



Número: **0021090-66.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE VANDERLEY DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56448 380	14/01/2020 17:07	<u>2616983_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00210906620198172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE VANDERLEY DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou fratura do complexo ziomático esquerdo, enquadrando a lesão no segmento de órgãos e estruturas crânio-faciais em grau residual (10%) , efetuando o pagamento no valor de R\$1.350,00:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:07:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417072949000000055531364>
Número do documento: 20011417072949000000055531364

Num. 56448380 - Pág. 1

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136498

Cidade: Cachoeirinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE VANDERLEY DA SILVA

Data do acidente: 16/07/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do complexo zigomático esquerdo.

Descrição do exame: Vítima se queixa de cefaleia, episódios de epistaxe, obstrução nasal, tontura e anestesia em hemiface esquerda
médico pericial: (superior). Ao exame, apresenta cicatriz na hemiface esquerda.

Resultados terapêuticos: O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos. Recebeu alta definitiva.

Sequelas permanentes: Dano crânio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonómica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando a mesma lesão antes detectada pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no segmento de órgãos e estruturas crânio-faciais com repercussão leve (25%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no segmento de órgãos e estruturas crânio-faciais com repercussão residual (10%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão leve (25%), uma diferença gradual de 15%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:07:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417072949000000055531364>
Número do documento: 20011417072949000000055531364

Num. 56448380 - Pág. 2

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.350,00 (mil, trezentos e cinquenta reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:07:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417072949000000055531364>
Número do documento: 20011417072949000000055531364

Num. 56448380 - Pág. 3



Número: **0021090-66.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

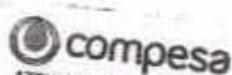
Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE VANDERLEY DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56448 381	14/01/2020 17:07	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



CNPJ 09.769.035/0001-54
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - NBU. - 00069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gomíval Alvis de Almeida inscrito (a) no CPF/CNPJ 983 756 904-150, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Vanderley da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 033 274 244-03, do sinistro de DPVAT cobertura invalidizante da Vítima Jose Vanderley da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 033 274 244-03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor Renda: R\$ 1000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Jose Pedro da Silva</u>		Número	<u>81</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Cachoeirinha</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>9928-6730</u>	Telefone celular (DDD)	<u>7909-9238</u>

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Cachoeirinha, 05 de março de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maria Valderlina da Silva

RG: 2459801, data de expedição 30/11/2014

Órgão SOSPE, portador do CPF 077.177.224-61, com

domicílio na cidade de Cachoeirinha, no Estado de
Rio Grande do Sul, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Rua José Rubens Baumundo, nº 18,

complemento lateral, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima José Valderlino da Silva,
cujo o condutor era Maria Valderlina da Silva.

Veículo: moto

Modelo: Honda Biz 125 cor prata

Ano: 2016

Placa: PEJ 8939

Chassi: 9E2J4830JR213027

Data do Acidente: 16:07:2017

Local e data do cartório: Cachoeirinha

Maria Valderlina da Silva

Assinatura do Declarante

Maria Valderlina da Silva

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECEBIDO

Obs: Reconhecer firma por autenticidade

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA
Endereço: Rua Lúcia Valerlina Melo, 156 - Centro - CEP: 50.060-000 - Fone/Fax: (51) 3211-1700/1701 - Fax: (51) 3211-1700

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARIA VALDERLINA DA SILVA, do nº 16, da testemunha da verdade, Cachoeirinha, 01/02/2018.
Fone: (51) 3211-1700, Celular: (51) 99964-3536, Sefaz/RS: 0076435, CRD10201702.00877. Consulta autenticidade:
www.tregrs.jus.br/autodigital. End.: R\$ 3,00 - 100% R\$ 0,80 -
FENCI: R\$ 0,40
a Valerlina Melo e Silva - Testemunha



DOCUMENTO
ORIGINAL

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE VANDERLEY DA SILVA	Atendimento: 337851	Prontuário: 301674		
Data Nasc.: 21/02/1980	Idade: 37	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA	Religião:
CPF:	RG:	CNS: 704865562405849		
Endereço: TRAV VALERIANO ALVES		Nº: 27		
Bairro: CENTRO	Cidade: CACHOEIRINHA	Estado: PE		
CEP: 55380000	Fone: 79099238	Profissão: FUNCIONARIO PÚBLICO MUNICIPAL		
Nome da Mae: MARIA DE LOURDES DA SILVA				
Acompanhante:				
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA				
Clínica: ODONTOLOGIA C TRAUM B.M.F				

2 - ATENDIMENTO Data: 16/07/2017 21:09 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vítima de colisão motocicleta, reagiu com desmaio, desmaio, devido a um soco de cinturamento. Afastado.

Exame Físico:

Observar spontâneo em agir calmo e atencioso. Orelhas observar em boas as membranas tímpanos estufados, sem nenhuma perda de audição.

Diag. Provisional:

Fratura de crânio expandida

16/07/17

① Ausculta
② Sonda de lavagem
③ Sonda de gástrica

Prescrição:

A Dieta:

Data:

Horário

4# Radiologia Biomédica Referência para la radiografia Fratura de crânio expandida		
C:	① Laringe + traqueia ② Aorta cervical ③ Tórax ④ Radiografia de crânio ⑤ Sonda ⑥ PET	05.802.494/0001-47 TRABALHO CORRETORA DE SEGUIMENTO LTDA 26 MAR 2018 Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL-E Boa Vista - CEP: 50160-010 REC/DF-45

1 dir.2





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde

Nome: José Iberê Ruy Silveira, 37 anos

Rua São José 10 - Bairro 16
CEP 5213905

M. Tumor de face. (hansen o).
elongado/5

Em preparação para cirurgia.

Dr. Thiago Lima
Médico
CREMEPE 18477

12/02/12
Data:

Médico

Paciente

Descrição	Quant.	Apresentação	Dosagem

Data:

Assinatura do Médico

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETÓRA
DE ESTILOS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste | SESIPE

ESTILOSPF





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
CACHOEIRINHA – PERNAMBUCO
PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA



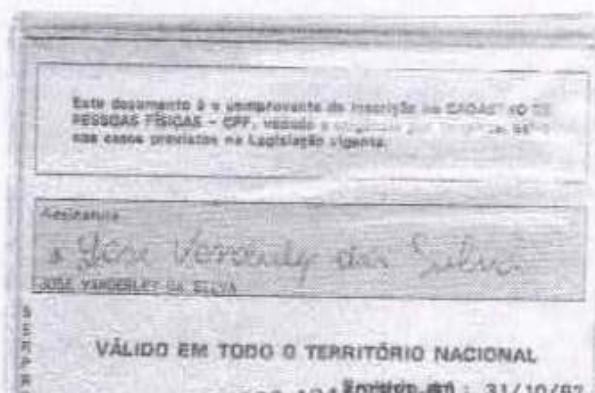
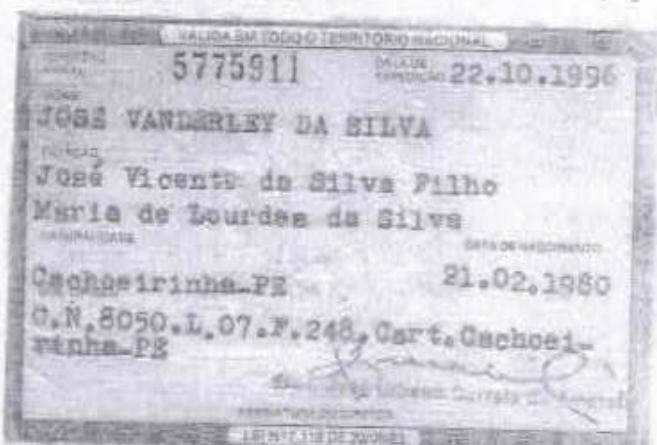
PACIENTE	Nome	José Vonderley Silveira	Data	16/07/2013
	Sexo	Homem	Idade	37 Anos
	Naturalidade	Cachoeirinha	Cor	Pardo
	Endereço	Trov. Valerio Silveira - cont.	Data de Nascimento	01/02/1980
	Procedência	Cachoeirinha		
	Pessoa de quem depende	O Meu	Parentesco	
Endereço				
Trazido por		Fone		
Endereço				
Local do Acidente		Data	/ /	Hora
Natureza	<input type="checkbox"/> Casual	<input checked="" type="checkbox"/> Acid. no Transito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio	
Do	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outros Causas	
Acidente	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/>	

RECEPCIONISTA

Atendimento	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico		HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO
Pressão Arterial	MX	MN		
P脉		BPM		
Temperatura	°C		Peso	
Queixa Principal	e HDA			
Dor de fome				

AVALIAÇÃO MÉDICA	Exame Físico	05.802.494/0001-47
		TRAÇÃO CORRETORA
		DE SEGUROS LTDA
		26 MAR 2013
		Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
		Bela Vista - CEP: 50.060-010
		RECIFE - PE
Hipótese Diagnóstica	Dr. Thiago Lima	
	Médico	
	CREMEPE 18477	





26 MAR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

CEP 50.060-010



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:07:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417072961000000055531365>
 Número do documento: 20011417072961000000055531365

Num. 56448381 - Pág. 9



26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECISTRE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:07:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417072961000000055531365>
Número do documento: 20011417072961000000055531365

Num. 56448381 - Pág. 10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS CIDADÃOS

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 0132222351820
VIA
1 1097663738
PLACA
077-177-224-61
DATA
2017

MARIA VALERIA DA SILVA
ENDERECO
CEP / CID: 52020-939
FONE / CEL: 32930483000213027

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

VEÍCULO
MARCA / MODELO: FIAT
ANO FAB.: 2016
CAT. / NOTA: 2P/124GTS

ESTAMOS COMBINANDO OS DADOS DE SEU VÉHICULO COM OS DADOS DO TITULAR DO TÍTULO DE PROPRIEDADE, ALESSANDRA LÍDER DA SILVA.	
PE N° 0132222351820 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
SERIA: VALERIA DA SILVA	
55380-000	
CNPJ: 040000000001-98	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA SEUS IMÓVEIS DA SERRA, LESTE NO VENHO AS COSECHES/2016 EM GERAL DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXPIRAÇÃO	DATA EMISSÃO
2017	05/03/17
VIA	CPF / CNPJ
1	077-177-224-61
RENAVAM	INSCRIÇÃO
10874653730	10874653730
ANO FAB.	ANO FAB.
2016	2016
DATA	DATA
05	05
PRÊMIO TARIFÁRIO	
PREÇO	VALOR DO PRÉMIO
SEGURADO PAGO	VALOR DO PRÉMIO
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
05/03/2017	05/03/2017
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ: 040000000001-98	
Andressa Souza Thamiro	
Dir. Exec. Presidente Detran/PE	
25 MAR. 2018	
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C Boa Vista - CEP: 50.060-010	
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:07:29 https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417072961000000055531365	
Número do documento: 20011417072961000000055531365	
Num. 56448381 - Pág. 11	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136498 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VANDERLEY DA SILVA **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136498 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VANDERLEY DA SILVA **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do complexo zigomático esquerdo.

Descrição do exame Vítima se queixa de cefaleia, episódios de epistaxe, obstrução nasal, tontura e anestesia em hemiface esquerda
médico pericial: (superior). Ao exame, apresenta cicatriz na hemiface esquerda.

Resultados terapêuticos: O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos. Recebeu alta definitiva.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo mencionados:

1. Outorgante José Vanderley da Silva {
portador(a) do documento de identidade nº 5.775.933 expedido por SSP PE
22/10/1996 inscrito no CPF sob o nº 033.274.944-03 residente na
Rua Intendente José Agripino, nº 301 CSB
complemento Casa, Bairro Setoramento José Agripino
Cachoeirinha, Estado PE.
2. Outorgado General Alves da Almada
portador(a) do documento de identidade nº 6.297.060 expedido por SSP PE, em
07/11/98 inscrita no CPF sob o nº 983 756 104-90 residente na
Rua José Pedro da Silva, nº 87
complemento Casa, Bairro Centro, Cidade
Cachoeirinha, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

 Cachoeirinha, 09 de fevereiro de 2018
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETOHA
DE SERVIÇOS LTDA
Outorgante José Vanderley da Silva 26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

PPCITF-SE



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE
Tribunal: VERA LUCIA VALÉNCIA MELO E SILVA / Assentadoria: DIVA LUCIA SINCET VALÉNCIA DE MELLO FRIZZONI
R. São Vicente de Britto, 100 - Centro - 527 00000-000 - CEP: 50.000-000 - Telefone: (51) 326-1122 - 326-1123
Responso: Por Autenticidade e Firma de JOSÉ VANDERLEY DA SILVA, datado 06.02.2018, em testamento da verdade, Cachoeirinha, 09/02/2018.
09/02/18. Selo(s) 0076155.E3710201702.01312. Consulte autenticidade
em <http://ppcitf.sejpe.jus.br/eletrodigital>. Encartes: R\$ 1,00 - TFR: R\$ 0,90 -
FERE: R\$ 0,40
Firma: Lúcia Valenga Melo e Silva - Talhada

RECIDO SOMENTE COM O SELO
DE FISCALIZAÇÃO

26/01/2018

DOCUMENTO
ORIGINAL





Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE VANDERLEY DA SILVA

Nº Sinistro: 3180136498
Vitima: JOSE VANDERLEY DA SILVA
Data do Acidente: 16/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180136498**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12579399



Pag. 01595/01596 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:07:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417072961000000055531365>
Número do documento: 20011417072961000000055531365

Num. 56448381 - Pág. 15



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE VANDERLEY DA SILVA

Sinistro: 3180136498
Vítima: JOSE VANDERLEY DA SILVA
Data do Acidente: 16/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180136498** foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pal, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos. - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pal, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima

033.274.244-03

Nome completo da vítima

José Vanderley da Silve

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: José Vanderley da Silve	CPF titular da conta: 033.274.244-03	Endereço: 1010 Fazenda José Agripino	Nome: 101 CSB	Residência: CASA
Endereço: José Agripino	Número: PE	Cidade: Pachoeirinha	Estado: PE	CEP: 55380-000
Bairro: Centro				Teléfono (DDI): (83) 9 7909 9238
Email: joselvanderleyda.silve@gmail.com				

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)			
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 6991	D/V 166	CONTA NRO. 166	B/V P
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome: _____			
AGÊNCIA NRO.: _____ D/V: _____ CONTA NRO.: _____ B/V: _____			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

05.502.494/0001-4

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Oachoeirinha, 05 de março de 2018

Lota e Data

26 MAR. 2018

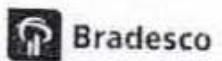
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C

Baixa Vista - CEP: 50.060-010

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

X - José Vanderley da Silve

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Dia & Noite

BON - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FÁCIL TERM. 054037
JOSE VANDERLEY DA SILVA 07:54 HRS
AGÊNCIA 6991 CONTA 0000156-P 02/FEV/2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUIMENTOS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl.902 BL.C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:07:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417072961000000055531365>
Número do documento: 20011417072961000000055531365

Num. 56448381 - Pág. 18



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 109ª CIRCUNSCRICAO - CACHOEIRINHA -
DP109°CIRC DINTER1/15°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0199000056

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/01/2018** às
11:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **16/7/2017** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **RUA MANGEL LEITE 101** Bairro: **CENTRO** -
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROXIMO**
AO BAR DE DEG
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
MARIA VALDERLEIA DA SILVA (NOTICIANTE)
JOSE VANDERLEY DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): MARIA VALDERLEIA DA SILVA

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

JOSE VANDERLEY DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mau. **MARIA DE LOURDES DA SILVA** Pai: **JOSE VICENTE DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **24/3/1988**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** CEP: **55000-000** / 0001-4;
Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **FUNCIONARIO PÚBLICO MUNICIPAL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA, 181, LOT.JOSE AGripino** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO** - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL DE SEGUROS LTDA

MARIA VALDERLEIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mau. **MARIA DA LOURDES DA SILVA** Pai: **JOSE VICENTE DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **12/6/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço: **Rua 175, 51902 BL. C**
SOLTEIRO(A) Escolaridade: **1º GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** CEP: **50.060-010**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA, 1, RUA RUBENS PEDRO RAIMUNDO, LOT.JOSE AGripino** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO** - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL RECIFE/PE

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

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

29/01/2018 12:07



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **MARIA VALDERLEIA DA SILVA**, que estava em posse do(s) Sr(a): **MARIA VALDERLEIA DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/SIX125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCJ8839** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **SC2JC4838GR213927**
 Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, A SRA. MARIA VANDERLEIA, NOTICIANDO QUE ESTAVA GUIANDO A REFERIDA MOTOCICLETA, QUE SEU IRMÃO JOSE VANDERLEY VINHA NA GARUPA DA MESMA, QUANDO A MESMA AO PASSAR EM UMA LOMBADA NAO SINALIZADA PERDEU O CONTROLE DA MESMA E AMBOS FORAM AO SOLO, SENDO QUE MARIA VANDERLEIA, TEVE PEQUENA ESCORIACOES JA SEU IRMAO DE NOME: JOSE VANDERLEY TEVE UM FRATURA NA FACE, FOI SOCORRIDO POR SUA IRMA E MAIS POPULARES QUITOU ESTAVA PASSANDO NO LOCAL, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL DE CACHOEIRINHA E REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARuaru. NADA MAIS SUGENO DE REGISTRO DE OCORRENCIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste ato:

X José Vanderley da Silva
JOSÉ VANDERLEY DA SILVA
 (VITIMA)

MARIA VALDERLEIA DA SILVA
 (NOTICIANTE)

X Maria Valderleia da Silva

S.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **169768-8**



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SERVIÇOS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

**DOCUMENTO
 ORIGINAL**

29/01/2018 12:07



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE Vanderley da Silva

CPF da Vítima

033.274.944-03

Data do Acidente

16/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JOSE Vanderley da Silva

Email:

CPF do Representante legal

033.274.944-03

Telefone (DDD)

9928-6780 / 7309-9238

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2019

Oachearinha, 05 de março de 2018
Local e Data

Rua Aurora, nº 175, Sl 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.069-010

RECIF-PE

JOSE Vanderley da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE VANDERLEY DA SILVA	Atendimento: 337851	Prontuário: 301874
Data Nasc.: 21/02/1980	Idade: 37	
CPF:		
RG:		
Endereço: TRAV VALERIANO ALVES		
Bairro: CENTRO		
Cel.: 55380000	Cidade: CACHOEIRINHA	Nº: 27
Fone: 79089238		Estado: PE
Nome da Mae: MARIA DE LOURDES DA SILVA		Profissão: FUNCIONARIO PÚBLICO MUNICIPAL
Acompanhante:		
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA		
Clinica: ODONTOLOGIA C. TRAUM B.M.F		

2 - ATENDIMENTO Data: 16/07/2017 21:09 Médico: MEDICO PLANTONISTA
Queixa Principal / HDA:

Venha de recente contusão óssea, ruga contusão, perda de consciência dura 30min, dor no lado esquerdo, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Oncorragia espontânea em região abdominal e axilar direita. Ondas ondulantes de dor localizada na parede abdominal estômaco, no nível do fígado.

Diag. Provisório:

Trombo em axila. Evolução:

06 ① Trombo

② Infarto de miocárdio

16/07/17

ABR 2017
WATSON
16/07/17
0023

Prescrição:

Dietas:

Horário

#	Fluimigração: Recomendação: Referência com laudo cirúrgico. Fazendo a sua apresentação.	
06	① Drenagem + Antibiótico ② Anticoagulante ③ Fisioterapia ④ Radioterapia com Cicloferon ⑤ Sistêmico ⑥ PCTA	05.802.494/0001-47 TRAVÉS CORRETORA DE SEGUROS LTDA 26 MAR 2018 Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 Bl. C Boa Vista - CEP: 500060-010 RECIFE-PE

1 de 2



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE VANDERLEY DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06991-4

CONTA: 000000000166-0

Nr. Autenticação
BRADESCO190420180500000000023706991000000000166135000 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:07:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417072961000000055531365>
Número do documento: 20011417072961000000055531365

Num. 56448381 - Pág. 23