

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: 00000052754-0

Nr. da Autenticação 66E2A25378E0316E

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jilmar de Oliveira Cruz

portador da carteira de identidade nº 8100 164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.059.294-18,
residente e domiciliado na Rua: Nantes, nº 22 - Bogue - Bairro São José - Rio de Janeiro,
Cidade Rio de Janeiro, Estado RJ, declaro, sob as penas da lei, que estou
impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do
Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

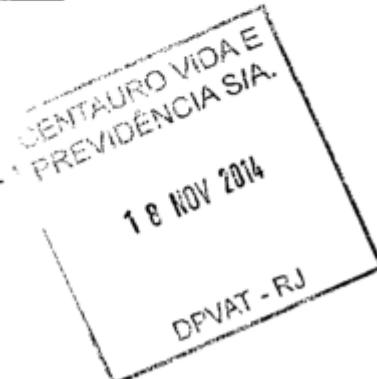
Rio de Janeiro, 18/07/2014

Local e data

X Jilmar 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 8100 164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.059.294-18,
residente e domiciliado na Rua: Nantes, nº 22 - Bogue - Bairro São José - Rio de Janeiro
Cidade Rio de Janeiro, Estado RJ, declaro, sob as penas da lei, que estou
impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do
Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

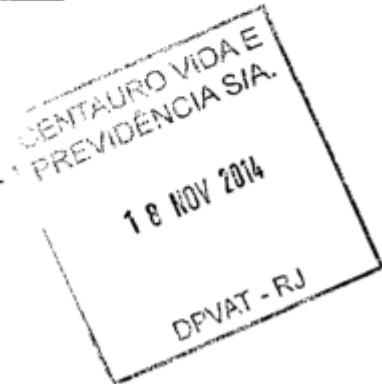
Rio de Janeiro, 18/07/2014

Local e data

X 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 **Data do acidente:** 12/07/2014 **Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO CRUZ
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 sequelas
Data da perícia: 02/12/2014
Conduta mantida:
Observações:
Valor pleiteado: 13.500,00
Médico avaliador: Victor Ramires Reynaux Borba
UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

Valor avaliado: 1.687,50



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jikandi de Oliveira Cruz
 RG nº 8100.164, data de expedição 20/07/06, Órgão PDS - PE
 CPF 098.059.294-18, Venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de
 endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento
 comprobatório em nome de terceiro:

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

CONTATOS

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

Por ser verdade, firmo-me.

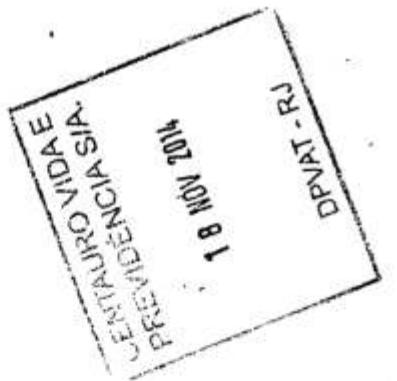
Recife, 18/07/2013

Local e data

X Jikandi de Oliveira Cruz
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal





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

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

Data: 11.10.2013

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

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

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



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.

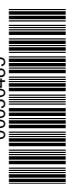
ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2014

Carta nº: 5785094

A/C: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

Atendimento: 684797 Data: 13/07/2014 Hora: 11:35
Médico: 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...:
Endereço...: NANTES, 22 - SAO JOSE - Cep.: 50090640
Cidade....: RECIFE PE Fone: 85007653
Convenio...: SUS - PRONTO ATENDIMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ HORA: _____

QUEIXA PRINCIPAL: *Perda súbita de peso com*
intolerância à urina com
dores públicos. Nephrolithiasis
Exame Físico: *Exame normal*

Exa, urinário, exames

HIPÓTESE DIAGNOSTICA: *Edem pélvico*

CONDUTA TERAPEUTICA: *Nx pélvico*

Oxistensão flutuante

tojo
Elcio M. Cruz
Médico
CREMEPE 21.56

EVOLUÇÃO: *Nx - S/ mudar de fadiga*

Ox alto liso

DESTINO:

Encaminhado ao Ambulatório () Residência () Internamento () Transferido ()

Médico CRM: *Elcio M. Cruz* Hora: *18 NOV 2014*

Supervisor CRM: *Centro de Vida e*

Previdência Social

18 NOV 2014

DPVAT - RJ



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2014

Carta n°: 5919069

A/C: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000046

Conta: 0000052754-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	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%

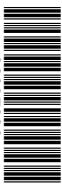
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

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

(X) Sim () Não

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

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

(X) Sim () Não

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

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

Tratamento conservador com imobilização por 30 dias aproximadamente.

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

(X) Sim () Não

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

Punho esquerdo com discreta limitacao da amplitude dos movimentos, funcao global da mao e do membro preservada.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

punho esquerdo

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Total = "100% da IS"

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

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

Victor Borba
Dr. Victor Borba
CREMEPE 21266

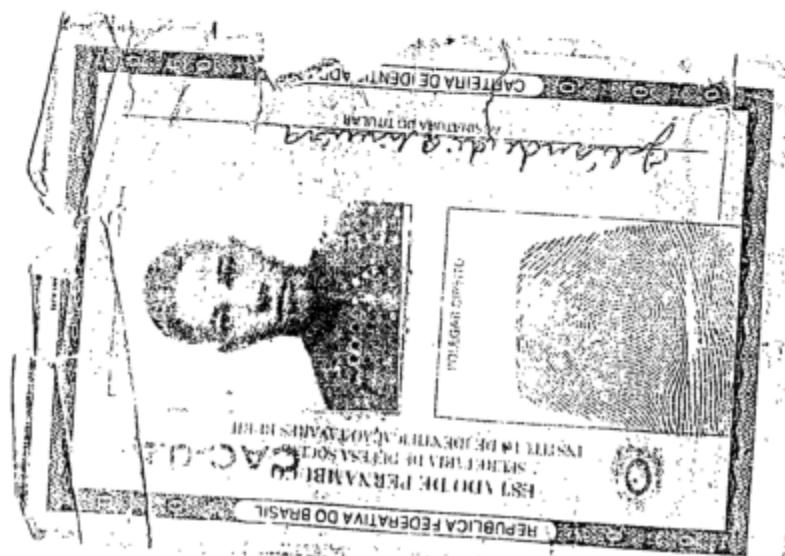


Documentos de identidad

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page.

20043

		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	B. 100.164	DATA DE EXPEDIÇÃO	
NOME	<< JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ >>		
VIAÇÃO	<< ABELARDO JOSE VALERIANO CRUZ >>		
	<< MARIA JOSE DE OLIVEIRA >>		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
RECIFE - PE	20/07/1990		
DOC ORIGEM			
<< CN B1346-L72-A-F 275-CART 3 ^º ZONA RECIFE-PE 06.10.1998 >>			
OFF	<i>G. Lamego - 07/07/00</i>		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			
F-30 66.746			



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

Outros

00291

1177

Nº 2353

Série 1

DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	
 EKT LOJAS DE DEPARTAMENTO LTDA. AV. PRESIDENTE KENNEDY 1929 PEIXINHOS OLINDA PE 53390-009		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA 1 Nº 2353 SÉRIE 1 FOLHA 1/1	
		 CHAVE DE ACESSO 2612 0809 2949 4400 0355 5500 1000 0023 5319 2686 4986	
		Consulta de autenticidade no Portal Nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada	
NATUREZA OPERAÇÃO VEND. VEICULO NOVO D/E		PROTÓCOLO DE ALTA/ABERTURA DE ISSO 987400042368679 10/08/2012 16:32:35	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 034011200		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. 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	
ENDERECO 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	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		HORA DE SAÍDA 16:32:35

DUPLICATAS

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

CÁLCULO DO IMPOSTO

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

TRANSPORTADORA / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	INCH/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
343371	MOTOCICLETA ITALIKA 180CC 201 Chassi: LLC/BBC0401100830 Motor: 180CCN Modelo: ITALIKA ST 50 Veículo: NOVO (Zero KM) IMPORTADO Capacidade Veicular: 2 Passageiros Ano FABRIC: 20120842 Reservado: Motor: LC139FMB*LQ143865 Cor: Preta Tipo de combustível: GASOLINA Potência: 050 cc 2,90 cv	060	5405		UN	1,00	2.999,00	0,00	2.999,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: VN-2979 PRE-VENDA: J988 - VENDEDOR: AUGUSTO FORMA PGT: A VISTA RG: 6.451.188 SDS-PE IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA CONFORME DECRETO 22217/2011 E ALTERAÇÕES, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

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



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

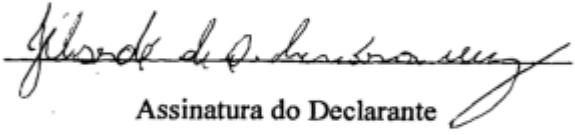
Eu, SILVANDI DE OLIVEIRA^{CRVZ}, portador(a) da carteira de identidade de nº 8100.164 CPF 098.059.291-18, residente e domiciliado à R-Nantes, 22, SAO JOSE, PE na cidade de RECIFE.

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

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

Ao dispor para eventuais esclarecimentos,

Local - 07 de OUTUBRO de 2014.


Assinatura do Declarante





Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 660729

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

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

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

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

() DUT Nº _____ () _____ () _____

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

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

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ	Vitima	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.:

Local do Aviso _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência
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

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	Vitima	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.: 111Processo: 0000/660729Código: 660729

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE	Sub-Parceiro MR ASSESSORIA	
BO Nº 140091001876	Data BO 30/10/2014	DELEGACIA DEL DE POL DA 001A - RIO BRANCO		
Placa ZZZ-0000/PE	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			IML
Nome da Vítima JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ			Tipo Sinistrado 3 - Motorista	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.	Data Óbito	Médico ELCIO	Valor(INVALIDEZ)	

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

Histórico

Data	Usuário	Situação
14/10/2014 14:36:27	MSA THAYS	Pré-Cadastro não analisado
14/10/2014 19:27:15	MSA ANDRESSA	Pré-Cadastro com restrições

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

CENTAUR VIDA &
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
 DP1ºCIRC DIM/1ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 14E0091001876



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2014** às **15:18**

Complementa o BO Número: **14E0091001875**

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

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOM PAULO II - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 9999, PRÓXIMO AO FÓRUM DO RECIFE - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA 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 FRENTES E ACABOU OCORRENDO A COLISÃO. ALEGA QUE CAIU E VEIO A SOFRER DIVERSAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. INFORMA TAMBÉM QUE FOI SOCORRIDO PELA SUA COMPANHEIRA PARA A UPA DE OLINDA. ALEGA, POR ÚLTIMO, QUE NO ACIDENTE PERDEU ALGUNS DOCUMENTOS, INCLUSIVE A NOTA FISCAL DA MOTONETA.

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

Jiliardi de Oliveira Cruz
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
(VITIMA)

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





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 14E0091001706

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

Completa o BO Número: **14E0091001684**

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

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

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

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

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

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Descrição: **MOTONETA SHINERAY - PRETA**

Complemento / Observação



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

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

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

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

