



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
93322974	19/11/2021 16:32	2772230_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_1A_INST_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 22ª 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. Excelência, 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 vênia, 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 decum.

Frisa-se que no *d.* decum 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, nexos 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!



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



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



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
93322980	19/11/2021 16:33	2772230_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_1A_INST_Anexo_02	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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Juliano de Oliveira Cruz
portador da carteira de identidade nº 8100164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.059.294-18,
residente e domiciliado na Rua: Nantes, nº 22 - bairro: Bairro São José - Recife
Cidade Recife, Estado PE, 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.

Recife, 18/07/2014
Local e data

X Juliano de Oliveira Cruz
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Juliano de Oliveira Cruz
portador da carteira de identidade nº 8100164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.059.294-18,
residente e domiciliado na Rua: Nantes, nº 22 - bairro: Bairro São José - Recife
Cidade Recife, Estado PE, 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.

Recife, 18/07/2014
Local e data

X Juliano 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

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Flirand de Oliveira CruzRG nº 8500.164, data de expedição 20/07/06, Órgão SPDS-PECPF 098.059.294-18, Venho perante a este instrumento declarar que não possuo 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 Capote</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

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

Por ser verdade, firmo-me.

Recife, 18/08/2014
Local e dataX Flirand de Oliveira Cruz
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal



PRAT - RJ
18 NOV 2014
PREFEITA VÍDUA E



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
(91) 9219.0525 / 3075.6564
(81) 9218.3735 / 8874.8263

CONTATOS
(81) 3491.0360 / 3431.8823
(91) 9219.0525 / 3075.6564
(81) 9218.3735 / 8874.8263

CONTATOS
(81) 3491.0360 / 3431.8823
(91) 9219.0525 / 3075.6564
(81) 9218.3735 / 8874.8263



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, 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, 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 início 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

Pag. 00969/00970 - carta_01



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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00905/00906 - carta_02



UPA 24 HORAS - OLINDA
Sistema de Internacao
Ficha de Urgencia e Emergencia

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: *pt. resaca quando eu
motorista há 1 dia com
dor pulso @ após almoço
e físico: em repouso*

pt. resaca quando eu

HIPOTESE DIAGNOSTICA: *Distúrbio pulso @*

CONDUTA TERAPEUTICA: *rx pulso @
@ 10 dias 7mg a cada 12h
12.06*
*Elcio M. Cruz
Médico
CREMEPE 2*

EVOLUCAO: *rx - 5/10ml de fadur
@ 10 dias 10mg @*

DESTINO:
Encaminhado ao Ambulatório() Residência() Internação() Transferido()
Medico CRM: Hora:
Supervisor CRM:

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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00169/00170 - carta_15R



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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?

(X) 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?

(X) 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)?

(X) 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

punho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

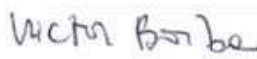
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinala 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


Dr. Victor Borba
CREMEPE 21266





MITATOS
1. C380 / 34.11 8823
2. C380 / 3072 8844
3. C380 / 8874 8283

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.100.164 DATA DE EXPEDICAO 20/07/2008

NOME << JILIARD DE OLIVEIRA CRUZ >>

ALACAO << ABELARDO JOSE VALERIANO CRUZ >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 20/07/1990

DE ORIGEM << CN B1348 L72AF 275 CART 2 ZONA RECIFE PE 08 10 1990 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 26/06/93

F 20 65.746





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

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 2353 Série 1
---------------------	---	--------------------

 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 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 Sefazautorizadora
	NATUREZA OPERAÇÃO VEND. VEICULO NOVO D/E INSCRIÇÃO ESTADUAL 034011200 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 09.294.944/0003-55	

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL JOSE AILTON PEREIRA DA SILVA		535.123.594-34	10/08/2012
ENDEREÇO AVENIDA GETULIO VARGAS, 63 CASA	Bairro / Distrito JANGA	CEP 53.439-009	DATA DA SAÍDA / ENTRADA 10/08/2012
MUNICÍPIO PAULISTA	UF PE	DISCRICÃO ESTADUAL ISENTO	HORA DE SAÍDA 16:32:35

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

TRANSPORTADORA / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE 1	ESPECIE	MARCA	NÚMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,00	PESO LÍQUIDO 0,00	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO														
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SE	CT	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
34371	MOTOCICLETA ITALIKA 8CC 201 Chassis: LJC/BB0401100830 Motor: HUCIN Modelo: ITALIKA ST 80 Veículo: NOVO (Zero KM) IMPORTADO Capacidade Veículo: 2 Passageiros Ano FAB/IND: 2012/2012 Reservante: Motor: LCI/FFMB/LQ143865 Cor: Preto Tipo de combustível: GASOLINA Potência: 050 cv 2,90 cv		060	5405	UN	1,00	2.999,00	0,00	2.999,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: VN-2779 PRÉ-VENDA: 2988 - VENDEDORE: AUGUSTO FORMA PGTO: A VISTA RG: 4.493.138 SDS-PE IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA CONFORME DECRETO 232/2001 E ALTERAÇÕES, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO.	RESERVADO AO FISCO
---	------------------------

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



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

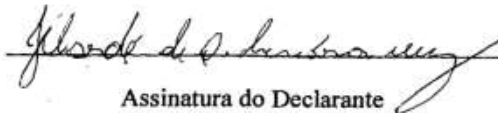
Eu, SILVANO DE OLIVEIRA CRUZ portador (a) da carteira de identidade de nº 8100.164 CPF 098.059.294-18, residente e domiciliado à R. Nantes, 22, São José, PE na cidade de RECIFE.

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

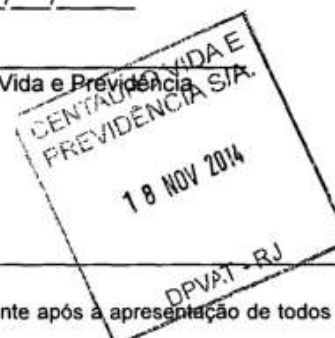
Data ____/____/____

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
RIO DE JANEIRO - RJ





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 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa ZZZ-0000/PE		
Nome da Vítima JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ		Natureza 2 - INVALIDEZ		
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 20/07/1990	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 098.059.294-18	Data Ocorrência 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

RIO DE JANEIRO - RJ





Registro de Sinistro



DP.: 111

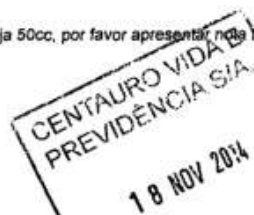
Processo: 0000/660729

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	Natureza 2 - INVALIDEZ		
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 20/07/1990	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 098.059.294-18	Data Ocorrência / Hora 12/07/2014 / 22:00
Cidade RECIFE	UF PE	CEP 50050-902	Telefones	
Email atendimento@salek.com.br				
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico ELCIO	Valor(INVALIDEZ)	

Beneficiários						
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ		
CEP	Endereço	Complemento	Bairro	Cidade	UF	
Profissão		Renda				
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ	Vítima	VITIMA	20/07/1990	098.059.294-18		
50050-902 RUA NANTES 22		SAO JOSE	RECIFE	PE		
OUTROS		R\$ DE 1,00 A 1.000,00				
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
Detalhes das restrições		
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
Detalhes das restrições		
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



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!!!!





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO
DP1ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0091001875



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 - Culposos (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)
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: **30LITEIRO(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**

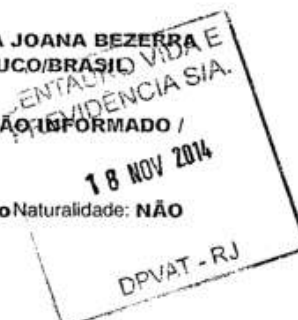
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

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**

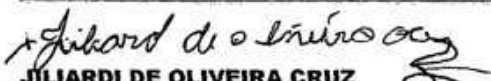


30/10/2014 15:16

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
(VITIMA)

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



30/10/2014 15:16





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO -
DP1ªCIRC DIM/1ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **14E0091001706**

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

Complementa o BO Número: **14E0091001684**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (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 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 (E)**
Escolaridade: **1ª. 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 16:28



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

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

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



06/10/2014 16:28

