



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)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72461 691	14/12/2020 11:32	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200296675 **Vítima: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**

Data do Acidente: 04/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Carta nº 16049586

Pag. 00345/00346 - carta_01 - INVALIDEZ



00020173



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324504300000071036751>
Número do documento: 20121411324504300000071036751

Num. 72461691 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200296675 Vítima: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Data do Acidente: 04/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00821/00822 - carta_03 - INVALIDEZ



00040411

Carta nº 16054898



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324504300000071036751>
Número do documento: 20121411324504300000071036751

Num. 72461691 - Pág. 2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	098.059.294-18	Juliardi de Oliveira Cruz	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Nome completo:		CPF:
Profissão:	Endereço:		098.059.294-18
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:		Tel.(DDD):	
renatomalheiros@outlook.com		(81) 99543-4554	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3220	CONTA: 32021 4
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não 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.

Local e Data, <u>Recife, 12/08/2020</u> .	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____

<u>Juliardi de Oliveira Cruz</u> <small>(*) Assinatura de quem assina A ROGO</small> <small>Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</small>	Assinatura
--	------------

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS	Assinatura
2º Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0114000098

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2020** às **13:43**

ROUBO A TRANSEUNTE - Dóleso (Consumado), que aconteceu no dia **4/1/2020** às **01:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1001** - Bairro: **PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **52221-350** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO CENTRO DA MODA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR \ AGENTE)
DESCONHECIDO 2 (SUSPEITO)
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DE OLIVEIRA** Pai: **ABELARDO JOSE VALERIANO CRUZ** Data de Nascimento: **20/7/1990** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8100164/SDS/PE (RG) 09805929418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO (OUTROS)** Telefones Celulares: **- 81 986178235**

Endereço Residencial: **RUA VITAL BRASIL, 224 - CEP: - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, RM FRENTE AO BAR CALDEC**

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

APARELHO CELULAR (CELULAR) 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: **TELEFONIA MOVEL/LG/K8** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **NÃO SABE INFORMAR**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **180,00 (REAL)** Valor Total: **180,00 (REAL)**
Descrição: **CELULAR DA MARCA LG K8**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE POR VOLTA DA 01:00H DA MANHÃ QUANDO DESEMBARCOU DO ÔNIBUS NA AVENIDA PRESIDENTE KENEDY, VINDO DA CASA DE FAMILIARES, FOI ABORDADO POR DOIS INDIVÍDUOS ARMADOS COM FACAS, OS QUAIS ANUNCIARAM O ASSALTO AMEAÇANDO A VÍTIMA COM AS FACAS, OBRIGANDO A MESMA A ENTREGAR O APARELHO CELULAR E A CARTEIRA ONDE ESTAVAM SEUS DOCUMENTOS. RELATA QUE NO MOMENTO EM QUE OS MELIANTES TENTARAM PEGAR SUA CARTEIRA O MESMO NUMA ATITUDE DESPERADA PARA FUGIR DOS ASSALTANTES, PULOU O CRADIL QUE DIVIDE AS FAIXAS DA REFERIDA AVENIDA, TENDO CAÍDO DO OUTRO LADO, MOMENTO EM QUE PASSAVA O TOMÓVEL E PASSOU EM CIMA DE SUA MÃO, CAUSANDO UMA LESÃO. INFORMA QUE NÃO PROCUROU ATENDIMENTO



MÉDICO NO MOMENTO POIS ESTAVA MUITO NERVOSE COM O OCORRIDO, PORÉM NÃO CONSEGUIU DORMIR DEVIDOR NA MÁC E RESOLVEU VIR A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O FATO E EM SEGUIDA PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO NA UPA. DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

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

Jiliardi de oliveira cruz
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE FREDERICO DE ANDRADE FERREIRA** - Matrícula: **2208652**
(Liberado em **04/01/2020** às **14:10**)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324504300000071036751>
Número do documento: 20121411324504300000071036751

Num. 72461691 - Pág. 5

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	098.059.294-18	Juliardi de Oliveira Cruz	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		098.059.294-18
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:		Tel(DDD): (81) 99543-4554	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3220 CONTA: 32021 (4) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Recife, 12/08/2020.
Nome: _____
CPF: _____

Juliardi de Oliveira Cruz
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



CELPE**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSILDA ESTEFANE BARBOSA

CPF: 057.593.364-01 NIS: 23849910721

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DES CUNHA BARRETO 42BOA VISTA/RECIFE
RECIFE PE
50060-270**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
118731430	ÚNICA	20/07/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/07/2020	2002058458	2791580

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7032466570	07/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
27/07/2020	18/08/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	318,54

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,14178378	4,25
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,24305789	17,01
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,38458685	43,75
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	214,0000000	0,40509650	86,69
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,12470736	3,74
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,21378406	14,96
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,32087610	38,48
Consumo-TE superior a 220 kWh	214,0000000	0,35830678	78,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			32,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 108768111-19/05/20			1,61
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,70

TOTAL DA FATURA

318,54

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3010106589	CAT	17/06/2020 34 361,00	20/07/2020 34 795,00	33	1,00000		434,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	VALOR
JUL 20	434
AUG 20	421
SETE 20	456

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
265,12	26,00	71,20
265,12	0,80	2,25
265,12	3,73	10,63

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 92,71	32,51%
Transmissão	R\$ 13,14	4,61%
Distribuição (Celpe)	R\$ 69,12	24,24%
Pérdidas de Energia	R\$ 22,18	7,78%
Encargos Setoriais	R\$ 9,28	3,29%



CELESTE

NOTA FISCAL - **CONTABILIZADA** - **PERMANENTE** - **CONTABILIZADA**

DADOS DO CLIENTE

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

CPF 030 212 004-45

◎ 读《新嘉坡人》

CLASSIFICAÇÃO

DEPARTAMENTAL
CT0001347
REPRESENTACAO
UNICA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551

PIEDADE/PRAZERES
JABOTACAU DO GUARARAPES PE
54410-010

DATA CONTRATO: 09/2019
7025325826 DATA DE REGISTRO: 10/09/2019
DATA PRAZO PAGAMENTO: 24/10/2019

215 30

卷之三

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo/Point	211,000000	0,77952320	164,40
Artesanato Banderia VERMELHA			11,60
Corrida Rum Pusca Municipal			37,80
ICMS Subvenção CDIE-SE 020997926-24/07/19			4,20

Posterior pituitary

RUMINATI NR. 20 - PRIMAVERA 2007 - 10

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		APÊDO IAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
381860313	CAT	31-06-2019	9.0000	23-09-2019	11.0000	30	1.00000		201.00

ANSWER

INFORMAÇÕES DE CONSUMO:		INFORMAÇÕES DE TRABALHO:		Consumo, Ano Corrente:	
Mês/ano:		Mês/ano:		Consumo:	
SET/18	201	ABR/19	90.000,00	90	10,20
AUG/18	314	ABR/19	90.000,00	Transmissão:	3,40
AA/18	197	ABR/19	90.000,00	Matriz/Bloco/Cogera:	37,32
APR/18	323	ABR/19	90.000,00	Perda de Energia:	11,88
MAR/18	288	ABR/19	90.000,00	Energia Retornada:	0,00
ABR/18	281	ABR/19	90.000,00	Variação:	32,00
MAR/19	210	ABR/19	90.000,00	Total:	174,40
FEV/19	285				
JAN/19	176				
SEZ/18	274				
MAR/18	301				
GU/18	216				
		VALIDA/APLICAÇÕES:			
		Consulta: 400-000000			03422222
		INFORMAÇÕES DE FATO:			
		SISTEMA BÁSICO: CEP: 23010-000, CEP: 23010-000			

30FB 30FB 4842 ECCD ASY 1100 1990 EFB

100% 電子化
100% 線上化

DURACAO E FREQUENCIA DAS INTENSIVAS				VALORES DE TENSAO	
Consumo	VALOR APLICADO (VOLTS)	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
QSE	0,00	4,00	8,00	4,00	200
RE	0,00	2,00	8,00	2,00	200
SE	0,00	2,00	8,00	2,00	200

838200000029-9 15300011007-5 02532562610-9 142/0268423-8



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324504300000071036751>
Número do documento: 20121411324504300000071036751

Num. 72461691 - Pág. 8

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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 Renato César M. Cavalcanti, inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Juande de Oliveira Cruz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 098.059.294 / 18, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Juande de Oliveira Cruz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 098.059.294 / 18, 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		Número	Complemento
<u>Av Bernardo Viana de Melo</u>		<u>1551</u>	<u>sala 01 - térreo</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Pedade</u>	<u>Salvador dos Guararapes</u>	<u>PE</u>	<u>54410 - 010</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>renatocesar.melhor@gmail.com</u>			<u>(81) 99543-4554</u>

Recife, 18 de agosto de 2020
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti

Assinatura do Declarante



Atendimento: 1575877

Data e Hora: 04/01/2020 15:37

Senha da Classificação:

0228

Paciente: 321303 JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/07/1990 Idade: 29 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE OLIVEIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: NANTES

22

Bairro: SAO JOSE

Cidade/UF: RECIFE, PE

Cep: 50090640

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86178235

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores no joelho e no tornozelo há 01 mês
desenvolvendo dor para a canela

Exame Físico

negativo à escopos.

Hipótese Diagnóstico

Dores no joelho () 030100010-0

Conduta Terapêutica

Exercícios /

Prescrição Médica

Dieta com baixa inflamatória
Tudo de vez em quando
Dissolver 1g de gelo em 400ml
Corporal de 100g f 100g de gelo 90% em 12/12h
de seis enemas.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: H20 - ORTOPEDICO Senha: 5P52762

Carimbo Médico

Dr. Ayrton Ferreira
Ortopedista/Fisiatra
CRM/PE: 2080



1575877

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/01/2020 17:38

Nome Paciente:	JILLARDI DE OLIVEIRA CRUZ
Cód. Paciente:	321303
Data de Nascimento:	20/07/1990
Sexo:	Masculino
Idade:	29 anos
Senha:	0200
Convênio:	*
Atendimento:	
SAME:	

Período: 05/01/2020 17:39 - 05/01/2020 17:39

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	TRAUMA EM MSD
Observação:	RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
iscriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/01/2020 17:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324504300000071036751>
Número do documento: 20121411324504300000071036751

Num. 72461691 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324504300000071036751>
Número do documento: 20121411324504300000071036751

Num. 72461691 - Pág. 12





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
098.059.294-18

Nome
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Nascimento
20/07/1990

CÓDIGO DE CONTROLE
4185.5F18.B4AB.908C



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:32:51 do dia 11/08/2020 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232614/20

Vítima: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

CPF: 098.059.294-18

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 04/01/2020

Titular do CPF: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ : 098.059.294-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 19/08/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENTATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324504300000071036751>
Número do documento: 20121411324504300000071036751

Num. 72461691 - Pág. 15

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Juandi de Oliveira Cruz
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 8.100.164.505-PE
CPF: 098.059.294-18
Profissão: Desempregado
Endereço: R. Dr. Cunha Barreto, nº 42 - Boa Vista - Recife-PE / CEP: 50060-270
CEP: 50060-270
Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CÉSAR M. CAVALCANTI
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 6162609 SSP-PE
CPF: 039.232.004-55
Profissão: ADVOGADO
Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO, 1551, SALA 01, TÉRREO, PIEDADE /
CEP: 54410 - 010
TACATÃO DOS GUARARAPES - PE
Telefone: (81) 99543-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima 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 ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Juandi de Oliveira Cruz

Recife, 12/08/2020.

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232614/20

Vítima: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

CPF: 098.059.294-18

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 04/01/2020

Titular do CPF: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ : 098.059.294-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 19/08/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324504300000071036751>
Número do documento: 20121411324504300000071036751

Num. 72461691 - Pág. 17



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)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72461 693	14/12/2020 11:32	ANEXO 2	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROMISSO 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 - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324528100000071036752>
Número do documento: 20121411324528100000071036752

Num. 72461693 - Pág. 1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu Juliano 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 - bairro: 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

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 8100 164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.059.294-18,
residente e domiciliado na Rua: Nantes, nº 22 - bairro: 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

Juliano de Oliveira Cruz
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal



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: Contusão 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 sequelas

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, Jikondi de Oliveira Cruz
 RG n° 8100.164, data de expedição 20/07/06, Órgão EDS - PE

CPF 098.059.294-18, Venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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 Cogum</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 / 3075.8584
 (81) 9210.3735 / 8874.8283

Por ser verdade, firmo-me.

Recife, 18/07/2014

Local e data

X Jikond de Oliveira Cruz
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE
CEP: 59.050-002
CNPJ: 10.835.932/0001-68

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) 9218.3755 / 8874.8263

CONTATOS
(81) 3491.0360 / 3431.8823
(81) 9219.0525 / 3075.6564
(81) 9218.3755 / 8874.8263



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324528100000071036752>
Número do documento: 20121411324528100000071036752

Num. 72461693 - Pág. 6

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2014

Carta n°: 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 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 Lider-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2014

Carta n°: 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT



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: Itinente queixa de
indigestão há 1 dia com
dores peritoneais. Nós eliminou
E E FÍSICO: de dor abdominal

E E FISICO : *Un' esercitazione*

Боз, омислов, имені

HIPOTESE DIAGNOSTICA : Entame pullos ☺

CONDUTA TERAPEUTICA : nx nulho (c)

① *or something or any form*

~~30 V. 500~~

EVOLUCAO: nx - 5/1991 el. jardim

Walo luso

DESTINO:

Encaminhado ao Ambulatório () Residencial () Internas () Transferido () **PROVÍNCIA**

Medico CRMs

Supervisor CBM:

Transferido ()	Transferido ()
Elmo M. Góes Médico CRM/RJ 21.527	J. M. VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
CREME/SP 21.527	18 NOV 2014
Horas:	OPVAT - RJ

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





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2014

Carta n°: 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:	RS	0,00
Juros:	RS	0,00
Total creditado:	RS	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

00020006



**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): Jilardi 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)

Contusão em punho esquerdo. Força na mão esquerda preservada, discreta restrição da amplitude dos movimentos do punho esquerdo, função 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 sequelas (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

Sim Não

Existindo, sequelas(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 limitação da amplitude dos movimentos, função global da mão e do membro preservada.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro 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 sequelas permanentes"

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

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

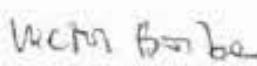
50% médio 75% intensa 100% completo

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

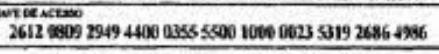
Total = 100% da IS*

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



RECEBIMENTOS 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 I													
 EKT LOJAS DE DEPARTAMENTO LTDA. AV. PRESIDENTE KENNEDY 1929 PEIXINHOS OLINDA PE 53390-009				DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica D- ENTRADA I- SAÍDA Nº 2353 SÉRIE I FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 2612 9809 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 Sefaze/PE							
MATERIAL DE OPERAÇÃO VEEND. VEICULO NOVO D/E						PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO E/SO 987400042368679 16/06/2012 16:32:35									
ENDEREÇO ESTRADAL:		ENDEREÇO ESTRADAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:				CNPJ / CNPJ									
034601200						09.29-LP-H/0003-55									
DESTINATÁRIO / REMETENTE															
ENDEREÇO / RAZÃO SOCIAL: JOSE AILTON PEREIRA DA SILVA						CNPJ / CNPJ 556.123.594-34		DATA DA SAÍDA / ENTRADA 10/06/2012							
ENDEREÇO AVENIDA GETULIO VARGAS, 63 CASA				BAIRRO / DISTRITO: JANGA		CEP 53.439-009		DATA DA SAÍDA / ENTRADA 10/06/2012							
MUNICÍPIO PAULISTA		DESCRIÇÃO PESSOAS		UF PE		DESCRIÇÃO ISENTO		HORA DE SAÍDA 16:32:35							
DUPLICATAS															
Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR							
398871	10/06/2012	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 DAS PROJETOS 2.999,00							
VALOR DIFERENÇA 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSEORIAIS 0,00		VALOR DIFERENÇA 0,00							
TRANSPORTADORA / VOLUMES TRANSPORTADOS															
ENDEREÇO / RAZÃO SOCIAL: 				PERÍCIA PONTEIRAL 0- REMETENTE 1- DESTINATÁRIO		COMPRO ANTT 6		PLACA DO VEÍCULO 		CNPJ / CNPJ 					
ENDEREÇO 				MUNICÍPIO 		UF 		INSCRIÇÃO ESTADUAL 							
QUANT. PESO 1		ESPECIE 		UNID. 		INSCRIÇÃO 		PESO BRUTO 0,00		PESO LIQUIDO 0,00					
DADOS DO PRODUTO / SERVICO															
CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVICO		NCM/IB	CT	CPOR	UNID.	QUANT.	% DEST.	% DESC.	% TOTAL	ICMS	% ICMS	C. IPI	Alq. F/25	Alq. M/25
34070	MOTORCICLETA ITALIANA BCC 300 Clássico LCC/SEC00001000000 Motor 4 cil. Motor 4 cil. Versão: NOVA (Cor: 026) LAMPOREDO Capacidade Tanque: 21 Passageiros Ano FABR/00: 10/2000 Revisão: Série: LCURP/001/LQ10865 Cac: Preço Tipo de combustível: GASOLINA Periodo: 000 a 2,00 m		600	5400	UN	1,00	2.999,00	0,00	0,00	2.999,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN					
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN		
	0,00	0,00	0,00		
DADOS ADICIONAIS					
INSCRIÇÕES FISCAIS PESQUISADAS: PESSOAS FÍSICAS: PREVENDA: 2000 - VENDEDOR: ARGOSTO - FORMA PFCP: AVISTA RG: LARANJA 386-72		EXIGIDO NO PFCP			
DESPESA RETIDA PELA SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA CONFORME DECRETO 2217/2001 E ALTERAÇÕES, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO.					
					

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 19/08/2012 16:05:05



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

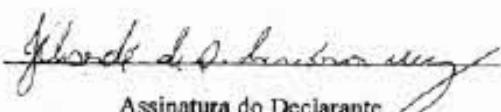
Eu, SILVANDI DE OLIVEIRA^{OLIVEIRA}, portador (a) da carteira de identidade de nº 8100.164 CPF 098.059.291-18, residente e domiciliado à R. Nantes, 22, SÃO JOSÉ, PE na cidade de RECIFE.

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 N° 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	CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 098.059.294-18	Data Ocorrência 12/07/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução N° 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão N° 14E0091001706 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT N° _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	DLNasc.	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 de 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 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324528100000071036752>

Número do documento: 20121411324528100000071036752

Num. 72461693 - Pág. 15

CENTAUR
Vida e Previdência

Seguros para viver

Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 660729

Na forma do disposto, na resolução N° 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	CPF da Vítima	Data Ocorrência
3 - Motorista	20/07/1990	0 - Possui CPF	098.059.294-18	12/07/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução N° 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

- Certidão N° 14E0091001706 da autoridade policial sobre a ocorrência;
 DUT N° _____
 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 de 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324528100000071036752>

Número do documento: 20121411324528100000071036752

Num. 72461693 - Pág. 16



Registro de Sinistro

DP.: 111Processo: 0000/660729Código: 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	
Cidade RECIFE		UF PE	CEP 50050-902
Telefones			
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico ELCIO	
Valor(VALIDEZ)			

Beneficiários					
Nome CEP Endereço Profissão		Type 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 1.000 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 14:38:27	MSA THAYS	Pré-Cadastro não analisado
14/10/2014 19:27:16	MSA ANDRESSA	Pré-Cadastro com restrições
Detalhes das restrições		
FAVOR ENVIAR COMPROVANTE BANCÁRIO.		
23/10/2014 16:20:19	MSA FERNANDA CAMARA	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 800z, por favor apresentar nota fiscal.		
07/11/2014 15:31:05	MSA SUELLEN	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 - 14/12/2020 11:32:45

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324528100000071036752>

Número do documento: 20121411324528100000071036752



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 001^a CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO
 DP1^aCIRC DIM/1^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 Mae: 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: 1^a. 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 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



30/10/2014 15:16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324528100000071036752>
Número do documento: 20121411324528100000071036752

Num. 72461693 - Pág. 19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 001^a CIRCUNSCRICAO - RIO BRANCO
DP1^aCIRC DIM/1^aDESEC



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** 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: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MUSICO** Telefones Celulares: **- 8183048600**

Residencial: **RUA NANTES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 22 - CEP: 55000-090 - 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

LSP



06/10/2014 16:28



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 11:32:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121411324528100000071036752>
Número do documento: 20121411324528100000071036752

Num. 72461693 - Pág. 21