



Número: **0029914-77.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **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
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75222 962	15/02/2021 12:49	2740062_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00299147720208172001

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 **VANDERLEIA GERMANO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE A LESÃO EXISTENTE NO OUNHO DIREITO, NO JOELHO DIREITO E ESQUERDO E O ACIDENTE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que as lesões apresentadas no punho direito, no joelho direito e esquerdo tenham decorrido do acidente de trânsito**¹.

ISSO PORQUE, CONFORME EVIDENCIAM OS PRÓPRIOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS PELA PARTE AUTORA, A ÚNICA LESÃO OCASIONADA A ELA DECORRENTE DO ACIDENTE OCORREU NO OMBRO ESQUERDO:

¹SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 12:49:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512494143500000073721316>
Número do documento: 21021512494143500000073721316

Num. 75222962 - Pág. 1

 SANTA EFIGÉNIA	<p>Paciente: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA Dt. Nasc.: 23/09/1979 Idade: 40 Mãe: ISABEL BEZERRA DOS SANTOS Atendimento: 01260937 Data/Hr: 19/12/2019 01:37 Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Nome Social:</p> <p>Prontuário: 0000003406 Leito: ENF 3148 Convênio: IRH Carteira: SASSE138710003 Sexo: FEMININO</p>
--	--

EVOLUÇÃO MÉDICA UNI

HISTÓRICO

ORIGEM: ADMISSÃO ELETIVA PRONTO SOCORRO OUTI BLOCO CIRÚRGICO OUTRO HOSPITAL /SERVIÇO DE SAL

INDICAÇÃO DE PRECAUÇÃO DE CONTATO: INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 90 DIAS HEMODIÁLISE RESIDÊNCIA EM ILP HOM

ANTIHISTAMÍNICO ANTIBIÓTICO ANTIHIBROSTASSICO ANTIBIOTICOTERAPIANOS ÚLTIMOS 90 DIAS

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA: **OSIM** **ONÃO** MEDICAMENTOS: Substância: **NIMESULIDA** Observação: **ALERGICA**
 Substância: **IBUPROFENO** Observação: **ALERGICA**

HEMOTRANSFUSÃO: JÁ FOI TRANSFUDIDO: **OSIM** **ONÃO**
 JÁ APRESENTOU REAÇÃO TRANSFUSIONAL: **OSIM** **ONÃO**

QUAL:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Fratura-luxação do ombro esquerdo (túberculo maior)

ADMISSÃO

Acidente motociclístico em 18/12/19, com trauma no ombro esquerdo. Chegou à urgência com o ombro luxado. Feito a redução na urgência. Internada para tratamento cirúrgico de fratura do tubérculo maior do úmero proximal esquerdo.

EVOLUÇÃO DO DIA

EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS. NEGA QUEIXAS
 SEM DEFÍCIT NEUROVASCULAR

PARECER MÉDICO

ORA, EXA., EM MOMENTO ALGUM A PARTE AUTORA APRESENTA BOLETIM MÉDICO COMPROVANDO AS LESÕES NO PUNHO DIREITO E NO JOELHO DIREITO E ESQUERDO QUE TENHAM DECORRIDO DO SINISTRO DISCUTIDO, NÃO PODENDO, ASSIM, SER IMPUTADO À RÉ O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO POR LESÃO QUE NÃO OCASIONADA PELO ACIDENTE ADUZIDO.

DESTA FORMA, RESTA DEMONSTRADA A COMPLETA AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE AS LESÕES E O ACIDENTE!!!

DO LAUDO PERICIAL

DA GRADUAÇÃO EM SEGMENTO DIVERSO

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

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no ombro esquerdo com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198446 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA Data do acidente: 18/12/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
LUXAÇÃO GLENOUMERAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM ÂNCORA METÁLICA). PÁG 1/5/9
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO OMBRO
sequelas: ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro superior esquerdo com repercussão intensa (75%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA SOMENTE NO OMBRO ESQUERDO.**

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 12:49:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512494143500000073721316>
Número do documento: 21021512494143500000073721316

Num. 75222962 - Pág. 3

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O OMBRO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO.

Em caso de condenação, requer a aplicação da tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 10 de fevereiro de 2021.

**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 - 15/02/2021 12:49:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512494143500000073721316>
Número do documento: 21021512494143500000073721316

Num. 75222962 - Pág. 4



Número: **0029914-77.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **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
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75222 963	15/02/2021 12:49	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198446 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
LUXAÇÃO GLENOUMERAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE COM ÂNCORA METÁLICA). PÁG 1/5/9
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198446 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
LUXAÇÃO GLENOUMERAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE COM ÂNCORA METÁLICA). PÁG 1/5/9
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154158/20

Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

CPF: 044.788.684-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/12/2019

Titular do CPF: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VANDERLEIA GERMANO DA SILVA : 044.788.684-33

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: 02/06/2020
Nome: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA
CPF: 044.788.684-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS





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, 02 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200198446 **Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA**

Data do Acidente: 18/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

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, contatos 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

Pag. 01433/01434 - carta_01 - INVALIDEZ



00010717

Carta nº 15824859



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 12:49:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512494164600000073721317>
Número do documento: 21021512494164600000073721317

Num. 75222963 - Pág. 4



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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200198446 **Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA**

Data do Acidente: 18/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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

Recebedor: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000005742-8

Conta: 000007351-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NIF do beneficiário ANB:

3 - CPF da vítima:

044-788-684-33 Vandelia Germana da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPER Nº 460/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

9 - Endereço:

11 - Bairro:

13 - E-mail:

1 - Nome completo: Vandelia Germana da Silva

3 - Profissão: Enfermeira

5 - Endereço: Estanislau Cordeiro

7 - Bairro: Indianópolis

9 - Cidade: PE

11 - Estado: 55024-650

13 - E-mail: 81-9-9663-684

6 - NIF: 044-788-684-33

8 - Número: 60

10 - Complemento:

12 - Endereço: 16 - Tel (DDD)

14 - CEP: 16 - Tel (DDD)

16 - Tel (DDD): 81-9-9663-684

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECURSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPLARIA (Somente para beneficiários maiores de 18 anos, profissionais liberais e médicos)

CONTA CORRENTE (Somente para beneficiários)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: Banco de Brasil

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGENCIA: 5742 8 CONTA: 7351 2

(Informar o dígito de menor)

Autentico a Seguradora Lider a seguir, na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e frete/bônus do Seguro DPVAT a que me fizer direito, recolhimento e dano, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LIVELDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que fui impossibilitado de apresentar a fatura do Instituto Móvel Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT (Lei nº 6.135/74), uma vez que:

• Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência ou;

• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza prestações com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido;

• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza prestações com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro o preenchimento da declaração de não possuir IMI, para a efetivação do seguro DPVAT, por invalides permanentes, com base na documentação médica apresentada bem a documentação da fatura do IMI, conforme abaixo, desde já, em que submetter à análise médica presencial, caso necessário, ao custo da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.135/74.

Declaro que esta autorização não significa previsão de cobertura com a futura avaliação médica ou renuncia ao direito de contestar a validade da medida, caso descreva de sua contestação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Salvo Casalão (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vizinho 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 27 - Se a vítima faleceu comprovadamente, informar o certificado:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se faleceu há 100 dias, informar: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se faleceu há 100 dias, informar: Sim Não 33 - Vítima deu: Sim Não

Esteu ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso ultrapasse a indenização do seguro DPVAT, aos meus outros beneficiários que se apresentarem e se cumprirem as condições, estando conforme, a data de meu falecimento, para a efetivação da cobertura de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha

35 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha

36 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha

37 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Assinatura do Representante Legal (se houver): Assinatura do Procurador (se houver):

41 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

45 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

46 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

47 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

48 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

49 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

50 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

51 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

52 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

53 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

54 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

55 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

56 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

57 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

58 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

59 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

60 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

61 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

62 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

63 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

64 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

65 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

66 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

67 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

68 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

69 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

70 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

71 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

72 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

73 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

74 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

75 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

76 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

77 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

78 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

79 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

80 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

81 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

82 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

83 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

84 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

85 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

86 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

87 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

88 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

89 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

90 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

91 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

92 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

93 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

94 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

95 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

96 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

97 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

98 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

99 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

100 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

101 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

102 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

103 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

104 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

105 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

106 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

107 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

108 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

109 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

110 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

111 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

112 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

113 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

114 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

115 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

116 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

117 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

118 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

119 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

120 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

121 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

122 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

123 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

124 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

125 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

126 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

127 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

128 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

129 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

130 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

131 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

132 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

133 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

134 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

135 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

136 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

137 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

138 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

139 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

140 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):

141 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido): Assinatura do Procurador (se houver):



CAIXA
POUPANÇA

5067 2252 6437 5751

5067

VALIDO ATÉ

08/24

FELIPE NILDO DA SILVA
0943 013 00058658-6

elo



Scanned by TapScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 12:49:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512494164600000073721317>
Número do documento: 21021512494164600000073721317

Num. 75222963 - Pág. 7



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ºCIRC
DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0179000825

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/05/2020** às **14:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/12/2019** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA FRANCISCO DIAS DE BARROS -**
Bairro: **INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

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

VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc: ISABEL BEZERRA DOS SANTOS Pat: CARMELITO GERMANO DA SILVA Data de Nascimento: 23/8/1979 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 5999040/SSP/PE (RG) 0447888433 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: ENFERMEIRO(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 60, RUA INSTANDERLAU CORDEIRO DE MELO - CEP: 0 - Bairro: INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/HONDA/BIZ 125 Objeto apreendido: Não
Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCH0367 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2JC4830KR013972
Ano Fabricação/Modelo: 2019/NÃO INFORMADO
Descrição: RENAVAM 1181722699

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 JUN 2020

PROTOCOLO

10/05/2020 21:33

1 of 2

Scanned by TapScanner



de Defesa Social : INFOPOL

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=179&id...>

A VITIMA AFIRMA QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTONETA QUANDO ANIMAL GATO ATRAVESSOU A VIA E AO FREAR A MOTONETA ACABOU PERDENDO CONTROLE DO VEICULO E CAIU NA VIA. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU ATÉ HOSPITAL SANTA EFIGÉNIA PRONTUÁRIO 3406. CASO AFETO A 89 CIRC CARUARU.

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

Vanderleia Germano da Silva
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA
(VITIMA)

Polícia Civil

B.O. registrado por: JOSE NIVALDO BEZERRA DOS SANTOS - Matrícula: 319618-5

USPC
88º Circunscrição

Distrito de Caruaru

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 JUN 2020

26/05/2020 21:33

PROTÓCOLO
LICENCIAMENTO

2 of 2

Scanned by TapScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 12:49:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512494164600000073721317>
Número do documento: 21021512494164600000073721317

Num. 75222963 - Pág. 9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NIF do beneficiário ANB:

3 - CPF da vítima:

044-788-684-33 Vandelia Germana da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPER Nº 460/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

9 - Endereço:

11 - Bairro:

13 - E-mail:

1 - Nome completo da vítima:

2 - NIF do beneficiário:

3 - CPF do beneficiário:

4 - Estado:

5 - CEP:

6 - Número:

7 - Bairro:

8 - Cidade:

9 - Estado:

10 - CEP:

11 - Número:

12 - Bairro:

13 - Cidade:

14 - Estado:

15 - CEP:

16 - Telefone:

17 - E-mail:

DADOS CADASTRAIS

12 - Nome completo do Representante Legal:

14 - CPF do Representante Legal:

15 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexa (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECURSO INFORMAR R\$1.000 A R\$1.000,00 R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPLARCA (Somente para beneficiários que não possuem conta bancária)

CONTA CORRENTE (Somente para beneficiários)

Banco do Brasil (001)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Banco de Brasil

DECLARAÇÕES

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que fui impossibilitado de apresentar a fatura da Instituto Móvel Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT (Lei nº 6.135/74), uma vez que:

- 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 prefeitas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido;
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza prefeitas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro o preenchimento do pedido de indenização do seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação médica apresentada, e que estou de acordo com o valor do seguro DPVAT, conforme abaixo, desde que, a mim me submetter à análise médica presencial, caso necessário, ao custo da Seguradora. Lider para verificação da existência e quantificação das faltas permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.135/74.

Declaro que esta autorização não significa previsão de cobertura com a futura avaliação médica ou renuncia ao direito de contestar a validade da medida, caso descreva de seu conteúdo.

MORTE

APÓS

22 - DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

NÃO AUTORIZADO

23 - Estado (pelo da vítima): Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado (não divorciado) Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

25 - Vítima faleceu: Sim Não

27 - Se a vítima faleceu, informar o local da morte:

26 - Vítima:

Sim

29 - Se faleceu: Sim Não

30 - Vítima: Sim Não

31 - Vítima: Sim Não

32 - Se faleceu: Sim Não

33 - Vítima: Sim Não

34 - Vítima: Sim Não

35 - Vítima: Sim Não

36 - Vítima: Sim Não

37 - Vítima: Sim Não

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

x Vandelia Germana da Silva

41 - Assinatura da vítima (beneficiário falecido)

NÃO AUTORIZADO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

APL 003 1002/2012

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 JUN 2020

PROTOCOLO

PROVÍNCIA DE SÃO PAULO

Scanned by TapScanner





CAIXA
POUPANÇA

5067 2252 6437 5751

5067

VALIDO ATÉ

08/24

FELIPE NILDO DA SILVA
0943 013 00058658-6

elc



Scanned by TapScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 12:49:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512494164600000073721317>
Número do documento: 21021512494164600000073721317

Num. 75222963 - Pág. 11

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: 10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05742-8

CONTA: 00000007351-2

Nr. da Autenticação E4605A0E72A7035C



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 12:49:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512494164600000073721317>
Número do documento: 21021512494164600000073721317

Num. 75222963 - Pág. 12

CAIXA

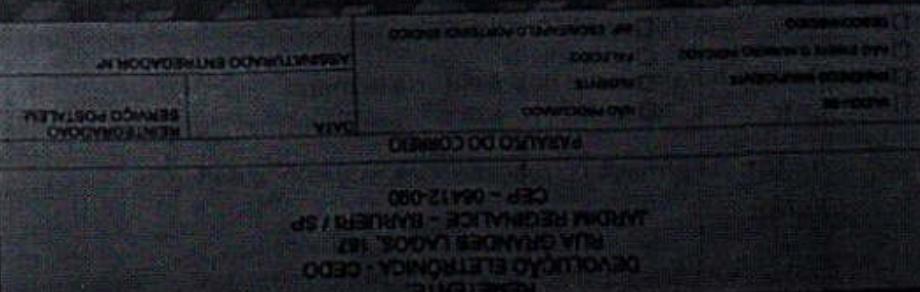


CTC RECIFE PE PIA
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA
ESTANISLAU CORDEIRO DE MELO 00060
INDIANOPOLIS
55024-650 CARUARU PE - PE



1406
3

AD 30070000
Entrega: 25/03/2021
Prazo: 25/03/2021
Vencimento: 01/04/2021

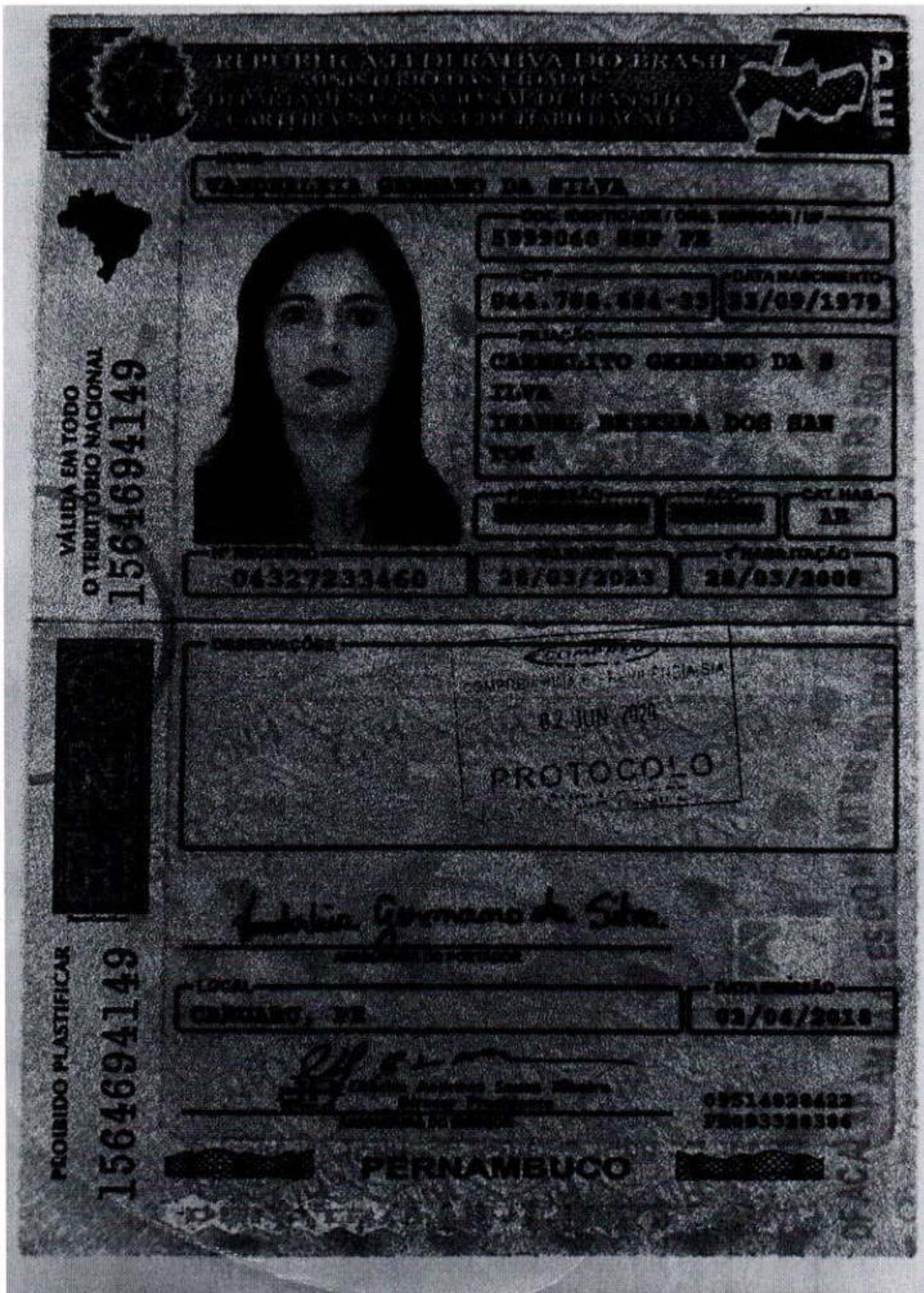


Scanned by TapScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 12:49:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512494164600000073721317>
Número do documento: 21021512494164600000073721317

Num. 75222963 - Pág. 13



Scanned by TapScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 12:49:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512494164600000073721317>
Número do documento: 21021512494164600000073721317

Num. 75222963 - Pág. 14

