



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
72461691	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





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 médico-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



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: 098.059.294-18 Nome completo da vítima: Jilardi de Oliveira Cruz

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

Nome completo: Jilardi de Oliveira Cruz CPF: 098.059.294-18

Profissão: Desempregado Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: PE CEP: _____

E-mail: renatomalheiros@outlook.com Tel.(DDD): (81) 99543-4554

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

REDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3220 CONTA: 32021 4

(Informar o dígito se existir) (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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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, Recife, 12/08/2020.

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jilardi de Oliveira Cruz

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ 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
POLÍCIA 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 - Dólolo (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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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: - Bairro: - 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 KENNEDY, 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 DESESPERADA PARA FUGIR DOS ASSALTANTES, PULOU O CARTEL QUE DIVIDE AS FAIXAS DA REFERIDA AVENIDA, TENDO CAÍDO DO OUTRO LADO, MOMENTO EM QUE PASSAVA, O CARTEL E PASSOU EM CIMA DE SUA MÃO, CAUSANDO UMA LESÃO. INFORMA QUE NÃO PROCUROU ATENDIMENTO



MÉDICO NO MOMENTO POIS ESTAVA MUITO NERVOSO COM O OCORRIDO, PORÉM NÃO CONSEGUI DORMIR DEVIDO
DOR NA MÃO 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

Jilardi 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).



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: 098.059.294-18 Nome completo da vítima: Jilardi de Oliveira Cruz

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

Nome completo: Jilardi de Oliveira Cruz CPF: 098.059.294-18

Profissão: Desempregado Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: PE CEP: _____

E-mail: renatomalheiros@outlook.com Tel.(DDD): (81) 99543-4554

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

RENDIA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3220 CONTA: 32021 4

(Informar o dígito se existir) (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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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, Recife, 12/08/2020.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jilardi de Oliveira Cruz

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

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

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

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DES CUNHA BARRETO 42

CPF 057.593.384-01 NIS 23849910721

BOA VISTA/RECIFE

RECIFE PE

50060-270

CLASSIFICAÇÃOB1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**CONTA CONTRATO**

7032466570

MÊS/ANO

07/2020

DATA DE VENCIMENTO

27/07/2020

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

18/08/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

318,54

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

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

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	0,36458685	43,75
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	214,0000000	0,40509650	86,68
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	76,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			32,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 108788111-19/05/20			1,81
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 DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3010106589	CAT	17/06/2020	34.361,00	20/07/2020	34.798,00	33	1,00000		434,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mes/Ano kWh

Jul. 20 434

421

456

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
265,12	25,00	71,28
265,12	0,80	2,28
265,12	3,23	10,63

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$	92,71	32,51%
Transmissão	R\$	13,14	4,81%
Distribuição (Celpe)	R\$	68,12	24,24%
Perdas de Energia	R\$	22,18	7,78%
Encargos Setoriais	R\$	3,38	1,33%

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

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listview.seam?x=20121411324504300000071036751>

Número do documento: 20121411324504300000071036751

Num. 72461691 - Pág. 7



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-400
CNPJ 10.830.830/0001-08 (Insc. Est. 07.0463.01) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORAAV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01

CPF: 039.232.004-55

FIDELIDADE/PAZES
URBATO DOS GUARARAPES PE
54410-010**CLASSIFICAÇÃO**B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

CONTINUTOS FISCAL	DATA	EMISSÃO
070001347	09/09/2019	23/09/2019
APRESENTAÇÃO	MPDZ/2019	MPDZ/2019
23/09/2019	20/10/2019	19/10/2019

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7025325626	09/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	215,30

DEFINIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	213,000000	0,77952220	164,47
Acrescimo Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Sum. Publica Municipal			37,81
ICMS Subvenção COE-NF 070002026-04/07/19			1,25
TOTAL DA FATURA			215,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	POSTERIOR DATA	LEITURA	MPDZ	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
30163019	CAI	25-08-2019	9.26120	25-09-2019	9.17420	30	1.00000		211,20

CONSUMO DE CONSUMIDOR**INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO**

ICMS	PIS	COFINS
176,44	176,44	176,44

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	MPDZ	Porcentagem
Geração de Energia	85	39,52%
Transmissão	21	9,94%
Distribuição (Cabo)	27	12,52%
Perdas de Energia	15	6,92%
Reserva de Energia	6	2,81%
Outros	12	5,58%
Total	186	100%

VALOR A PAGAR (R\$) 215,30

RESERVAÇÃO DE FISCOS

30P/B 3450 4840 ECCD A2-D 3180 55ED FF33

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para a correta leitura desta nota fiscal, o consumidor deve verificar se o valor da conta corresponde ao valor da fatura emitida pela CELPE. Caso contrário, o consumidor deve entrar em contato com a CELPE para esclarecer a situação. A CELPE não se responsabiliza por erros de leitura ou interpretação desta nota fiscal.

Descrição	Valor
Consumo Ativo (kWh)	211,20
Acrescimo Bandeira VERMELHA	11,87
Contrib. Sum. Publica Municipal	37,81
ICMS Subvenção COE-NF 070002026-04/07/19	1,25

Descrição	Valor
Consumo Ativo (kWh)	211,20
Acrescimo Bandeira VERMELHA	11,87
Contrib. Sum. Publica Municipal	37,81
ICMS Subvenção COE-NF 070002026-04/07/19	1,25

CONTA CONTRATO 7025325626 MÊS/ANO 09/2019 DATA DE EMISSÃO 30/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 215,30

83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-8



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/biblioteca/web/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 COAF**².

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 / 95 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jelardi de Oliveira Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 098.059.294 / 18, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Jelardi 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 <u>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		Número <u>1551</u>	Complemento <u>Sala 01 - Térreo</u>
Bairro <u>Piedade</u>	Cidade <u>Jaraguá do Sul</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>84410-010</u>
Email <u>renatomalheiro@outlook.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99543-4554</u>

Recife, 18 de agosto de 2020
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Atendimento: 1575877

Senha da Classificação:

0228

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

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 em ambos os joelhos (3) há 01 ano por
traumatismo por queda de altura

Exame Físico

Membros inferiores

Hipótese Diagnóstico

Doença crônica / trauma (3) 030106010-0

Conduta Terapêutica

Tratamento / fisioterapia

Fisioterapia

Prescrição Médica

Dor no joelho inferior
Dor no joelho inferior
Dor no joelho inferior
Dor no joelho inferior
Dor no joelho inferior
Dor no joelho inferior
Dor no joelho inferior
Dor no joelho inferior
Dor no joelho inferior
Dor no joelho inferior

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: HIA - ORTOPEDIA

Senha: 5852762

Carimbo Médico

Dr. Ayron Farias
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 20886



1575877

IMPRESSÃO



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:	JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
	Cód. Paciente:	321303
	Data de Nascimento:	20/07/1990
	Sexo:	Masculino
	Idade:	29 anos
	Senhs:	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 PRONTUARIO
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

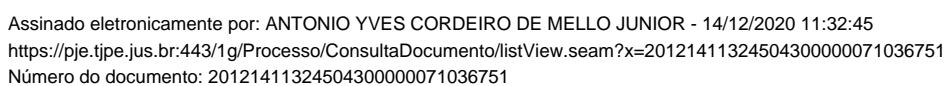
Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/01/2020 17:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1









**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
CPF de: Próprio
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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Juliani de Oliveira Cruz
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 8.100.164 SD5-PE
CPF: 098.059.294-18
Profissão: Desempregado
Endereço: R. Des. Cunha Vasconcelos, nº 42 - Boa Vista - Recife-PE / CEP: 50060-270
CEP: 50060-270
Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CESAR 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, TERREO, PIEDADE I
CEP: 51410-010 TABOÃO 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 pericia 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: Juliani de Oliveira Cruz

Recife, 12/08/2020.

Local e data

Juliani de Oliveira Cruz

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
CPF de: Próprio
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





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
72461693	14/12/2020 11:32	ANEXO 2	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: Naniés, 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

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: Naniés, 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

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 Saúde 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 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, Flávia de Oliveira CruzRG nº 8100.164, data de expedição 20/07/06 Órgão SPS-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 Lagoa</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) 9218.3735 / 8874.8283

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do representante legal



CPAT - RJ
18 NOV 2014
PREFEITURA VITORIA
EAD



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Bos Vistas - Recife - PE
CEP: 50.050-002
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
(01) 3491.0360 / 3431.8823
(11) 9219.0525 / 3075.6564
(01) 9218.3735 / 8874.8263

CONTATOS
(01) 3491.0360 / 3431.8823
(11) 9219.0525 / 3075.6564
(01) 9218.3735 / 8874.8263

CONTATOS
(01) 3491.0360 / 3431.8823
(11) 9219.0525 / 3075.6564
(01) 9218.3735 / 8874.8263





Seguradora Líder - DPVAT

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. 009/69.00970 - carta_01

00030405





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2014

Carta nº: 5785094

A/C: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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. 0019050109106 - carta_02

00070463



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

Imaginologia



0006

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.Civl...: 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. urato quando eu*
metaboliza no 1 dia com
dores no joelho @ depois diminuiu
E E FISICO: *em remissão*

pt. urato, urico, urico

HIPOTESE DIAGNOSTICA: *Gotose no joelho @*

CONDUTA TERAPEUTICA: *rx no joelho @*
1v. atenuar dor e inflamação
12.08
Elcio M. Cruz
Medico
CRM 21.58

EVOLUCAO: *rx - S/ mais afecção*
1v. atenuar dor @

DESTINO:
Encaminhado ao Ambulatório() Residência() Internação() Transferido()

Medico CRM: Hora:

Supervisor CRM:

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





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5919069

A/C: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Sinistro: 3140033276
Vítima: 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%

Gradação: 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 Vitimas 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
São José 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?

(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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo seqüela(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 (*).

() "Vitima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em: dias

() "Exame não permite conclusão"

Ver motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem seqüela 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 (Seqüela):

punho esquerdo

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

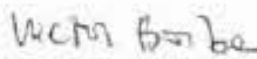
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

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

Assinatura do(a) Médico(a) Examinado(a):
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Victor Borba
CREMEPE 21268





ATATOS
12/08/2011 08:23
12/08/2011 08:24
12/08/2011 08:25





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 I
---------------------	---	--------------------

 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 I FOLHA 1/1	
		CRIANTE 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 Sefaz autorizadora
RAZÃO SOCIAL VEND. VEICULO NOVO D/E		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 987400042368679 16/08/2012 16:32:35
INSCRIÇÃO ESTADUAL 034011200	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO MUNICÍPIO 09.29.4944-0003-55	CNPJ 09.29.4944-0003-55

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

DUPPLICATAS	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
	398871	10/08/2012	2.999,00						

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

TRANSPORTADORA / VOLUMES TRANSPORTADOS		PLATAFORMA	UF	CNPJ / CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL	ENDEREÇO	PLATAFORMA	UF	CNPJ / CPF
QUANTIDADE	ESPECIE	Marca	RESERVAÇÃO	PESO BRUTO
1				0,00
				PESO LIQUIDO
				0,00

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO														
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / N	CF	CFOP	UNID.	QTD.	% ENTRADA	% DESC.	% TOTAL	ICMS	% ICMS	% IPI	ICMS	ICMS
34079	MOTORCICLETA ITALICA JCC 90 Modelo: LCC/800001/00000 Motor: 90CC Modelo: ITALICA 90 Velocidade: 100 km/h (Zona 520) (USP/RECU) (USP/RECU) Capacidade Tanque: 20 Litros Ano: 2010/2011 Reservatório: 10 Litros Motor: LCC/800001/00000 Cor: Preto Tipo de combustível: GASOLINA Potência: 65 CV a 7.000 rpm			069 5403	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	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PROCESSO: VN-2009-PR-ALVENA-1000 - VENDEDOR: ARGENTO - FORMA PAGO: A VISTA RG: 4.444.444-55-55 IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA CONFORME DECRETO 227/2001 E ALTERAÇÕES, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO.	RESERVAÇÃO DO FISCO
--	---------------------

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



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

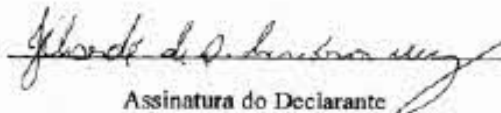
Eu, SILVANO DE OLIVEIRA ^{CBV} portador (a) da carteira de identidade de nº 8100.164 CPF 039.059.294-18, residente e domiciliado à R. Nantes, 22, SAO JOSE, PE na cidade de RECIFE.

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

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

Ao dispor para eventuais esclarecimentos,

Local - 07 de OUTUBRO de 2014.


Assinatura do Declarante





Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 660729

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

Tipo de Veículo 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	DI.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 _____

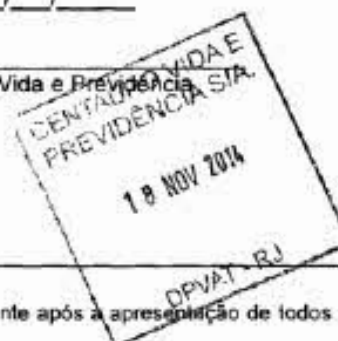
Data ____/____/____

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 Líder, 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: 666729

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 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 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 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, 4° 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



 Registaro 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
Cidade RECIFE	UF PE	CEP 50050-902
Telefones		
Email atendimento@salek.com.br		
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico ELCIO
		Valor(INVALIDEZ)
Beneficiários		
Nome JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ	Tipo Benef. Vítima	Vínculo VITIMA
CEP 50050-902	Endereço RUA NANTES 22	Bairro SAO JOSE
Profissão OUTROS	Complemento Ag.: 0046 C/P 52754-0	Cidade RECIFE
Banco: 104 Caixa Econômica Fede		DL.Nasc. 20/07/1990
		CPF/CNPJ 098.059.294-18
		UF PE
Renda R\$ DE 1,00 A 1.000,00		
Histórico		
Data 14/10/2014 14:36:27	Usuário MSA THAYS	Situação Pré-Cadastro não analisado
14/10/2014 19:27:16	MSA ANDRESSA	Pré-Cadastro com restrições
Detalhes das restrições		
FAVOR ENVIAR COMPROVANTE BANCÁRIO.		
22/10/2014 18:20:19	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 80cc, 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.		

CENTAURO VIDA
 PREVIDENCIA S/A.
 18 NOV 2014

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
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO
DP1ª CIRC DIM/1ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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 - 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), 9990, 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)
JOSE 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** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8100164/SDS/PE (RG), 09805929418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** 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** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

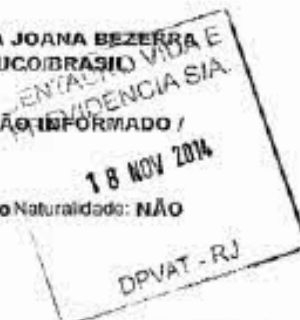
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

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
DP1ª CIRC DIM/1ª DESEC



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(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: 55000-090 - 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

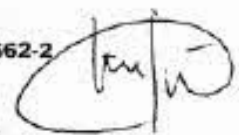


INFORMA O SR. JILIARDI QUE ESTAVA GUIANDO A SUA MOTONETA, SE DIRIGINDO AO SEU TRABALHO, QUANDO OUTRA PESSOA, REALIZANDO UMA MANOBRA PROIBIDA, PASSOU NA SUA FRENTE E ACABOU OCORRENDO A COLISÃO. ALEGA QUE CAIU E VEIO A SOFRER DIVERSAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. INFORMA TAMBÉM QUE FOI SOCORRIDO PELA SUA COMPANHEIRA PARA A UPA DE OLINDA. ALEGA, POR ULTIMO, 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

