



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
73413737	11/01/2021 16:27	2772230_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 22ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00727047620208172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Deferimento.

RECIFE, 8 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





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
73413738	11/01/2021 16:27	ANEXO 1	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas



14/12/2020

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



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

Num. 72461691 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 2



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. 0082/00822 - carta_03 - INVALIDEZ

00040411

Carta nº 16054898



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

Num. 72461691 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 3



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:

CEP:

E-mail:

renatamalheiros@outlook.com

Tel.(DDD):

(81) 99543-4554

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

RENDA 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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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) ☐ Divorçado ☐ 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

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



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

Num. 72461691 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 4



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



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

Num. 72461691 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 5

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)

A



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

Num. 72461691 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 6



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:

Juliardi de Oliveira Cruz

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

Nome completo:

Juliardi de Oliveira Cruz

CPF:

098.059.294-18

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

renatamalheiros@outlook.com

Tel.(DDD):

(81) 99543-4554

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

RENDA 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)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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

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

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

Num. 72461691 - Pág. 6

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101116275081800000071961953
Número do documento: 2101116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 7

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. 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

CLASSIFICAÇÃO

B1 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	0,38458685	43,75
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	214,0000000	0,40509850	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)
3010108589	CA1	17/06/2020	34.361,00	20/07/2020	34.795,00	33	1,00000		434,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh

JUL 20 434

421

458

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

ICMS
PIS
COFINS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	92,71	32,51%
Transmissão	13,14	4,81%
Distribuição (Celpe)	69,12	24,24%
Perdas de Energia	22,18	7,78%
Encargos Setoriais	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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101116275081800000071961953>
Número do documento: 2101116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 8

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 / 55 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Juliardi de Oliveira Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 098.059.294 / 18, do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Juliardi de Oliveira Cruz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 098.059.294 / 18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		<u>1551</u>	<u>Sala 01 - Térreo</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Piedade</u>	<u>Jaracatã dos Guararapes</u>	<u>PE</u>	<u>54410-010</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>renato.malh@outlook.com</u>			<u>(81) 99543-4554</u>

Recife, 18 de agosto de 2020
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



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

Num. 72461691 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 10

Atendimento: 1575877

Senha da Classificação:

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

0228

Paciente: 321303 JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ Sexo: MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 20/07/1990 Idade: 29 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA JOSE DE OLIVEIRA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: NANTES 22 Bairro: SAO JOSE
Cidade/UF: RECIFE PE Cep: 50090940 Usuário Atendimento: DAYANNELS
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 86178235
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dores no antebraço e mão direita - 05 dias

Exame Físico

Antebraço e mão direita

Hipótese Diagnóstica

Doença do antebraço e mão direita 030106010-0

Conduta Terapêutica

Antebraço e mão direita

Prescrição Médica

Doença do antebraço e mão direita
Doença do antebraço e mão direita
Doença do antebraço e mão direita
Doença do antebraço e mão direita

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Mão - ORTOPEDIA

Senha: 5852762

Carimbo Médico

Dr. Ayron Peres
Ortopedia - Traumatologia
CRM / PE: 22080



1575877

IMOBILIZAÇÃO



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

Num. 72461691 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 11

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: URGENCIA - 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



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

Num. 72461691 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 12



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

Num. 72461691 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 13



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

Num. 72461691 - Pág. 13



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 14

 **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



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

Num. 72461691 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 15

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232614/20

Vítima: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
CPF: 098.059.294-18
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 04/01/2020
Titular do CPF: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ : 098.059.294-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/08/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



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

Num. 72461691 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 16

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Juliardi de Oliveira Cruz
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 8.100.164 SDS-PE
CPF: 098.059.294-18
Profissão: Desempregado
Endereço: R. Des. Cunha Barreto, 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, TERCEIRO, PIEDADE I
CEP: 54410-010 TABOATÃO 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: Juliardi de Oliveira Cruz

Recife, 12/08/2020.

Local e data

Juliardi de Oliveira Cruz
Assinatura do OUTORGANTE
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



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

Num. 72461691 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 17

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232614/20

Vítima: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

CPF: 098.059.294-18

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 04/01/2020

Titular do CPF: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ : 098.059.294-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/08/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



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

Num. 72461691 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 18



14/12/2020

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



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

Num. 72461693 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 20



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jehand 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: Baixo São João - 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

Jehand de Oliveira Cruz
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal



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

Num. 72461693 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 21



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jehand 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: Baixo São João - 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

Jehand de Oliveira Cruz
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal



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

Num. 72461693 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 22

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3140033276	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez
Vítima: JILARDI 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	Gradação
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Jilrandi de Oliveira Cruz
RG nº 8100.164, data de expedição 20/07/06 Orgão SPDS - PE

CPF 098.059.294-18 Venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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

CONTATOS

(81) 3491.0360 / 3431.8823
(81) 5219.0525 / 3075.8584
(81) 5218.3735 / 8874.8283

Por ser verdade, firmo-me.

Recife, 18/08/2014
Local e data

X Jilrandi de Oliveira Cruz
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal



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

Num. 72461693 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 24



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Bos Vistas - Recife - PE
CEP: 50.858-902
CNPJ: 10.835.932/0001-68

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

Data: 11.10.2013

CONTATOS
(81) 3491.0360 / 3431.8823
(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



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=20121411324528100000071036752>
Número do documento: 20121411324528100000071036752

Num. 72461693 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 25



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



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

Num. 72461693 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 26



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2014

Carta n°: 5785094

A/C: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Sinistro: 3140033276
Vitima: 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. 0090300006 - carta_02

00070463



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

Num. 72461693 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 27

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

Imaginologia



00000



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. urate quando eu
intercalava no 1 dia com
dor pulso @ tipo oleo de
E E FISICO: *em dor**

*pt. urate quando eu
intercalava no 1 dia com
dor pulso @ tipo oleo de
E E FISICO: *em dor**

HIPOTESE DIAGNOSTICA: *Artrite pulso @*

CONDUTA TERAPEUTICA: *rx pulso @
Ov. 100mg 1x ao dia
12.10*
*Elio M. Cruz
Médico
CRM 21.37*

EVOLUCAO: *rx - 5/1000 de fadiga
Ov. 100mg 1x ao dia @*

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

Controle de Infeccao - Agua, Sabao e Bom Senso. (CCIH - IMIP)



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=20121411324528100000071036752>
Número do documento: 20121411324528100000071036752



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2014

Carta n°: 5919069

A/C: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000046

Conta: 0000052754-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00169/00170 - carta_15R

00020006



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

Num. 72461693 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 29

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jilardi de Oliveira Cruz
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nantes, 22
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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- Existindo sequelas 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 | () "Sem sequelas permanentes"
(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: (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 - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Victor Borba
CREMEPE 21268



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

Num. 72461693 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 30



ANEXOS
1. CNH - 3451.8829
2. RG - 3451.8829
3. RG - 3451.8829



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

Num. 72461693 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 31

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

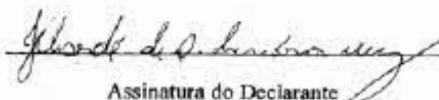
Eu, SILVANI DE OLIVEIRA ^{CPF} portador (a) da carteira de identidade de nº 8100.164 CPF 088.059.294-18, residente e domiciliado à R. Nantes, 22, SAO JOSE, PE na cidade de RECIFE.

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



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

Num. 72461693 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 33



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 _____

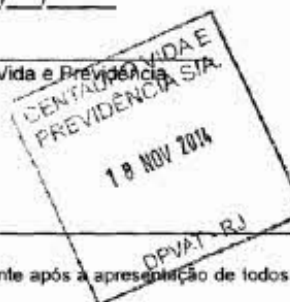
Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário _____

Centauro Vida e Previdência S/A _____



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



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

Num. 72461693 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 34



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 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




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=20121411324528100000071036752>
Número do documento: 20121411324528100000071036752

Num. 72461693 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 35

 Registro de Sinistro		DP.: 111 Processo: 0000/660729 Código: 660729
Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE
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
Nome da Vítima JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ		Tipo Sinistrado 3 - Motorista
Sexo Sinistrado MASCULINO		Data Nascimento 20/07/1990
Tipo de CPF 0 - Possui CPF		CPF da Vítima 098.059.294-18
Cidade RECIFE		Data Ocorrência / Hora 12/07/2014 / 22:00
Email atendimento@salek.com.br		
Qtde.Benef. 1	Data Óbito 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 Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 0046 C/P 52754-0	Dt.Nasc. 20/07/1990
	Renda R\$ DE 1,00 A 1.000,00	Cidade RECIFE
		CPF/CNPJ 098.059.294-18
		UF PE
Histórico		
Data 14/10/2014 14:36:27	Usuário MSA THAYS	Situação 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 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 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

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

RIO DE JANEIRO - RJ

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



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

Num. 72461693 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
 Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 36



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0091001875



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

Complementa o BO Número: 14E0091001875

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

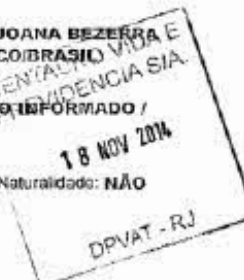
DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

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

Chassi: **LLCJBBC0401100830**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**
Descrição: **MOTONETA SHINERAY - PRETA ITALIKA ST 50 48CC 201**



30/10/2014 15:16



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

Num. 72461693 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 37

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
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
(VITIMA)

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



30/10/2014 15:16



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

Num. 72461693 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
 Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 38



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0091001706

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

Complementa o BO Número: 14E0091001684

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA** Pai: **ABELARDO JOSÉ VALERIANO CRUZ** Data de Nascimento: 20/7/1990 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 8100164/SDS/PE (RG), 09805929418 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO (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: 55000-090 - 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 16:28



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

Num. 72461693 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

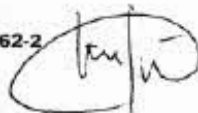
Num. 73413738 - Pág. 39

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



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

Num. 72461693 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/01/2021 16:27:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011116275081800000071961953>
Número do documento: 21011116275081800000071961953

Num. 73413738 - Pág. 40



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
73413739	11/01/2021 16:27	ANEXO 2	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas



Guia - Ficha de Compensação

			N° DA CONTA JUDICIAL	
			0	
N° DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	TIPO DE JUSTIÇA
		21/12/2020	0	ESTADUAL
DATA DA GUIA	N° DA GUIA	N° DO PROCESSO		
21/12/2020	040271700412012150	00727047620208172001		
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
PE	Vara Cível	RÉU	200,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A		Jurídica	09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ		FÍSICA	09805929418	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
CBB3B60D483ED743				
CÓDIGO DE BARRAS				
10498.39291 94000.100043 12498.121198 3 84990000020000				

