

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, Jitand de Oliveira Cruz,
portador da carteira de identidade nº 8100164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.059.294-18,
residente e domiciliado na Rua: Nantes, nº 22 - bairro - Bairro São José - Recife
Cidade Recife, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou
impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do
Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não
realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90
(noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Recife, 18/07/2014
Local e data

Jitand de Oliveira Cruz
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jilmar de Oliveira Cruz,
portador da carteira de identidade nº 8100164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.059.294-18,
residente e domiciliado na Rua: Nantes, nº 22 - bairro - Bairro São José - Recife
Cidade Recife, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou
impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do
Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não
realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90
(noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Recife, 18/07/2014
Local e data

Jilmar de Oliveira Cruz
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

DANOS

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

Valor avaliado: 1.687,50

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jilrandi de Oliveira CruzRG nº 8100.164data de expedição 20/07/06 Órgão SDS-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: Nantas</u> |
| Número | <u>22</u> |
| Apto/Complemento | |
| BAIRRO | <u>Te Coque</u> |
| CIDADE | <u>Recife</u> |
| ESTADO | <u>PE</u> |
| CEP | <u>50050-902</u> |
| Telefone de Contato | <u>85007653 / 83373196 / 84483169</u> |
| E-mail | |

CONTATOS

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

Por ser verdade, firmo-me.

Recife, 18/08/2014
Local e dataX Jilrandi de Oliveira Cruz

Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal



PRVAT - RJ
18 NOV 2014
PREVIDÊNCIA
CENTAURO VIDA E



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

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

Data: 11.10.2013

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

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

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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2014

Carta nº: 5717056

A/C: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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



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

Imaginologia



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

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

RESUMO DE TRATAMENTO

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: HORA:

QUEIXA PRINCIPAL: *pt. machucado quando eu
motorista há 1 dia com
dor muito @ não dormia
em noite*
E FÍSICO: *Boa, eufórico, eufórico*

HIPOTESE DIAGNOSTICA: *Lesão pulso @*

CONDUTA TERAPEUTICA: *rx pulso @
@ 1 semana sem a dor*

12.10
Elio M. Cruz
Medico
CREMEPE 2

EVOLUCAO: *rx - 5/1000 de fadiga
@ 10 dias mais @*

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

Medico CRM: Hora:

Supervisor CRM:

Elio M. Cruz Jr.
Medico
CREMEPE 21.55

CENTAURO VIDA E
PREVIDENCIA S/A.
18 NOV 2014
DPVAT - RJ

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%

Graduação: Em grau médio 50%

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

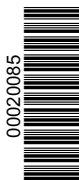
| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ | 1.687,50 |
|---|-----|----------|

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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

Resultado da Avaliação Médica

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

Contusao em punho esquerdo. 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

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

Punho esquerdo com discreta limitação da amplitude dos movimentos, função global da mão e do membro preservada.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

punho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

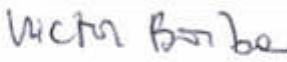
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

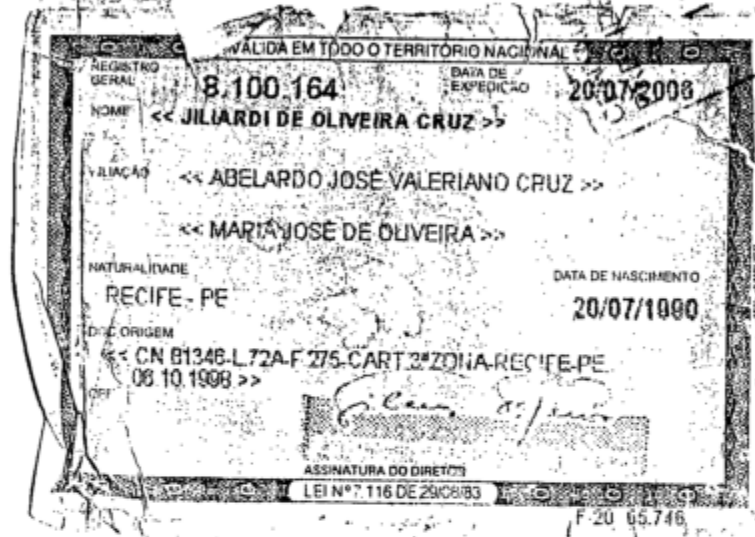
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Victor Borba
CREMEPE 21266



INTATOS
1.0360 / 3431.8823
J 0525 / 3075.6564
P 15 / 8874.8283





0029

Nº 2353
Série 1

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

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

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

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica0 - ENTRADA
1 - SAÍDANº 2353
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

2612 0809 2949 4400 0355 5500 1000 0023 5319 2686 4986

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

NATUREZA OPERAÇÃO

VEND. VEICULO NOVO D/E

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

987400042368679 10/08/2012 16:32:35

INSCRIÇÃO ESTADUAL

034011200

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBJ. TRIBUTÁRIO

CNPJ

09.294.944/0003-55

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

JOSE AILTON PEREIRA DA SILVA

CNPJ / CPF

535.123.594-34

DATA DA EMISSÃO

10/08/2012

ENDEREÇO

AVENIDA GETULIO VARGAS, 63 CASA

BAIRRO / DISTRITO

JANGA

CEP

53.439-009

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

10/08/2012

MUNICÍPIO

PAULISTA

FONE / FAX

UF

PE

DISCRICÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DE SAÍDA

16:32:35

DUPLICATAS

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

CÁLCULO DO IMPOSTO

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

TRANSPORTADORA / VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | | | | |
|---------------------|---------|-------|--|--|--------------------|------------------|----------------------|------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL | | | FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO | | CODIGO ANTT | PLACA DO VEICULO | UF | CNPJ / CPF |
| ENDEREÇO | | | MUNICIPIO | | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| QUANTIDADE 1 | ESPECIE | MARCA | NUMERAÇÃO | | PESO BRUTO 0,00 | | PESO LIQUIDO 0,00 | |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

| COD. PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | V. UNITÁRIO | V. DESC. | V. TOTAL | ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|---|--------|-----|------|-------|--------|-------------|----------|----------|------|---------|--------|------------|-----------|
| 343371 | MOTOCICLETA ITALIKA 40CC 201 Chassis: LLCJBB0401100830 Motor: VLOCIN Modelo: ITALIKA ST 50 Velocidade: NOVO (Zero KM) IMPORTADO Capacidade Veículo: 2 Passageiros Ano FABR/MOD: 2012/2012 Renavam: Motor: LC139F31B*LQ143865 Cor: Preta Tipo de combustível: GASOLINA Potência: 050 cv 2,90 cv | | 060 | 5405 | UN | 1,00 | 2.999,00 | 0,00 | 2.999,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO: VN-2979 PRÉ-VENDA: 3988 - VENDEDOR: AUGUSTO FORMA PGTO: A VISTA
RG: 6.485.188-505-PE
IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA CONFORME DECRETO 2317/2001 E ALTERAÇÕES, SEM
RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO.

RESERVADO AO FISCO

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.Desenvolvido por SIG-SFS
18 NOV 2014

DPVAT - RJ

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

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

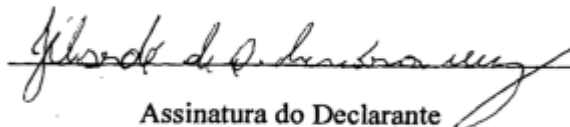
Eu, SILVANI DE OLIVEIRA^{CRUZ} portador (a) da carteira de identidade de nº 8100.164 CPF 099.059.294-18, residente e domiciliado à R- NANTES, 22, SAO JOSE, PE na cidade de RECIFE.

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 | Dt.Nasc. | CEP | CPF/CNPJ |
| JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ | Vítima | VITIMA | 20/07/1990 | 50050-902 | 098.059.294-18 |

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

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

Local do Aviso _____

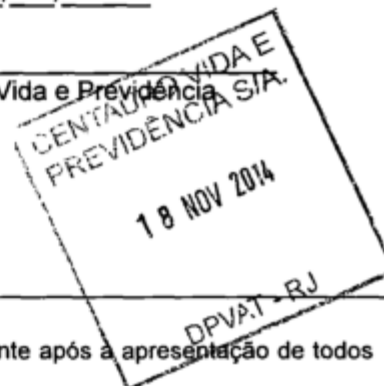
Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário _____

Centauro Vida e Previdência



Atenção :

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

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

Centro - Cep: 20031-007

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

site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 660729

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

| | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo | | Placa ZZZ-0000/PE | |
| Nome da Vítima JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ | | Natureza 2 - INVALIDEZ | |
| Tipo Sinistrado 3 - Motorista | Data Nascimento 20/07/1990 | Tipo de CPF 0 - Possui CPF | CPF da Vítima 098.059.294-18 |
| | | | Data Ocorrência 12/07/2014 |

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

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

() DUT Nº _____ () _____ () _____

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

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

Beneficiários

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

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

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

Local do Aviso _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência

Atenção :

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

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

Centro - Cep: 20031-007

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

site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Registro de Sinistro



DP.: 111

Processo: 0000/660729

Código: 660729

| | | | | | |
|---|--|--|----------------------------------|---------------------------------|--|
| Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO | | Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE | | Sub-Parceiro MR ASSESSORIA | |
| BO Nº 140091001876 | Data BO 30/10/2014 | DELEGACIA DEL DE POL DA 001A - RIO BRANCO | | | |
| Placa ZZZ-0000/PE | Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo | | | IML | |
| Nome da Vítima JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ | | | Tipo Sinistrado 3 - Motorista | | Natureza 2 - INVALIDEZ |
| Sexo Sinistrado MASCULINO | Data Nascimento 20/07/1990 | Tipo de CPF 0 - Possui CPF | | CPF da Vítima 098.059.294-18 | Data Ocorrência / Hora 12/07/2014 / 22:00 |
| Cidade RECIFE | UF PE | CEP 50050-902 | Telefones | | |
| Email atendimento@salek.com.br | | | | | |
| Qtde.Benef. 1 | Data Óbito | Médico ELCIO | | | Valor(INVALIDEZ) |

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

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

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A
18 NOV 2014

Atenção :

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

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

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

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

RIO DE JANEIRO - RJ

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



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

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)**, 9999, PRÓXIMO AO FÓRUM DO RECIFE - Bairro: **ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

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

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

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

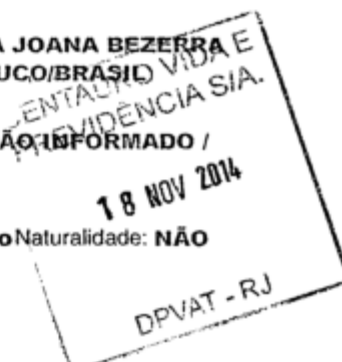
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

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

Chassi: **LLCJBBC0401100830**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

Descrição: **MOTONETA SHINERAY - PRETA ITALIKA ST 50 48CC 201**



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**





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **14E0091001706**

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

Complementa o BO Número: **14E0091001684**

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA**
Pai: **ABELARDO JOSÉ VALERIANO CRUZ** Data de Nascimento: **20/7/1990** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8100164/SDS/PE (RG), 09805929418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO (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** 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



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**

