

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

9

OUTORGANTE:

Nome: <u>RICARDO DE SOUZA ARAÚJO</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>	
Estado Civil: <u>CASADO</u>	Profissão: <u>AUX. ELETRICISTA</u>	Carteira de Identidade: <u>9205047379</u>	
CPF nº: <u>542.934.803-15</u>	Residência: <u>R. Nona APLRECIOS da Fé, nº 26</u>		
Bairro: <u>Anunci</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60000-000</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco,E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: (85) 9657.0528
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplios poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 20 de Julho de 2018

x Ricardo de Souza Araújo
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, RICARDO DE SOUZA ARAÚJO,
 brasileiro(a), casado, AUXILIARISTA, portador da Carteira de Identidade/RG nº
92015047379, e inscrito no CPF/MF sob o nº 542.934.803-15, residente e
 domiciliado na cidade de FORTALEZA, estado do Ceará, na Rua
NOSSA APARECIDA DE FÁTIMA, nº 26, declaro para os devidos fins
 que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
 processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

FORTALEZA (CE), 20 de junho de 2.018.

x Ricardo de Souza Araújo



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 429 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/01/2018 09:46:47**
Data / Hora da Ocorrência: **19/05/2017 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERGENTINO MAIA**
Complemento:
Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A COELCE**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RICARDO DE SOUZA ARAUJO**
Nascimento: **27/04/1976** CPF: **542.934.803-15**
RG: **92015047379** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **GILZA MARIA DE SOUZA ARAUJO**
NC
Endereço: **TRAVESSA N.SENHORA APARECIDA ST-60, 26**
Bairro: **ANCURI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.874-195**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98667-0375**

Histórico

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, AO TENTAR ATRAVESSAR A AV. PERGENTINO MAIA FOI ATROPELADA POR UM VEICULO CARRO(PLACAS NÃO ANOTADAS) NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL E LEVOU A VITIMA PARA ATENDIMENTO NO IFJ/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 
CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 
RICARDO DE SOUZA ARAUJO

VISTO DO DELEGADO(A) : **MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Ricardo de Sousa Araújo

CPF da Vítima

542.934.803-15

Data do Acidente

19/05/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

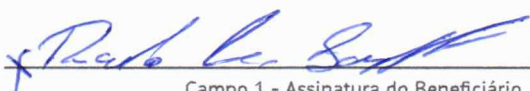
- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Fortaleza/CE, 26 de Janeiro de 18

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 16/01/2018 9:1:27

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 19/05/2017 12:23:53	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 898004506843489	NOME: RICARDO DE SOUZA ARAUJO			Registro: 5436743	
CPF:	RG:	D. NASC: 27/04/1976	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:
NOME DA MÃE: GILZA MARIA DE SOUZA ARAUJO			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: NOSSA SENHORA APARECIDA		Nº: 26	BAIRRO: PARQUE GENIBAU	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60534250	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: TALVÂNIO		PARENTESCO: SOCORREU		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel (carro, pickup ou caminhonete)					
QUEIXAS: Atropelamento por carro com trauma e lesão de face.					
OBSERVAÇÕES: Dor e sangramento.					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5436743

NOME: RICARDO DE SOUZA ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO:27/04/1976

PAI:N.C

MÃE: GILZA MARIA DE SOUZA ARAUJO

DATA DE ATENDIMENTO: 19/05/2017

DATA DE SAÍDA:01/06/2017

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 19/05/2017, VÍTIMA DE COLISÃO BICICLETA - CARRO, APRESENTANDO LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR.

EM 31/05/2017, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO CRÔNICA, AO NÍVEL DA CINTURA ESCAPULAR + OSTEOTOMIA + TRANSPOSIÇÃO LIGAMENTAR. OPERADO POR DR. GLAUTER FELIX.

RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 01/06/2017.

LAUDO DIGITADO EM 21/12/2017 (JOAQUIM/C)”

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO / RAE / NOME / IJF**

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

No. HOSPGESTOR: 32692

LEITO:

NOME: RICARDO DE SOUZA ARAUJO

DATA DE INTERNACAO: 19/ 05/ 2017

DATA DA ALTA: 01/06/2017

BE/PRONT: 5436743

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 27041976

IDADE: 41

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE CLAVICULA DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

CONDUTAS E CUIDADOS

POS-OPERATORIOS:

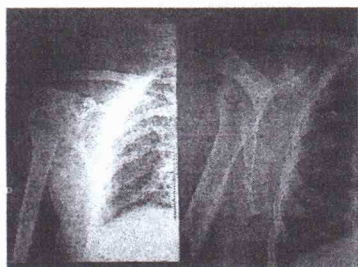
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias Int. #	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
MAPA DO DIA 27/05/2017 - Sábado							
6	A SEGUIR	999	ANGELO LUZ	RESIDENTE INDEFINIDO	CX BASICA TO PARA MMSS CX PEQUENOS FRAGMENTOS FIOS K 1.5 2.0 2.5		MARCADA
FRATURA DE CLAVICULA DIR BE:5436743						Marcado por: HALINE MAGALHAE em: 26-05-2017 12:27:26	

MAPA DO DIA 31/05/2017 - Quarta-Feira

13	24	A SEGUIR	999	ANGELO LUZ	RESIDENTE INDEFINIDO	HETIBOND / FIOS DE CERCLAGEM + CX BASICA TO PARA MMSS + CX GRANDES FRAGMENTOS + CX PEQUENOS FRAGMENTOS + FIOS K 1,5 MM E 2,0 MM	MARCADA
FRATURA DE CLAVICULA DIR BE:5436743						Marcado por: HALINE MAGALHAE em: 30-05-2017 12:33:25	

Dr. Angelo Luz
 Cirurgião de Joelho
 CRM 6256

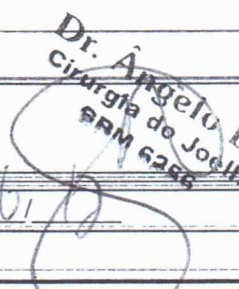
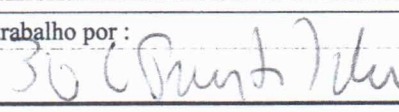
Ass.: _____ Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. _____

Data: 01/06/17

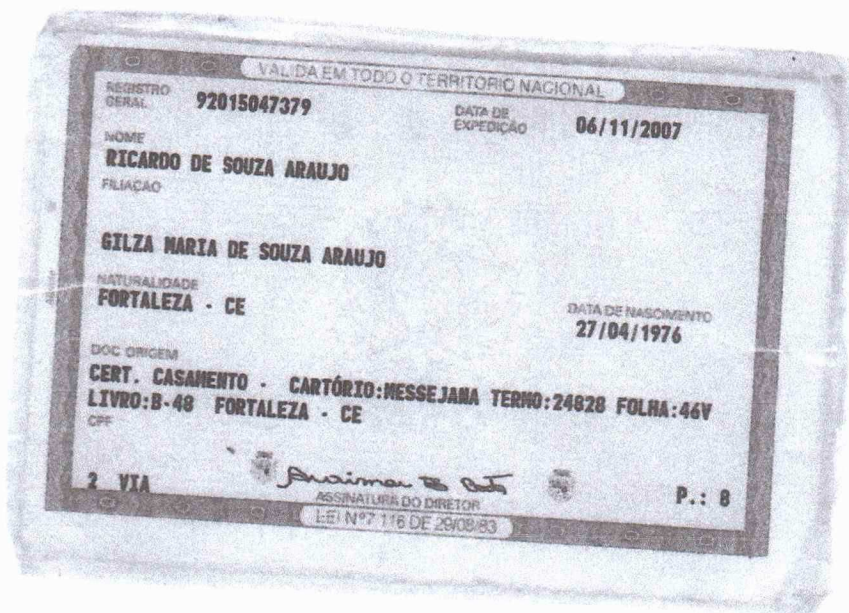
Imprimir

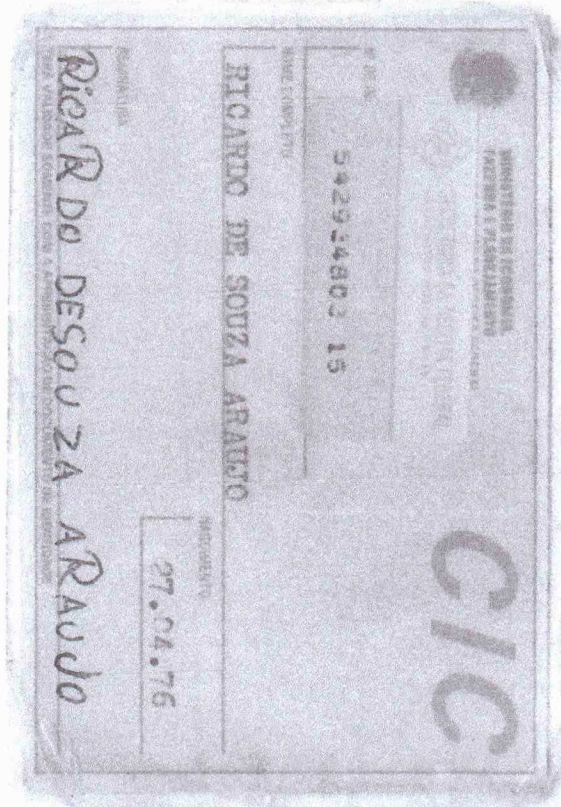
Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	RICARDO DE SOUZA ARAUJO		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	19 05 2017	DATA DA ALTA:	01/06/2017
BE/PRONT:	5436743	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	41		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE CLAVICULA DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Ass:  Data : 01/06/17 Imprimir	Retornar dia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ para Dr. ____
	Dispensa do trabalho por : 

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web







AUTO-ATENDIMENTO - AG. IRACEMA

DATA: 24/01/2018

HORA: 14:55:37

TERMINAL: 00311155

CONTROLE: 003111550386

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0578,013,00026485-2

NOME: RICARDO DE SOUZA ARAUJO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0027630110

NÚMERO DE CONTROLE: 024252266

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 530272415

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2345170 DV **0**

VENCIMENTO
28/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 14 01220 28 0261800 Medidor Poste
Nome ANA PAULA DA SILVA OLIVEIRA 9681136 1000 I16C
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU NSA APARECIDA DA FE 00026 ANCURI FORTALEZA 60000000

RG / CPF / CNPJ 496.023.813-53 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 13452 13384 1 68 0 68

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura
21/06/2018 20/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E529.78BC.8A68.642F.E929.1AFD.CA60.6DC5

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -18,39
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,71
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,28)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

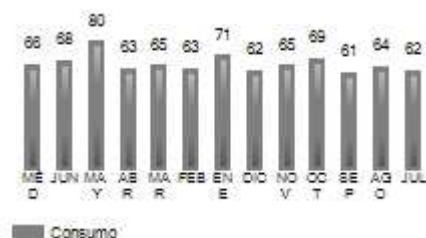
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 6,48
Conjunto MONDUBIM
Mês ABR/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77		0,00			

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

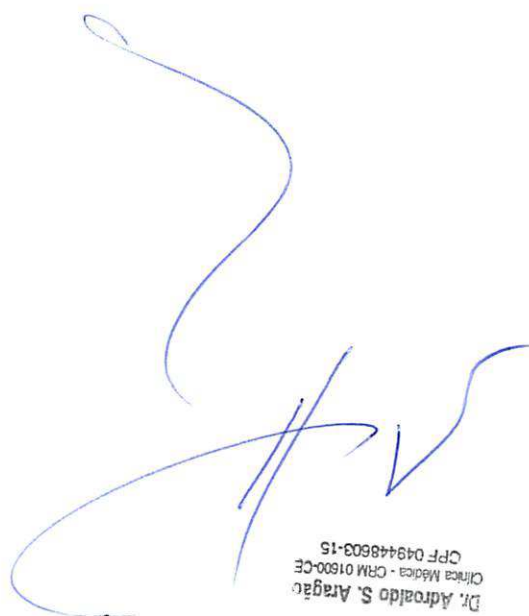
N° do Cliente: 2345170-0 N° da Nota Fiscal: 530272415 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 20/07/2018 Referência: JUN/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DR. ADROALDO SILVEIRA ARAGÃO
CRM – 01600

RELATÓRIO MÉDICO

Refato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr. Ricardo de Souza Araújo, 42a, nasceu em 19.05.17, e teve Luxação acromioclavicular D, e subluxação da fantasma simplica e osteoporoze; não realizou fisioterapia; apresenta-se de alta definitiva desde 01.09.17, e apresenta as seguintes sequelas: c/ bloqueio da flexo-extensão do LUSD, da abdução e elevação e rotação do ombro/LUSD, c/ hipertrofia muscular no ombro D, com comprometimento funcional do ombro D, em 40%.



Dr. Adroaldo S. Aragão
 Clínica Médica - CRM 01600-CE
 CPF 049448603-15

Fortaleza/ Ceará - 09/06/2018

978/CR

Ata de alta em 01.09.17

Dr. Adroaldo S. Aragão
 Clínica Médica - CRM 01600-CE
 CPF 049448603-15

Dr. Adroaldo S. Aragão
 Clínica Médica - CRM 01600-CE
 CPF 049448603-15

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13088439

A/C: RICARDO DE SOUZA ARAUJO

Nº Sinistro: 3180074863
Vítima: RICARDO DE SOUZA ARAUJO
Data do Acidente: 19/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSILENE ALVES RODRIGUES

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: RICARDO DE SOUZA ARAUJO

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000000578

Conta: 0000026485-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.037,50

Dano Pessoal: 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%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12508706

A/C: RICARDO DE SOUZA ARAUJO

Nº Sinistro: 3180074863
Vítima: RICARDO DE SOUZA ARAUJO
Data do Acidente: 19/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSILENE ALVES RODRIGUES

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: RICARDO DE SOUZA ARAUJO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000578

Conta: 0000026485-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

