



Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

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 FABIO DA SILVA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817 242	08/02/2021 15:18	2774434_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_05	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00693590520208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, 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 FABIO 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:

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 lesão na mandíbula com repercussão 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 - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183730800000073326650>
Número do documento: 21020815183730800000073326650

Num. 74817242 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432378 Cidade: Quipapá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIO DA SILVA Data do acidente: 22/02/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTES) E ALTA MÉDICA. (ANEXO 3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO RESIDUAL DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: **PMR - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA**

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
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

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão na mandíbula com repercussão média (50%).

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.

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

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 - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183730800000073326650>
Número do documento: 21020815183730800000073326650

Num. 74817242 - Pág. 2

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.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 5 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 - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183730800000073326650>
Número do documento: 21020815183730800000073326650

Num. 74817242 - Pág. 3



Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

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 FABIO DA SILVA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

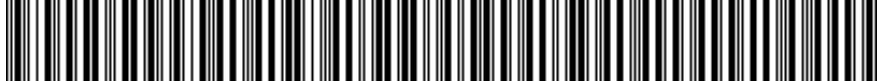
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817 243	08/02/2021 15:18	<u>ANEXO 1</u>	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas

RECIBO DO SACADO

CAIXA	104-0	10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 8512000030000		
Cedente / Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL			CPF/CNPJ do Beneficiário 00.360.305/0001-04	Agência / Código do Cedente 2717 / 839299
Nº do documento 040271700672012282	Nosso Número 14000000125233116-1	Vencimento 26/01/2021	Valor do Documento 300,00	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 29A VARA CIVEL PROCESSO: 00693590520208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: JOSE FABIO DA SILVA / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01825688 - 3 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700672012282 OBS:				
			(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado	
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP: CPF/CNPJ:				
Sacador/Avalista: SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)				

CAIXA	104-0	10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 8512000030000		
Local de pagamento PREFERENCIALMENTE NA REDE LOTERICA OU NAS AGENCIAS DA CAIXA				
Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL				Vencimento 26/01/2021
Data do documento 28/12/2020	Nº do documento 040271700672012282	Espécie de docto. DJ	Aceite S	Data do processamento 28/12/2020
Uso do Banco	Carteira CR	Moeda R\$	Quantidade	Valor (=) Valor do Documento 300,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 29A VARA CIVEL PROCESSO: 00693590520208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: JOSE FABIO DA SILVA / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01825688 - 3 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700672012282 OBS:				
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP: CPF/CNPJ:				

Autenticação - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183756800000073326651>
 Número do documento: 21020815183756800000073326651

Num. 74817243 - Pág. 1



Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

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 FABIO DA SILVA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817 244	08/02/2021 15:18	<u>ANEXO 2</u>	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas



Guia - Ficha de Compensação

Nº DA PARCELA	Nº DA GUIA	Nº DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL	TIPO DE JUSTIÇA
	05/01/2021	040271700672012282	00593590520208172001	0	ESTADUAL
DATA DA GUIA 05/01/2021	UF/COMARCA PE	ORGÃO/VARA Vara Cível	DEPOSITANTE RÉU	VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 300,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS			TIPO DE PESSOA Jurídica	CPF / CNPJ 33054826000192	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE JOSE FABIO DA SILVA			TIPO DE PESSOA FÍSICA	CPF / CNPJ 05813843426	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA 748DCAED7EC16F35					
CÓDIGO DE BARRAS 10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 85120000030000					



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183770300000073326652>
Número do documento: 21020815183770300000073326652

Num. 74817244 - Pág. 1



Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

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 FABIO DA SILVA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817 255	08/02/2021 15:18	<u>ANEXO 3</u>	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 08 às 20h, nos telefones 4020-1595 (Região Metropolitana) 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 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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.

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 Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

PROJ.010010002 - vers_02 - INVALIDEZ



Carta nº: M498602



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 1



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 08 às 20h, nos telefones 4020-1595 (Região Metropolitana) 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 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190432378 Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FABIO 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, 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 Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº: 4698006



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 2

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento de senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonómica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pélvicas 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
 Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 3



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 0h às 20h, nos telefones 4020-1595 (Região Metropolitana) 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 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190432378 Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter 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.

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 Lider-DPVAT
Estamos aqui para Você

PNR: 00000000000000000000000000000000 - caro_10 - INVALIDEZ



Carta nº: MBR000000000000000000000000000000



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - 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 08 às 20h, nos telefones 4020-1595 (Região Metropolitana) 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 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020.

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a data 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.

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 Lider-DPVAT
Estamos aqui para Você

PNR-010007000 - caro_10 - INVALIDEZ

Carta nº 1066669



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 5



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 4020-1595 (Região Metropolitana) 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 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: #190432378 Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FABIO 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas órbito-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%.

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a Indenizar: 10,00% x R\$ 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE FABIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000001120-7

Conta: 000010024687-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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 Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

PAGAMENTO DE INVALIDEZ





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 4020-1595 (Região Metropolitana) 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 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190432378 Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 12/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para você

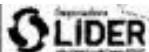
PNS_0109070504 - carv_02 - INVALIDEZ

Cente n° 1536704



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

0241466/19

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

2 - CPF do segurado (não é PIS/PASEP) 3 - Número de identificação 4 - Nome completo da vítima
319043237805813843426 JOSE FABIO DA SILVA

INSTITUTO DE INVESTIGAÇÕES CADASTRAIS E FONTE DE JUSTIÇA-INTENSA DA PESSOA FÍSICA (ITIPI) / BENEFICIÁRIO / REPRESENTANTE LEGAL - CÓDIGO DA SUSEP: NP-943/003

5 - Nome completo: **JOSE FABIO DA SILVA**
6 - RG: 058.138.434-26
7 - Profissão: **REC. INF.** 8 - Endereço: **Rua Jose Teixeira**
13 - Bairro: **ALTO SÃO SEBASTIÃO** 12 - Cidade: **QU. DA PA**
15 - Telefone: **(14) 3296-65-0454**
16 - Celular:
17 - Nome completo:
18 - CPF do representante legal:
19 - Profissão do representante legal:
Declaro, para todos os fins de direito, esclareço na entrega acima informada, confirmo comprovar atos (ANEXAR COPIA).

DADOS CADASTRAIS

20 - INSCRIÇÃO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECLUIR INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$2.000,00
<input type="checkbox"/> SEM BEM	<input type="checkbox"/> R\$2.501,01 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> R\$1.001,01 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - SALDO BANCÁRIO: INFORMAR O SALDO DA CONTA (INCLUIR VALORES DE DIÁVOLAS, DEPOIMENTOS, DE VOLTA, DE DIÁVOLAS, DE VOLTA)

CONTA POUPLARIA (Somente para contas abertas. Até 60 dias após):
 Banco do Brasil (BB)
 Itaú (ITAU)
 Banco do Brasil (BB)
 Caixa Econômica Federal (CEF)

AGÊNCIA: **1420** | CONTA: **24687** | 5 - AGÊNCIA: _____ | CONTA: _____
 Informar o digito da agência (informar o digito da conta)

Informar o digito da agência (informar o digito da conta)

ANEXO A Seguradora Lider irá creditar no conta bancária informada, o valor da indenização monetária do Seguro DPVAT, a que se fizer direito, recorrendo ao seu nome, desde já e sempre, após a efetivação do crédito, mediante notificação escrita.

22 - DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE URGÊNCIA DE URGÊNCIA - PRESTO FAZIMENTO SOLVENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Declaro, sob os penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de responder ante a instância do Seguro DPVAT (Lei nº 12.471/06), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a regras do acidente ou da minha residência;
 • O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Salvo o subsequente não cumprimento da minha permissão de instauração do Seguro DPVAT, por invalides permanentes, com base na documentação médica apresentada ante a apresentação da prova da IML, considerando, desde já, em seu submette à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes determinadas no motivo do transtorno causado por reflexo automático, conforme o disposto na Lei 8.354/74.
 Declaro que este aviso não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da validade da demanda e invalidade médica, caso discordar da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE DADOS PESSOAIS - PRESTO FAZIMENTO SOLVENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Nome completo: Endereço: Número: Bairro: Cidade: UF: CEP: Tel/Fone:	25 - Idade do segurado: Sexo: Data de nascimento: Mês: Ano: 26 - Vítima de seu companheiro(a): Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> 27 - Se a vítima faleceu compreendendo, informar o nome completo: 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Nome: _____ 29 - Se é falso, informar: Nome: _____ 26 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Nome: _____ 27 - Se é falso, informar: Nome: _____ 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Nome: _____ 29 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Nome: _____ 30 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Nome: _____ 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Nome: _____ 32 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Nome: _____ 33 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Nome: _____ 34 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Nome: _____ 35 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Nome: _____ 36 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Nome: _____ 37 - Assinatura de quem assinou a pedida (se rogo): 40 - Local e data: Quinta-Feira, 09/10/2019 Jose Fabio da Silva (Assinatura da vítima/beneficiário declarante)
---	--

42 - Assinatura do Representante Legal (se rogo):

43 - Assinatura do Procurador de Justiça:

38 - 28 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha



“...the more you know, the more you realize how little you know.” —Oscar Wilde

0241466/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 877^ª CIRCUINTSRIÇÃO - QUIPAPÁ -
OP 777^º CIRC DINTER/13^º DESPC.

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N° 18 E0167000220

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/06/2019 às

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE QUIPAPÁ, 91, TRAVESSA SEBASTIÃO TEODÓRIO - Bairro: CENTRO - QUIPAPÁ/PERNAMBUCO
BRASIL
Ofício da Fazenda: NADA PREDISPONIB

[View more products](#)

DESCONHECIDO (AUTOR) VÍTIMA :
MARY LANE DE LUCENA (OUTRO)
JUNIOR (OUTRO)
JOSE FARO DA SILVA (VÍTIMA)

[View details](#) | [View video](#) | [View comments](#)

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sra(s): BRUNO

Qualitative data perspective on quality

JOSE FABIO DA SILVA (presente as plantas) - Sexo: Masculino - **JOSEFA MARIA DA SILVA** P: **JOSÉ HALTON DA SILVA** Data do Nascimento: 18/01/1977 Naturalidade: **QUIPAPÁ / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **35026871/SPE/PE** (00) Estado Civil: **AMADORADO** Profissão: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR** Telefone: Celular:

- Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE QUIPAPÁ, 93, RUA JOSE TRINDADE - CEP: 58800-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPÁ/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE QUIPAPÁ, 93 - CEP: 58800-000 - Bairro: CENTRO

2020-09-03 10:35



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Núm. 74817255 - Pág. 9

Endereço/ 1º. GRAU COMPLETO (completo: ADVOGADO(A))
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE QUIPAPÁ, 55, RUA JOSÉ MACHADO DIAS, 55-
CENTRO-QUIPAPÁ-PB - CEP: 58880-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPÁ/PERNAMBUCO
BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE QUIPAPÁ, 55 - CEP: 58880-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

JUNIOR (não presente no plantão) - Sexo: Masculino(M), Pnt., Data de Nascimento:
1/1/1998 Naturalidade: QUIPAPÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: MOTORISTA
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE QUIPAPÁ, 51 - CEP: 58880-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPÁ/PERNAMBUCO-BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA/XR (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sra(s) MARY LANE DE
LUCENA, que estava em posse do(s) Sra(s) JUNIOR
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XR125 TORNADO Objeto apreendido: Não

Placa: KWW4288 (PERMAMBI-CO QUIPAPÁ) Revisione: 845938768 Chassi:
9G2M034000R8248Z

Nro. Placa/Chassi/Modelo: 28842884 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, NO DIA 22/03/2013 PELA NOITE, ESTAVA COMO SARUPA NA
MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, DIRIGIDA POR SEU SOBRINHO JUNIOR, QUANDO
SEU SOBRINHO PASSOU NUM QUEBRA MOLAS NA TRAVESSA SEBASTIÃO
TEODÓSIO, CENTRO DE QUIPAPÁ, A VITIMA ALEGA QUE CAIU E BATEU COM O
ROSTO NO CHÃO, VINDO A FRATURAR OS DOIS LADOS DA MANDÍBULA. ALEGA
AINDA QUE PROCUROU O HOSPITAL MUNICIPAL DA CIDADE E DE LÁ FOI
EXAMINADO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA, ONDE FOI REALIZADA
UMA CIRURGIA NO LOCAL FRATURADO. SEM MAIS A RELATAR, ENCERRO ESSE
BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA AS PROVIDÊNCIAS CABIVEIS.

Assinatura do(s) parente(s) presente neste unidade policial

JOSE FABIO DA SILVA
(VITIMA)



S.O. registrado por: ISABELLE MARIA DA SILVA - Matrícula: 387475-3
77º Circunstância

20/06/2019 10:45



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 10



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DIARIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - IP do beneficiário:	1 - CPF do beneficiário	2 - Número completo do cliente	
	058-138-434-26	JOSE FABIO DA SILVA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZIDA DE MÉDIA MENSAL DA PESQUISA PÚBLICA PÚBLICA (NÚMERO MÍNIMO DE REPRESENTANTE LEGAL) - CÓDIGO DA TABELA DE INSCRIÇÃO

3 - Nome completo:	4 - Endereço:	5 - Número:	6 - Complemento:
JOSE FABIO DA SILVA	RUA JOSE TRAJANO	058-138-434-26	CASA
7 - Profissão:	8 - Bairro:	9 - Cidade:	10 - Estado:
REC INF	ALTO SÃO SEBASTIÃO	PE	PE
11 - Telefone:	12 - Celular:	13 - Telefone:	14 - Celular:
(81) 9665-0094			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, FILhos e CURADORIAS) PARA ATUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES ENTRE AS ILHAS DA REGIÃO DO MARANHÃO

15 - Nome completo do Representante Legal:	16 - CPF do Representante Legal:	17 - Número completo do Representante Legal:
JOSE FABIO DA SILVA	058-138-434-26	058-138-434-26

Declaro, para todos os fins do direito, que sou o(a) responsável pelas informações constantes neste documento. [ANEXAR COPIA]

18 - TIPO MÍNIMO DO TÍTULO DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> REC/DO/INVESTIMENTO	<input type="checkbox"/> REC/DO/INVESTIMENTO	<input type="checkbox"/> REC/DO/INVESTIMENTO
	<input type="checkbox"/> SEM RECURSO	<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 2.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 2.000,00

19 - TIPO DE CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPLARIA (conta p/ os bancos, salvo, caso contrário)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (tudo o resto)
	<input type="checkbox"/> Poupança (PCT)	<input type="checkbox"/> Poupança (PDI)
	<input type="checkbox"/> Recuperação Financeira (RCF)	

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 16297	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
Informar o número da agência	Informar o número da conta	Informar o número da agência

Assentamento e assinatura digital: a confirmar no campo assinatura eletrônica, de que foi transferido o valor da mensalidade/recado do Seguro DPVAT, ou seja, de R\$ 100,00, para a conta corrente e poupança, desde já e automaticamente do crédito quando total ou saldo restável.

20 - INDICADOR DE ALEATORIA DE CALIBRO DE RUM - PRECISAMENTE COMPROVAR PARA CORTELA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob a pena de multa de R\$ 100,00 (cem reais), que não tenho nenhuma condição de ser considerado portador de arma de fogo ou de munição, nem mesmo oculta, nem tampouco posso ser considerado portador de explosivo.

Não tenho que servir a exigência de armas ou de munição existentes ou:

O que atende a exigência de violência ou de máfia é a máfia permitida para fins da Seguro DPVAT ou:

O que atende a exigência de máfia ou de máfia é a máfia permitida com preço superior a R\$ 100 (cem reais) mais do dobro.

Pelo lado da polícia, tenho a seguinte constatação na minha documentação policial: em meu nome, em meu nome, consta o seguinte: "não tenho nenhuma constatação de existência ou existência das forças policiais".

Assentamento e assinatura digital: a confirmar no campo assinatura eletrônica, de que foi transferido o valor da mensalidade/recado do Seguro DPVAT, ou seja, de R\$ 100,00, para a conta corrente e poupança, desde já e automaticamente do crédito quando total ou saldo restável.

21 - DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRECISAMENTE INDIVIDUAL PARA CORTELA DE MORTE

22 - Nome: _____ 23 - Número de identificação: _____ 24 - Número de identificação:

25 - Data de nascimento: _____ 26 - Vias de acesso ao beneficiário: _____ 27 - Se a informação consta, informar o nome completo:

28 - Se é menor de idade: _____ 29 - Se é menor de idade: _____ 30 - Se é menor de idade: _____ 31 - Se é menor de idade: _____

32 - Se é menor de idade: _____ 33 - Se é menor de idade: _____ 34 - Se é menor de idade: _____ 35 - Se é menor de idade: _____

36 - Se é menor de idade: _____ 37 - Se é menor de idade: _____ 38 - Se é menor de idade: _____ 39 - Se é menor de idade: _____

40 - Se é menor de idade: _____ 41 - Se é menor de idade: _____ 42 - Se é menor de idade: _____ 43 - Se é menor de idade: _____

44 - Se é menor de idade: _____ 45 - Se é menor de idade: _____ 46 - Se é menor de idade: _____ 47 - Se é menor de idade: _____

48 - Se é menor de idade: _____ 49 - Se é menor de idade: _____ 50 - Se é menor de idade: _____ 51 - Se é menor de idade: _____

52 - Se é menor de idade: _____ 53 - Se é menor de idade: _____ 54 - Se é menor de idade: _____ 55 - Se é menor de idade: _____

56 - Se é menor de idade: _____ 57 - Se é menor de idade: _____ 58 - Se é menor de idade: _____ 59 - Se é menor de idade: _____

60 - Se é menor de idade: _____ 61 - Se é menor de idade: _____ 62 - Se é menor de idade: _____ 63 - Se é menor de idade: _____

64 - Se é menor de idade: _____ 65 - Se é menor de idade: _____ 66 - Se é menor de idade: _____ 67 - Se é menor de idade: _____

68 - Se é menor de idade: _____ 69 - Se é menor de idade: _____ 70 - Se é menor de idade: _____ 71 - Se é menor de idade: _____

72 - Se é menor de idade: _____ 73 - Se é menor de idade: _____ 74 - Se é menor de idade: _____ 75 - Se é menor de idade: _____

76 - Se é menor de idade: _____ 77 - Se é menor de idade: _____ 78 - Se é menor de idade: _____ 79 - Se é menor de idade: _____

80 - Se é menor de idade: _____ 81 - Se é menor de idade: _____ 82 - Se é menor de idade: _____ 83 - Se é menor de idade: _____

84 - Se é menor de idade: _____ 85 - Se é menor de idade: _____ 86 - Se é menor de idade: _____ 87 - Se é menor de idade: _____

88 - Se é menor de idade: _____ 89 - Se é menor de idade: _____ 90 - Se é menor de idade: _____ 91 - Se é menor de idade: _____

92 - Se é menor de idade: _____ 93 - Se é menor de idade: _____ 94 - Se é menor de idade: _____ 95 - Se é menor de idade: _____

96 - Se é menor de idade: _____ 97 - Se é menor de idade: _____ 98 - Se é menor de idade: _____ 99 - Se é menor de idade: _____

100 - Se é menor de idade: _____ 101 - Se é menor de idade: _____ 102 - Se é menor de idade: _____ 103 - Se é menor de idade: _____

104 - Se é menor de idade: _____ 105 - Se é menor de idade: _____ 106 - Se é menor de idade: _____ 107 - Se é menor de idade: _____

108 - Se é menor de idade: _____ 109 - Se é menor de idade: _____ 110 - Se é menor de idade: _____ 111 - Se é menor de idade: _____

112 - Se é menor de idade: _____ 113 - Se é menor de idade: _____ 114 - Se é menor de idade: _____ 115 - Se é menor de idade: _____

116 - Se é menor de idade: _____ 117 - Se é menor de idade: _____ 118 - Se é menor de idade: _____ 119 - Se é menor de idade: _____

120 - Se é menor de idade: _____ 121 - Se é menor de idade: _____ 122 - Se é menor de idade: _____ 123 - Se é menor de idade: _____

124 - Se é menor de idade: _____ 125 - Se é menor de idade: _____ 126 - Se é menor de idade: _____ 127 - Se é menor de idade: _____

128 - Se é menor de idade: _____ 129 - Se é menor de idade: _____ 130 - Se é menor de idade: _____ 131 - Se é menor de idade: _____

132 - Se é menor de idade: _____ 133 - Se é menor de idade: _____ 134 - Se é menor de idade: _____ 135 - Se é menor de idade: _____

136 - Se é menor de idade: _____ 137 - Se é menor de idade: _____ 138 - Se é menor de idade: _____ 139 - Se é menor de idade: _____

140 - Se é menor de idade: _____ 141 - Se é menor de idade: _____ 142 - Se é menor de idade: _____ 143 - Se é menor de idade: _____

144 - Se é menor de idade: _____ 145 - Se é menor de idade: _____ 146 - Se é menor de idade: _____ 147 - Se é menor de idade: _____

148 - Se é menor de idade: _____ 149 - Se é menor de idade: _____ 150 - Se é menor de idade: _____ 151 - Se é menor de idade: _____

152 - Se é menor de idade: _____ 153 - Se é menor de idade: _____ 154 - Se é menor de idade: _____ 155 - Se é menor de idade: _____

156 - Se é menor de idade: _____ 157 - Se é menor de idade: _____ 158 - Se é menor de idade: _____ 159 - Se é menor de idade: _____

160 - Se é menor de idade: _____ 161 - Se é menor de idade: _____ 162 - Se é menor de idade: _____ 163 - Se é menor de idade: _____

164 - Se é menor de idade: _____ 165 - Se é menor de idade: _____ 166 - Se é menor de idade: _____ 167 - Se é menor de idade: _____

168 - Se é menor de idade: _____ 169 - Se é menor de idade: _____ 170 - Se é menor de idade: _____ 171 - Se é menor de idade: _____

172 - Se é menor de idade: _____ 173 - Se é menor de idade: _____ 174 - Se é menor de idade: _____ 175 - Se é menor de idade: _____

176 - Se é menor de idade: _____ 177 - Se é menor de idade: _____ 178 - Se é menor de idade: _____ 179 - Se é menor de idade: _____

180 - Se é menor de idade: _____ 181 - Se é menor de idade: _____ 182 - Se é menor de idade: _____ 183 - Se é menor de idade: _____

184 - Se é menor de idade: _____ 185 - Se é menor de idade: _____ 186 - Se é menor de idade: _____ 187 - Se é menor de idade: _____

188 - Se é menor de idade: _____ 189 - Se é menor de idade: _____ 190 - Se é menor de idade: _____ 191 - Se é menor de idade: _____

192 - Se é menor de idade: _____ 193 - Se é menor de idade: _____ 194 - Se é menor de idade: _____ 195 - Se é menor de idade: _____

196 - Se é menor de idade: _____ 197 - Se é menor de idade: _____ 198 - Se é menor de idade: _____ 199 - Se é menor de idade: _____

200 - Se é menor de idade: _____ 201 - Se é menor de idade: _____ 202 - Se é menor de idade: _____ 203 - Se é menor de idade: _____

204 - Se é menor de idade: _____ 205 - Se é menor de idade: _____ 206 - Se é menor de idade: _____ 207 - Se é menor de idade: _____

208 - Se é menor de idade: _____ 209 - Se é menor de idade: _____ 210 - Se é menor de idade: _____ 211 - Se é menor de idade: _____

212 - Se é menor de idade: _____ 213 - Se é menor de idade: _____ 214 - Se é menor de idade: _____ 215 - Se é menor de idade: _____

216 - Se é menor de idade: _____ 217 - Se é menor de idade: _____ 218 - Se é menor de idade: _____ 219 - Se é menor de idade: _____

220 - Se é menor de idade: _____ 221 - Se é menor de idade: _____ 222 - Se é menor de idade: _____ 223 - Se é menor de idade: _____

224 - Se é menor de idade: _____ 225 - Se é menor de idade: _____ 226 - Se é menor de idade: _____ 227 - Se é menor de idade: _____

228 - Se é menor de idade: _____ 229 - Se é menor de idade: _____ 230 - Se é menor de idade: _____ 231 - Se é menor de idade: _____

232 - Se é menor de idade: _____ 233 - Se é menor de idade: _____ 234 - Se é menor de idade: _____ 235 - Se é menor de idade: _____

236 - Se é menor de idade: _____ 237 - Se é menor de idade: _____ 238 - Se é menor de idade: _____ 239 - Se é menor de idade: _____

240 - Se é menor de idade: _____ 241 - Se é menor de idade: _____ 242 - Se é menor de idade: _____ 243 - Se é menor de idade: _____

244 - Se é menor de idade: _____ 245 - Se é menor de idade: _____ 246 - Se é menor de idade: _____ 247 - Se é menor de idade: _____

248 - Se é menor de idade: _____ 249 - Se é menor de idade: _____ 250 - Se é menor de idade: _____ 251 - Se é menor de idade: _____

252 - Se é menor de idade: _____ 253 - Se é menor de idade: _____ 254 - Se é menor de idade: _____ 255 - Se é menor de idade: _____

256 - Se é menor de idade: _____ 257 - Se é menor de idade: _____ 258 - Se é menor de idade: _____ 259 - Se é menor de idade: _____

260 - Se é menor de idade: _____ 261 - Se é menor de idade: _____ 262 - Se é menor de idade: _____ 263 - Se é menor de idade: _____

264 - Se é menor de idade: _____ 265 - Se é menor de idade: _____ 266 - Se é menor de idade: _____ 267 - Se é menor de idade: _____

268 - Se é menor de idade: _____ 269 - Se é menor de idade: _____ 270 - Se é menor de idade: _____ 271 - Se é menor de idade: _____

272 - Se é menor de idade: _____ 273 - Se é menor de idade: _____ 274 - Se é menor de idade: _____ 275 - Se é menor de idade: _____

276 - Se é menor de idade: _____ 277 - Se é menor de idade: _____ 278 - Se é menor de idade: _____ 279 - Se é menor de idade: _____

280 - Se é menor de idade: _____ 281 - Se é menor de idade: _____ 282 - Se é menor de idade: _____ 283 - Se é menor de idade: _____

284 - Se é menor de idade: _____ 285 - Se é menor de idade: _____ 286 - Se é menor de idade: _____ 287 - Se é menor de idade: _____

288 - Se é menor de idade: _____ 289 - Se é menor de idade: _____ 290 - Se é menor de idade: _____ 291 - Se é menor de idade: _____

292 - Se é menor de idade: _____ 293 - Se é menor de idade: _____ 294 - Se é menor de idade: _____ 295 - Se é menor de idade: _____

296 - Se é menor de idade: _____ 297 - Se é menor de idade: _____ 298 - Se é menor de idade: _____ 299 - Se é menor de idade: _____

300 - Se é menor de idade: _____ 301 - Se é menor de idade: _____ 302 - Se é menor de idade: _____ 303 - Se é menor de idade: _____

304 - Se é menor de idade: _____ 305 - Se é menor de idade: _____ 306 - Se é menor de idade: _____ 307 - Se é menor de idade: _____

308 - Se é menor de idade: _____ 309 - Se é menor de idade: _____ 310 - Se é menor de idade: _____ 311 - Se é menor de idade: _____

312 - Se é menor de idade: _____ 313 - Se é menor de idade: _____ 314 - Se é menor de idade: _____ 315 - Se é menor de idade: _____

316 - Se é menor de idade: _____ 317 - Se é menor de idade: _____ 318 - Se é menor de idade: _____ 319 - Se é menor de idade: _____

320 - Se é menor de idade: _____ 321 - Se é menor de idade: _____ 322 - Se é menor de idade: _____ 323 - Se é menor de idade: _____

324 - Se é menor de idade: _____ 325 - Se é menor de idade: _____ 326 - Se é menor de idade: _____ 327 - Se é menor de idade: _____

328 - Se é menor de idade: _____ 329 - Se é menor de idade: _____ 330 - Se é menor de idade: _____ 331 - Se é menor de idade: _____

332 - Se é menor de idade: _____ 333 - Se é menor de idade: _____ 334 - Se é menor de idade: _____ 335 - Se é menor de idade: _____

336 - Se é menor de idade: _____ 337 - Se é menor de idade: _____ 338 - Se é menor de idade: _____ 339 - Se é menor de idade: _____

340 - Se é menor de idade: _____ 341 - Se é menor de idade: _____ 342 - Se é menor de idade: _____ 343 - Se é menor de idade: _____

344 - Se é menor de idade: _____ 345 - Se é menor de idade: _____ 346 - Se é menor de idade: _____ 347 - Se é menor de idade: _____

348 - Se é menor de idade: _____ 349 - Se é menor de idade: _____ 350 - Se é menor de idade: _____ 351 - Se é menor de idade: _____

352 - Se é menor de idade: _____ 353 - Se é menor de idade: _____ 354 - Se é menor de idade: _____ 355 - Se é menor de idade: _____

356 - Se é menor de idade: _____ 357 - Se é menor de idade: _____ 358 - Se é menor de idade: _____ 359 - Se é menor de idade: _____

360 - Se é menor de idade: _____ 361 - Se é menor de idade: _____ 362 - Se é menor de idade: _____ 363 - Se é menor de idade: _____

364 - Se é menor de idade: _____ 365 - Se é menor de idade: _____ 366 - Se é menor de idade: _____ 367 - Se é menor de idade: _____

368 - Se é menor de idade: _____ 369 - Se é menor de idade: _____ 370 - Se é menor de idade: _____ 371 - Se é menor de idade: _____

372 - Se é menor de idade: _____ 373 - Se é menor de idade: _____ 374 - Se é menor de idade: _____ 375 - Se é menor de idade: _____

376 - Se é menor de idade: _____ 377 - Se é menor de idade: _____ 378 - Se é menor de idade: _____ 379 - Se é menor de idade: _____

380 - Se é menor de idade: _____ 381 - Se é menor de idade: _____ 382 - Se é menor de idade: _____ 383 - Se é menor de idade: _____

384 - Se é menor de idade: _____ 385 - Se é menor de idade: _____ 386 - Se é menor de idade: _____ 387 - Se é menor de idade: _____

388 - Se é menor de idade: _____ 389 - Se é menor de idade: _____ 390 - Se é menor de idade: _____ 391 - Se é menor de idade: _____

392 - Se é menor de idade: _____ 393 - Se é menor de idade: _____ 394 - Se é menor de idade: _____ 395 - Se é menor de idade: _____

396 - Se é menor de idade: _____ 397 - Se é menor de idade: _____ 398 - Se é menor de idade: _____ 399 - Se é menor de idade: _____

400 - Se é menor de idade: _____ 401 - Se é menor de idade: _____ 402 - Se é menor de idade: _____ 403 - Se é menor de idade: _____

404 - Se é menor de idade: _____ 405 - Se é menor de idade: _____ 406 - Se é menor de idade: _____ 407 - Se é menor de idade: _____

408 - Se é menor de idade: _____ 409 - Se é menor de idade: _____ 410 - Se é menor de idade: _____ 411 - Se é menor de idade: _____

412 - Se é menor de idade: _____ 413 - Se é menor de idade: _____ 414 - Se é menor de idade: _____ 415 - Se é menor de idade: _____

416 - Se é menor de idade: _____ 417 - Se é menor de idade: _____ 418 - Se é menor de idade: _____ 419 - Se é menor de idade: _____

420 - Se é menor de idade: _____ 421 - Se é menor de idade: _____ 422 - Se é menor de idade: _____ 423 - Se é menor de idade: _____

424 - Se é menor de idade: _____ 425 - Se é menor de idade: _____ 426 - Se é menor de idade: _____ 427 - Se é menor de idade: _____

428 - Se é menor de idade: _____ 429 - Se é menor de idade: _____ 430 - Se é menor de idade: _____ 431 - Se é menor de idade: _____

432 - Se é menor de idade: _____ 433 - Se é menor de idade: _____ 434 - Se é menor de idade: _____ 435 - Se é menor de idade: _____

436 - Se é menor de idade: _____ 437 - Se é menor de idade: _____ 438 - Se é menor de idade: _____ 439 - Se é menor de idade: _____

440 - Se é menor de idade: _____ 441 - Se é menor de idade: _____ 442 - Se é menor de idade: _____ 443 - Se é menor de idade: _____

444 - Se é menor de idade: _____ 445 - Se é menor de idade: _____ 446 - Se é menor de idade: _____ 447 - Se é menor de idade: _____

448 - Se é menor de idade: _____ 449 - Se é menor de idade: _____ 450 - Se é menor de idade: _____ 451 - Se é menor de idade: _____

452 - Se é menor de idade: _____ 453 - Se é menor de idade: _____ 454 - Se é menor de idade: _____ 455 - Se é menor de idade: _____

456 - Se é menor de idade: _____ 457 - Se é menor de idade: _____ 458 - Se é menor de idade: _____ 459 - Se é menor de idade: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FABIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01120-7

CONTA: 000010024687-7

Nr. da Autenticação 93D48A39B21A806F



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 12



17 JUL 2019

Gente Seguro S.A.
Av. Belisario Domínguez
C.P. 76000 Oaxaca, Oax.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/ig/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 13



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 221203 (sem custo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECA/DO/OC/ORIGINAL.ASF?X=TYPE=1&C00160~29638>

A Circular SUSEP 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 de fonte de renda, memória, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Separado de outras de Seguros Privados – TUSP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro privado (victima, captação e resseguro).

² Entidade de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão responsável pelo controle do Mercado da Câmbio, bem por finalidade econômica, aplica-se para intermediárias, sociais, monizadas e identifica os mercados suspeitos de abusos de poder previstos na Lei nº 10.603/2002.

Pelé exposto, eu **EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES**, inscrito (a) no CPF **574.940.504-68**,
na qualidade de Pernambucano (a) / Informal (b) do Benefício **JOSE FABIO DA SILVA**, inscrito
(a) no CPF sob o N° **058.138.434-26**, do sinistro do DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
JOSE FABIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o N° **058.138.434-26**, conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

Declaram Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos constados abaixo:

Declaro informar

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

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

Endereço:	RUA JOAO BATISTA	Número:	370	Complemento:	CASA
País:	Cidade:	Educação:	PF	CPF:	55750-000
Detal:	SURUBIM	Telefone comum (0800):	(81) 9663-0454	Telefone Celular (0800):	(81) 8132-9002

EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES, 11 de JULHO de 2019

Lugar e Data

Eduardo Fernandes
Assinatura da Declaração

17 AL. 200

BRASIL 2011/06/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 14

QUIPAPÁ (PE), 25 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: JOSE FABIO DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO N° 3190432378

Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 22/02/2019, me encontrava APENAS COMO GARUPA da motocicleta HONDA XR 250 TORNADO de placa KKW 0295, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com sequelas e não terijo responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço " JUS ".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Jose Fabio da Silva
JOSE FABIO DA SILVA
VITIMA/BENEFICIARIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M° Dígeno Posse de M° Ba

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapá

Data: 20/02/21

Hora: 17:30

Município: OIT

Telefone:

Nome: *Carlos da Silva*
Endereço: *Rua 20 de Julho*
Nome da Mãe: *Renata de Souza*
Acompanhante e/ou Responsável:

Cond. de Saúde	Profissão	Sexo	Nascimento	Município	Código do SUS
<input type="checkbox"/> Ameaça de suicídio	<input checked="" type="checkbox"/> Funcionário	<input type="checkbox"/> Feminino	19/07/34	Brasileiro	000000000000000000
<input type="checkbox"/> Falso positivo	<input type="checkbox"/> Funcionário	<input type="checkbox"/> Feminino		Brasileiro	000000000000000000

Pressão arterial: Pulsos: Temperatura: HGT: Exames complementares:

Nº: _____ Peso: _____ Altura: _____

Nº: _____ Peso: _____ Altura: _____

*Malu
Paciente idoso é donat.
automobilista com
lesão na metade
esquerda e dor.
Agoniza de vez em
vez por dor
moderada com obstru-*

Treatmentes:
*01 - Salbutamol 75mg
01 - Nip 14
02 - Dexametasona 4mg
01 - Nip 14
Farto em 19:50 reduzido*

Destino dado ao Paciente:

Residência Hospital

Encaminhado:

Removido:

Colocar ao _____ mês. Da dia: _____

Encaminhado ao I.M.L.:

Eu _____, responsável, não recuso o atendimento prestado por esta Instituição e minha pessoa ou a quem acompanhou para esse atendimento, mesmo que isto impeça-me a minha saúde ou a pessoa esteja relacionada.

Impressão Diagnóstica:

Diagnóstico: _____

Descrição Concretizante: _____

17 JUL 2020

Dr. José Luiz Alves Souto
Médico de Família - CRM-PE 000000000000000000



Hospital Regional do Agreste - HRA
Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

TERMO DE CONSENTIMENTO UNICO ECLARECIDO

Vou ter direito, enquanto paciente, de ser informado da sua situação clínica e dos procedimentos planejados ao meu respeito, voluntariamente, para que eu possa:

Ser diagnosticado: Fratura complexa de mandíbula simples e/ou corpo
Planejamento cirúrgico: Intervenções de fixação complexas de mandíbula

Condições diferentes podem ser diagnosticadas no momento da cirurgia, exigindo procedimentos adicionais ou diferentes dos planejados. Assim como pode haver riscos e danos associados ao seu tratamento, na tentativa inicial e durante a realização das intervenções de fixação, fraturas e/ou desvios. Nessa forma, no meu caso, não posso deixar de informar:

Dor, desconforto e edema:

Inflamação e/ou edema de mastigação;

Ressarcimento limitado ou indevidos:

Hematomas, hematoma;

Lesões nervosas, provocando sensibilidade alterada nos dedos, queima, borboletas, dor, dor, dor, dor e sensação;

Fissura mandibular (fenda óssea, fenda óssea de abertura bucal);

Lesões de estruturas ósseas (fraturas);

Lesões de estruturas adjacentes, próximas ou distantes;

Desenvolvimento ou piora das condições de saúde devido ao tratamento;

Remoção ou substituição das estruturas ou dispositivos implantados;

Comunicação suspeita ou confirmada provocada pelo tratamento cirúrgico;

Outras condições:

Eu, Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior,

concordo com os procedimentos (s) sobre o(s) diagnóstico(s) e plano de tratamento proposto(s), bem como tire a oportunidade de ler todas as informações sobre os procedimentos, Riscos e alternativas de tratamento. Como também, sou pleno(a) de que todos os relatórios, fotografias, modelos, resultados clínicos, resultados laboratoriais e qualquer outra informação referente ao planejamento e/ou tratamento possuem uso médico e/ou de divulgação científica (livros, revistas, preprints, congressos, seminários, mídias digitais, etc.), tendo minha plena e livre autorização e dispensa de responsabilidade por uso de dados, dados e/ou imagens que este termo de consentimento for imparcialmente explicado e respondido e respectiva violação de direitos. Dá-lhe a mim que esta forma de consentimento foi imparcialmente explicado e respondido e responda a sua intenção que não possui reservas ou restrições e estou autorizando, de forma livre, clara e inequívoca, a sua envio e realizarem os procedimentos cirúrgicos propostos.

Assinante da(s) paciente(s) responsável (s): Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior

Testemunho: X

Carência:	17.01.2018
Rodovia BR-232, Km: 150, s/n - Inhotimópolis, PE 50002-970 Unidade S/0	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE FERNANDO VASCONCELOS

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Fábio da Silva

Pronunciado: 334389

Data: 12 / 03 / 19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Próstesis de arco mandibular (B) e coroa mandibular (D)

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Pitomé para cumulação de Dr. Círculo protético, no dia 18/03/79.

as 0-100% VB): levar todos os estudos e marcas com antecedência.

TRATAMENTO REALIZADO:

Colaboradores de fractura compleja de mandíbula (ángulo mandibular ② + corpo mandibular ③)

Alta Hospitalar Data: 12 / 03 / 19 Hora: 11:00 AL 200

Hora: 11:07 AL 2018

Ass. do Médico e CRM
Ceará



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Góes da Silva

Prontuário: 334369

Data: 25 / 02 / 19 Hora: 15:20

DIAGNÓSTICO:

Sinfíse de ângulo mandibular (1) e espe mandibular (2)

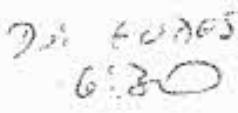
AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar para o ambulatório no Dr. Rui de Britto Júnior, na dia 18/03/19,
as 07:00. OBS: levar todos os exames e medicamentos antedictos.

TRATAMENTO REALIZADO:

Anteriorização da histera complexa do mandíbula (ângulo mandibular (1), espe mandibular (2))

Alta Hospitalar: Data: 12 / 03 / 19 Hora: 11:00


Ass. do Médico e CRM
Carirabo





Digitado com Caixa de



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 20

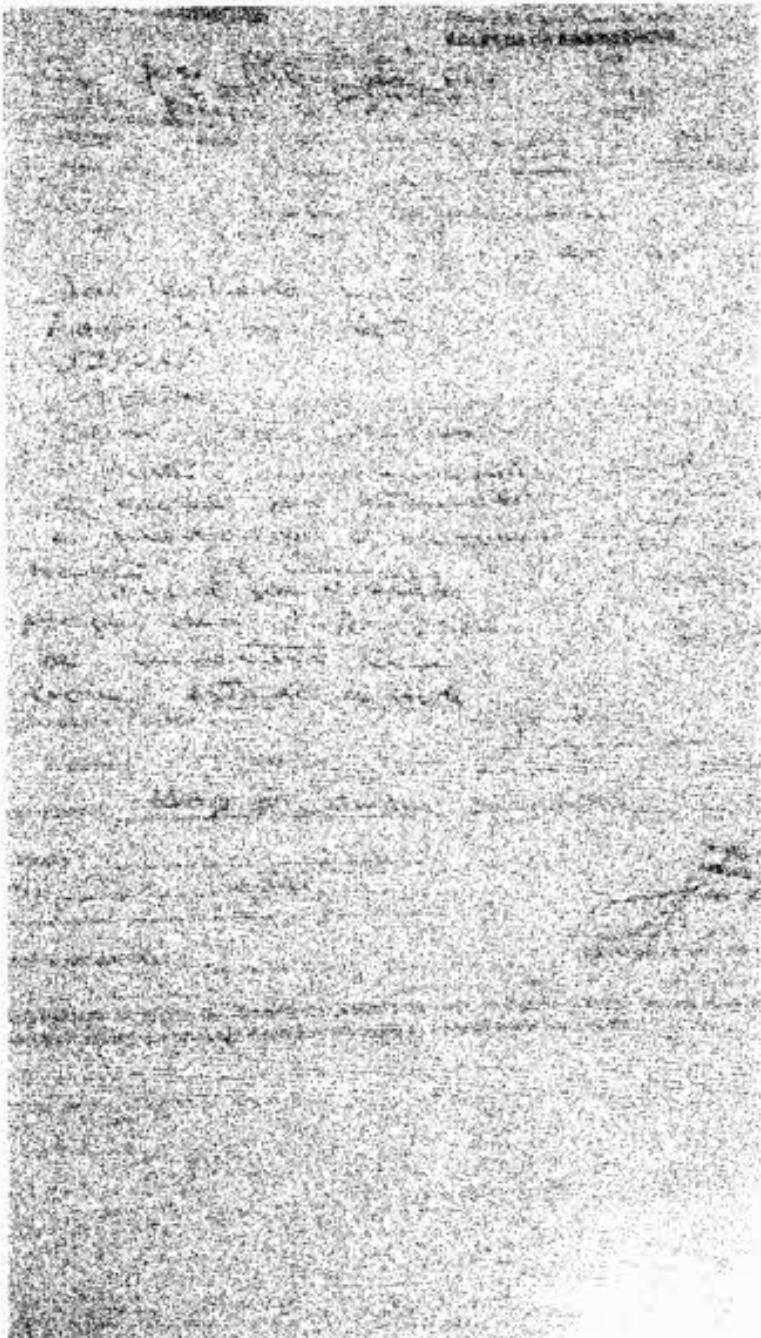


0,28 milímetros 0,071 milímetros



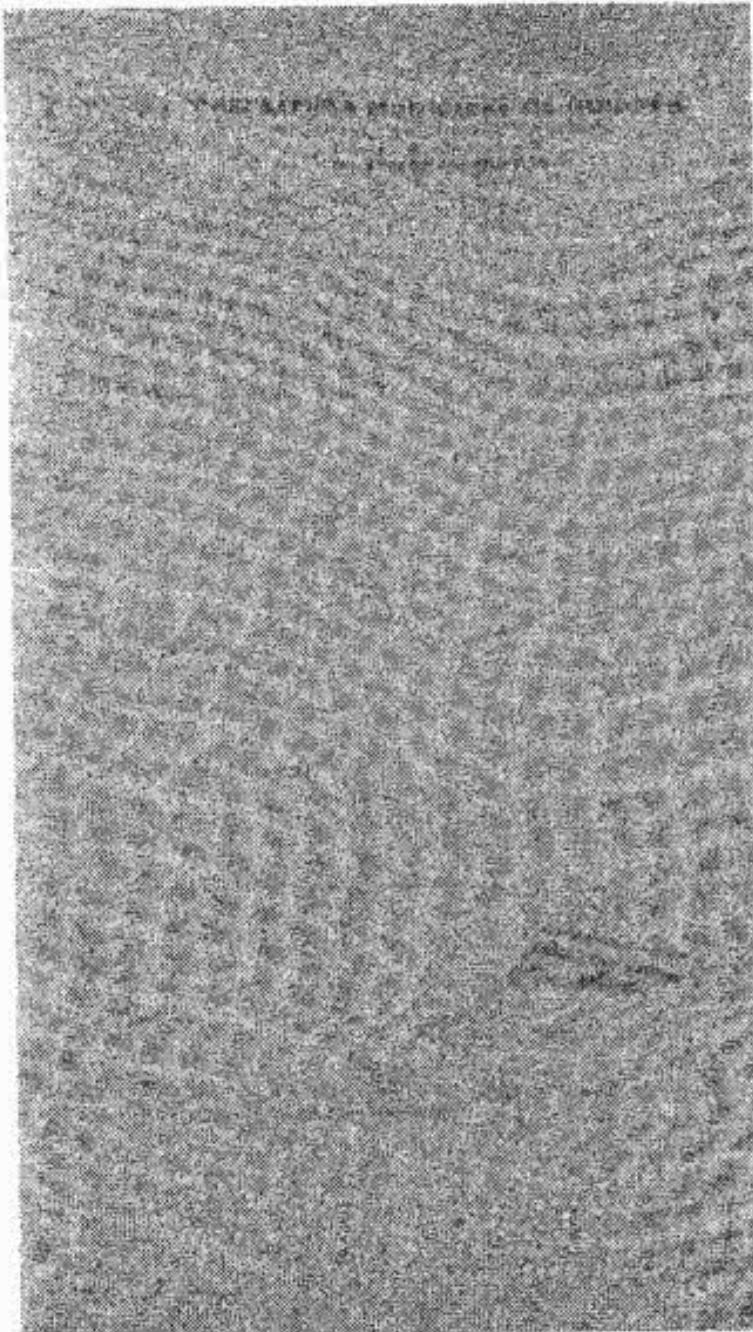
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 23

Hospital Regional do Agreste - HRA
Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCARROADO

Neste termo de livre, esclareço paciente, de ser informado de seu diagnóstico e dos procedimentos planejados ao seu respeito, assumindo integralmente as suas consequências.

Fratura complexa de mandíbula (Angulo)
Intervenção de fratura complexa de mandíbula

Constitui-se neste ato o consentimento do paciente, informado sobre procedimentos adicionais ou alternativos ao tratamento definitivo. Admitindo que devo recorrer a outros e/ou terceiros em razão da complexidade técnica, no sentido de sua realização, ou seja, se houver a necessidade de cirurgia maxilofacial, anestesiologia e/ou ortognatista. Desta forma, nesse caso, não posso deixar de assinar:

Dei, descrevendo e esclarecendo:

Indicador de atendimento: _____

Assinatura paciente: _____

Informações: _____

Exames: _____, mencionando possibilidades relevantes nos fôtons, gencio, hemóstase, sangue, dentes e gengivas;

Fim de mandibular dividida anterior, limitado ao setor de férias.

Remoção de estruturas ósseas e/ou cartilaginosas

Remoção de dentes adjacentes, prédispondo a imobilização

Carenagem da ferida com fixação de drenagem temporária de raspas

Injeção de sifonofálico de sementes ou spongíbitas resintetizadas;

Consultação maxilofacial para avaliação e quando possível reparo cirúrgico

Outras condições: _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Eu, paciente (a) sou de pleno consentimento e pleno de tratamento proposto. Deixo constar que sou informado de que todos os exames e/ou procedimentos, resultarão alternativas de tratamento. Como também, da minha descrever que todos os radiogramas, fotografias, montagens, resultados clínicos, resultados laboratoriais e quaisquer outras informações referentes ao exame/consulta e/ou tratamento serão uso devidos pelo Dr. Antônio Cordeiro Ferreira, dentista maxilofacial, convidado a emitir seu parecer sobre a complexidade da cirurgia e suas implicações em relação ao código da CRM, declaro ainda que este termo de consentimento foi completamente esclarecido para mim, e estou bem no mérito que são perfeitas suas intenções ou intuito, assim autorizando-o a realizar os procedimentos cirúrgicos propostos.

Autorizo o Dr. paciente ou responsável: Antônio Ferreira Cordeiro

Fotografia: _____

Certidão: _____

Rodovia BR-232, Km 130, s/n - Iranduba, PE, 55002-970



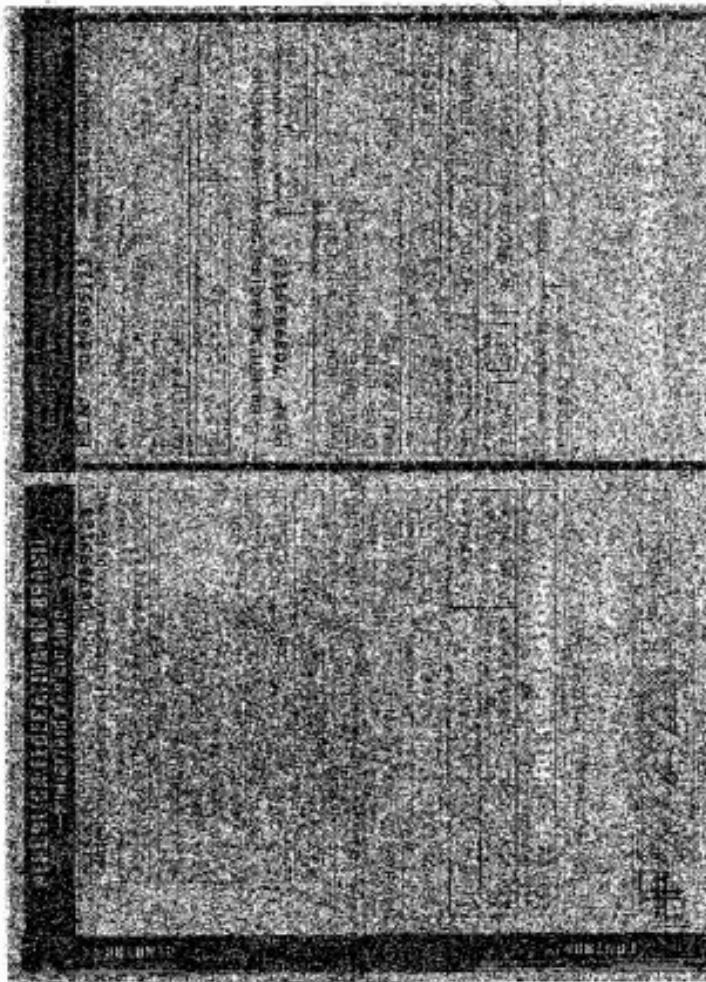


17.01.1997
Instituto Nacional de Previdência Social



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 26

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432378 Cidade: Quipapá Natureza: Invalidade Permanente
Vítima: JOSE FABIO DA SILVA Data do acidente: 22/02/2019 Seguradora: CENTAURU VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/04/2020

Valorização do IMI: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍTESE) E ALTA MÉDICA. (ANEXO 3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

Sequela: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IMI:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO RESIDUAL DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: **PMR - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA**

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiolongular, 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
 Número do documento: 21020815183781100000073326663



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Núm. 74817255 - Pág. 28



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Pode fazer o seu pedido online no endereço: www.segurandovalores.com.br ou pelo telefone: 0800 022 12 04 / 0800 022 12 05
Central de Atendimento (para consultar sobre indenizações e prêmios): Centro e regiões metropolitanas: 4000-1596 / Outras regiões: 0800-022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8186 | SAC (para reclamações tardivas e de fato): 0800 022 12 06
Central do Benefício: 0800 899 7583 | Ouvidoria: 0800 023 53 35

Número do pedido (DPVAT): **3190432378** Data da solicitação: **27/03/2020**
Nome do beneficiário: **JOSE FABIO DA SILVA** CPF do beneficiário: **058 138 434-26**
Nome do solicitante:

DADOS PARA CONTATO:		
Tel. Celular: 81 99665-0454	Tel. Comercial: (81) 3200-1234	Tel. Residencial: (81) 3200-1234
E-mail: rcf@bol.com.br		

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO:		
<input type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE

DETALHO DA SOLICITAÇÃO:		
<input type="checkbox"/> DISCÓRDIA DA NEGATIVA	<input type="checkbox"/> DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO	<input checked="" type="checkbox"/> DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?		
<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM, informe qual(s): Documentos estão sendo encaminhados.	<input type="checkbox"/> Novos documentos anexados <input type="checkbox"/> Lenda do BRF <input type="checkbox"/> Boletim da Documentação <input type="checkbox"/> Notas fiscais complementares <input checked="" type="checkbox"/> Outros: DOCUMENTOS DE IMAGEM

NO CAMPO ABASSE, SE DILIGENTAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:		
<p>Assinatura do solicitante ou de quem autorizou o pedido (a seguir):</p> <p><i>RCF@bol.com.br, 27/03/2020</i> <i>Jose Fabio da Silva</i></p>		

IMPORTANTE:		
Este formulário é válido de 2000, em diante à formaldina, conforme a legislação de proteção ao consumidor. O prazo para reanálise é de 120 dias (DPVAT). Deverá ser feita a apresentação dos documentos para análise, e não a descrição deles, para proceder o pedido de reanálise, e não o depoimento.		



PROCURAÇÃO:

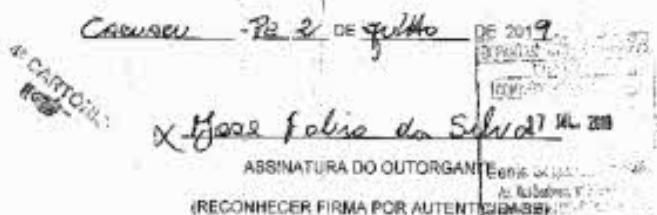
OUTORGANTE

NOME	José Fábio da Silva
NACIONALIDADE	Brasileira
PROFISSÃO	Analista
IDENTIDADE	0502057/SESP/PR - CPF: 058.138.434-26
DATA DO ACIDENTE	32/02/2019
COBERTURA	Terrorista
VITIMA	José Fábio da Silva
ENDERECO	Rua José Trajano nº 08 Bairro: Alta São Sebastião Cidade: Goiânia - GO

OUTORGADO

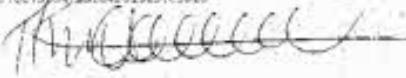
NOME	Eduardo José de Alencar Ferranossi
NACIONALIDADE	Brasileira
PROFISSÃO	Funcionário Público Aposentado
IDENTIDADE	309-4028-557/PR - CPF: 574.940.534-63
ENDERECO	Rua João Batista, nº 370, centro, São Bento.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUIEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



4º Cartório de Tabelionato P.R.C. Ladeado Rua 21 - Centro-Guarapari-ES - CEP 29200-000
tel: 2748-1000 - Correio de Responde: Post. Fone (27) 3755-4514 - e-mail: autenticacao@guarapari.es.gov.br

Declaro que semelhante a fatura de: JOSE FRIZZO, CA
ATURA: Cachorro/Fil. 02/07/2019 11:29:01 e doc: PA, Es
tatu. C/ de verdade. MARINA BRIGHALDO /
ATIVA DE BANIMENTO - Subscrita: Mrei 24
3.5L - TAREFA 0,00. FERC R\$ 0,40. FTRM 24
0,00. FUNDOS R\$ 0,00. ISS R\$ 0,00. Total R\$
8,90. Copia(s) autenticada(s)
06-21020815183781100000073326663.C3820



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 31

RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241466/19

Número do Sinistro: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do acidente: 22/02/2019

CPF: 058.138.434-26

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FABIO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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 08H às 20H: 4020-1595
(Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 6189.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 07/05/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-58

Data do cadastramento: 07/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LIMA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LIMA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663>
Número do documento: 21020815183781100000073326663

Num. 74817255 - Pág. 32



Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

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 FABIO DA SILVA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817 245	08/02/2021 15:18	<u>ANEXO 4</u>	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas

RECIBO DO SACADO

CAIXA	104-0	10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 8512000030000		
Cedente / Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL			CPF/CNPJ do Beneficiário 00.360.305/0001-04	Agência / Código do Cedente 2717 / 839299
Nº do documento 040271700672012282	Nosso Número 14000000125233116-1	Vencimento 26/01/2021	Valor do Documento 300,00	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 29A VARA CIVEL PROCESSO: 00693590520208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: JOSE FABIO DA SILVA / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01825688 - 3 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700672012282 OBS:				
			(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado	
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP: CPF/CNPJ:				
Sacador/Avalista: SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)				

CAIXA	104-0	10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 8512000030000		
Local de pagamento PREFERENCIALMENTE NA REDE LOTERICA OU NAS AGENCIAS DA CAIXA				Vencimento 26/01/2021
Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL				CPF/CNPJ do Beneficiário 00.360.305/0001-04
Data do documento 28/12/2020	Nº do documento 040271700672012282	Espécie de docto. DJ	Aceite S	Data do processamento 28/12/2020
Uso do Banco	Carteira CR	Moeda R\$	Quantidade	Valor (=) Valor do Documento 300,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 29A VARA CIVEL PROCESSO: 00693590520208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: JOSE FABIO DA SILVA / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01825688 - 3 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700672012282 OBS:				
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP: CPF/CNPJ:				



Autenticação - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:38
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183806500000073326653>
 Número do documento: 21020815183806500000073326653

Num. 74817245 - Pág. 1



Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

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 FABIO DA SILVA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817 246	08/02/2021 15:18	<u>ANEXO 5</u>	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas

Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
		05/01/2021	0	0
05/01/2021	040271700672012282	00693590520208172001		
UF/COMARCA PE	ÓRGÃO/VARA Vara Cível		DEPOSITANTE RÉU	VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 300,00
NOME DO RÉU/IMPETRADO COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS			TIPO DE PESSOA Jurídica	CPF / CNPJ 33054826000192
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE JOSE FABIO DA SILVA			TIPO DE PESSOA FÍSICA	CPF / CNPJ 05813843426
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA 748DCAED7EC16F35				
CÓDIGO DE BARRAS 10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 85120000030000				

