eu, SILVANDI DE OLIVEIRA<sup>civil</sup>, portador (a) da carteira de identidade de nº 8100.164 CPF 099.059.291-18, residente e domiciliado à R. Nantes, 22, SAO JOSE, PE na cidade de RECIFE.

Declaro para os devidos fins de direito e em especial à Seguradora Líder dos Consórcios que, fui socorrido por terceiros e levado ao pronto socorro, mesmo existindo serviço de atendimento de emergência na cidade. Tal fato se deve a insuficiência técnica e operacional do serviço, aonde a demanda não é suprida por falta de investimento do poder público.

Declaro sobre as penas das lei 7.115/83 e do art 299 do código penal brasileiro, que as declarações acima são verdadeiras.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos,

Local - 07 de OUTUBRO de 2014.

  
Assinatura do Declarante





## Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 660729

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo		Placa		
ZZ-Veículo não Identificado		XXX-0000/PE		
Nome da Vítima		Natureza		
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ		2 - INVALIDEZ		
Tipo Sinistrado	Data Nascimento	CPF	CPF da Vítima	Data Ocorrência
2 - Não Transportado	20/07/1990	0 - Possui CPF	098.059.294-18	12/07/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

( ) Certidão Nº 14E0091001706 da autoridade policial sobre a ocorrência;

( ) DUT Nº \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

( ) RG e CPF do Sinistrado ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ	Vítima	VITIMA	20/07/1990	50050-902	098.059.294-18

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).  
Observações.:

---

---

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local da Entrega \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência  
CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A

18 NOV 2014

DPVAT - RJ

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após à apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41 , 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: [dpvat-rj@centauro-on.com.br](mailto:dpvat-rj@centauro-on.com.br)

RIO DE JANEIRO - RJ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/11/2021 16:33:05

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111916330486600000091324943>

Número do documento: 21111916330486600000091324943

Num. 93322980 - Pág. 15



## Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 660729

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo		Placa	
09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		ZZZ-0000/PE	
Nome da Vítima		Natureza	
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ		2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado	Data Nascimento	CPF da Vítima	Data Ocorrência
3 - Motorista	20/07/1990	098.059.294-18	12/07/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

- ( ) Certidão Nº 14E0091001706 da autoridade policial sobre a ocorrência;  
 ( ) DUT Nº \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 ( ) RG e CPF do Sinistrado ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 ( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ	Vítima	VITIMA	20/07/1990	50050-902	098.059.294-18

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).  
 Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local da Entrega \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Beneficiário \_\_\_\_\_

Centauro Vida e Previdência

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41 , 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: [dpvat-rj@centauro-on.com.br](mailto:dpvat-rj@centauro-on.com.br)

RIO DE JANEIRO - RJ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/11/2021 16:33:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111916330486600000091324943>

Num. 93322980 - Pág. 16

Número do documento: 21111916330486600000091324943



## Registro de Sinistro

DP.: 111

Processo: 0000/660729

Código: 660729



Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE	Sub-Parceiro MR ASSESSORIA
BO Nº 140091001876	Data BO 30/10/2014	DELEGACIA DEL DE POL DA 001A - RIO BRANCO	
Placa ZZZ-0000/PE	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		IML
Nome da Vítima JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ		Tipo Sinistrado 3 - Motorista	
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 20/07/1990	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 098.059.294-18
Cidade RECIFE	UF PE	CEP 50050-902	Telefones
Email atendimento@salek.com.br			
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico ELCIO	Valor(INVALIDEZ)

### Beneficiários

Nome CEP Endereço Profissão	Tipo Benef. Complemento	Vínculo Bairro Renda	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ	UF
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ 50050-902 RUA NANTES 22 OUTROS	Vítima	VITIMA SAO JOSE R\$ DE 1,00 A 1.000,00	20/07/1990	098.059.294-18	PE
Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 0046 C/P 52754-0					

### Histórico

Data	Usuário	Situação
14/10/2014 14:36:27	MSA THAYS	Pré-Cadastro não analisado
14/10/2014 19:27:15	MSA ANDRESSA	Pré-Cadastro com restrições
<b>Detalhes das restrições</b>		
FAVOR ENVIAR COMPROVANTE BANCARIO.		
22/10/2014 16:20:19	MSA FERNANDACAMARA	Documentação complementar recebida na Unidade
24/10/2014 13:31:45	MSA LEONARDO	Pré-Cadastro com restrições
<b>Detalhes das restrições</b>		
Foi recepcionado comprovante de residência, fica pendente:		
-Aditamento ao boletim de Ocorrência ou DUT informando a placa da motoneta que a vítima pilotava. Caso ela seja 50cc, por favor apresentar nota fiscal.		
07/11/2014 15:31:05	MSA SUELEN	Documentação complementar recebida na Unidade
13/11/2014 10:11:04	MSA MARILIA	Pré-Cadastro analisado e aprovado

CENTAURO VIDA &  
PREVIDÊNCIA S.A.  
18 NOV 2014

DPVAT - RJ

### Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauro-on.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 660729 e a data de nascimento 20/07/1990 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/11/2021 16:33:05

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111916330486600000091324943>

Número do documento: 21111916330486600000091324943



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO  
DP1ºCIRC DIM/1ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 14E0091001876

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2014** às **15:18**Complementa o BO Número: **14E0091001875**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **12/7/2014** às **22:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOM PAULO II - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 9999, PRÓXIMO AO FÓRUM DO RECIFE - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSÉ AILTON PEREIRA DA SILVA ( OUTRO )  
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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

**JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA**  
Pai: **ABELARDO JOSÉ VALERIANO CRUZ** Data de Nascimento: **20/7/1990** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8100164/SDS/PE (RG), 09805929418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MUSICO** Telefones Celulares: **- 8183048600**

Residencial: **RUA NANTES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 22 - CEP: 55000-000 - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

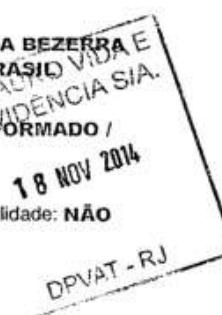
**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JOSÉ AILTON PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTONETA - SHINERAY (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ AILTON PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Chassi: **LLCJBBC0401100830**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**  
Descrição: **MOTONETA SHINERAY - PRETA ITALIKA ST 50 48CC 201**



30/10/2014 15:16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/11/2021 16:33:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111916330486600000091324943>  
 Número do documento: 21111916330486600000091324943

Num. 93322980 - Pág. 18

## Complemento / Observação

INFORMA O SR. JILIARDI QUE ESTAVA GUIANDO A SUA MOTONETA, SE DIRIGINDO AO SEU TRABALHO, QUANDO OUTRA PESSOA, REALIZANDO UMA MANOBRA PROIBIDA, PASSOU NA SUA FRENTE E ACABOU OCORRENDO A COLISÃO. ALEGA QUE CAIU E VEIO A SOFRER DIVERSAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. INFORMA TAMBÉM QUE FOI SOCORRIDO PELA SUA COMPANHEIRA PARA A UPA DE OLINDA. ALEGA, POR ÚLTIMO, QUE NO ACIDENTE PERDEU ALGUNS DOCUMENTOS, INCLUSIVE A NOTA FISCAL DA MOTONETA.

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

*Jiliardi de Oliveira Cruz*  
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUCAS SODRE DA MOTA PEREIRA** - Matrícula: **350662-2**



30/10/2014 15:16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/11/2021 16:33:05  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111916330486600000091324943>  
Número do documento: 21111916330486600000091324943

Num. 93322980 - Pág. 19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 001<sup>a</sup> CIRCUNSCRICAO - RIO BRANCO  
DP1<sup>a</sup>CIRC DIM/1<sup>a</sup>DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 14E0091001706

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/10/2014** às **16:30**

Completa o BO Número: **14E0091001684**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **12/7/2014** às **22:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOM PAULO II - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 9999, PRÓXIMO AO FÓRUM DO RECIFE - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )**  
**JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**

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

**JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mão: **MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA**  
Pai: **ABELARDO JOSÉ VALERIANO CRUZ** Data de Nascimento: **20/7/1990** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8100164/SDS/PE (RG), 09805929418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(?)**  
Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MUSICO** Telefones Celulares: **- 8183048600**

Residencial: **RUA NANTES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 22 - CEP: 55000-000 - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTONETA - SHINERAY (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**  
Descrição: **MOTONETA SHINERAY - PRETA**

Complemento / Observação



06/10/2014 16:38



**INFORMA O SR. JILIARDI QUE ESTAVA GUIANDO A SUA MOTONETA, SE DIRIGINDO AO SEU TRABALHO, QUANDO OUTRA PESSOA, REALIZANDO UMA MANOBRA PROIBIDA, PASSOU NA SUA FRENTES E ACABOU OCORRENDO A COLISÃO. ALEGA QUE CAIU E VEIO A SOFRER DIVERSAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. INFORMA TAMBÉM QUE FOI SOCORRIDO PELA SUA COMPANHEIRA PARA A UPA DE OLINDA. ALEGA, POR ÚLTIMO, QUE NO ACIDENTE PERDEU ALGUNS DOCUMENTOS; INCLUSIVE A NOTA FISCAL DA MOTONETA.**

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

*Jiliardi de Oliveira Cruz*

**JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **LUCAS SODRE DA MOTA PEREIRA** - Matrícula: **350662-2**

*luc*



06/10/2014 16:28



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/11/2021 16:33:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21111916330486600000091324943>  
Número do documento: 21111916330486600000091324943

Num. 93322980 - Pág. 21