

NOVO
ARILDO BRASIL COSTA

CPF 203347391 **SSP** CE

CPF 510.421.773-68 **Data de Nascimento** 07/09/1971

Município
PEDRO FERREIRA DA COSTA
MARIA NILZA SOUSA COSTA

Residência **ACD** **Cidade** **AB**

1ª Assunção 14/01/2021 **2ª Assunção** 17/10/2021

1º Assunção 05328943579

Comunicação
EXERCE ATIV REMUNERADA:

Arildo Brasil Costa

LOCAL FORTALEZA, CE

Data Recibo 20/01/2016

25258128238
CE151710481



Nº de Inscrição:
033674418

DADOS DO CLIENTE

Nome: **MARIA NILZA DE SOUSA COSTA**
End. Leitura: **RU FRANCISCO NUNES, 01313, IPASE**
Cidade: **PENTECOSTE** CEP: **62640-000**
End. Entrega:
Cidade:
Local: **044** Sub: **004** Qtd: **0157** Lote: **0070** Comp: **0000**
Sub: **00** Subquadra: **00**

ECONOMIAS

Residência: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Pábilica: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R10F243238	868	870	2	3

DATAS

Leitura Atual: **26/12/2018** Leitura Anterior: **26/11/2018** Data de Vencimento: **26/12/2018** Data de Pagamento: **25/01/2019** Lote Água: **508006** Lote Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA DEFEITO A:

Nº de Amostras	Cipo	Turbidez	pH	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	032	032	032	032	032
Analisadas	032	031	032	031	032
Em conformidade					

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME																																							
	24,40																																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th><th>Água (m³)</th><th>Esgoto (m³)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>DEZ/17</td><td>10</td><td>0</td></tr> <tr><td>JAN/18</td><td>10</td><td>0</td></tr> <tr><td>FEB/18</td><td>13</td><td>0</td></tr> <tr><td>MAR/18</td><td>16</td><td>0</td></tr> <tr><td>ABR/18</td><td>5</td><td>0</td></tr> <tr><td>MAI/18</td><td>10</td><td>0</td></tr> <tr><td>JUN/18</td><td>9</td><td>0</td></tr> <tr><td>JUL/18</td><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>AUG/18</td><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>SET/18</td><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>OUT/18</td><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>NOV/18</td><td>1</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)	DEZ/17	10	0	JAN/18	10	0	FEB/18	13	0	MAR/18	16	0	ABR/18	5	0	MAI/18	10	0	JUN/18	9	0	JUL/18	3	0	AUG/18	1	0	SET/18	3	0	OUT/18	2	0	NOV/18	1	0
Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)																																							
DEZ/17	10	0																																							
JAN/18	10	0																																							
FEB/18	13	0																																							
MAR/18	16	0																																							
ABR/18	5	0																																							
MAI/18	10	0																																							
JUN/18	9	0																																							
JUL/18	3	0																																							
AUG/18	1	0																																							
SET/18	3	0																																							
OUT/18	2	0																																							
NOV/18	1	0																																							

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PTF	0,23
COFINS	1,18

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	35,70
VALOR DO SUBSIDIO	14,30
VALOR TOTAL A PAGAR	24,40

MÊS/ANO

12/2018

VENCIMENTO

08/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

24,40

CNPJ: 06.940.970/0001-11 I: 359522082302-459 L: 7146 H: 09:35:39 R: 024 P: 001

Parâmetro de Qualidade



Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195



É obrigatório de cadastrar o usuário com cadastro vinculado junto à Cagece, conforme resolução da Agência Reguladora.
Entidade Reguladora: Fortaleza: ARCE - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. 0800 275 0195. Ouvidor: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará. 0800 275 0195. Ouvidor: ARCE - ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas horas de atendimento, de 8h às 17h, ou pelo e-mail: ouvidor@arce.ce.gov.br ou no Ouvidor da Cagece: 3101.3913, de 8h às 12h e 13h às 17h.





SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Amilbo Brasil Pinto, brasileiro(a),
Solteiro, Autônomo, portador (a) de cédula de
 identidade nº 203947391, inscrito(a) no (PF) sob o nº
SIN. 421.723-68, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na
Rua Francisco Nunes, nº 01313, Bairro
Japoni, CEP: 63.640-000/CE, conforme comprovante anexado
 em meu nome.

Pentecoste /CE, 17 de 01 2018.

[Assinatura]
 DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado, Fortaleza/CE.
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz, Pentecoste/CE.
 E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

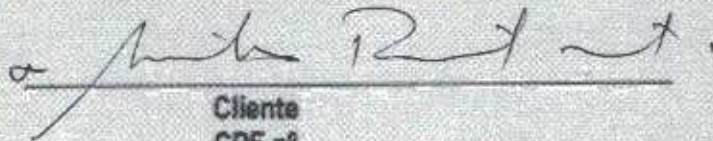
OUTORGANTE:

Arildo Renato Costa, brasileiro, solteiro, Autônomo, RG =
203347391, CPF: 510.421.773-68, endereço Rua
Francisco Nunes, 0133, Jpau, Cidade. Pentecoste/CE

OUTORGADA: SARA CAMPELO SOMBRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-CE sob o nº 23.562, com endereço profissional no Município de Fortaleza/CE, Rua Carlos Vasconcelos 1702, 1º andar, Aldeota; e também no Município de Pentecoste/CE, na Rua Major João Martins, nº 548, Centro, CEP 62.640-000.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Local, Data Pentecoste/CE 17 de 01 2020



Cliente
CPF nº



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado, Fortaleza/CE.
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz, Pentecoste/CE.
 E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)

Sr(a) Arclindo Brasil Costa Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitara no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. SARA CAMPELO SOMBRA, OAB/CE Nº 23.562, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Pentecoste /CE, 17 de Janeiro 2019

Arclindo Brasil Costa

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Quelrós, 640 - Amadeu Furtado, Fortaleza/CE.
Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz, Pentecoste/CE.
E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Anildo Brasil Pinto,
domiciliado na Rua Francisco Nunes,
01313, bairro: Ipiranga, na cidade de Pentecoste/CE,
portador (a) do RG nº 203347391, inscrito (a) no CPF nº
510.421.773-68, estou impossibilitado (a) de custear despesas
judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo
arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei
nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade,
requer os benefícios da Justiça Gratuita, com estelo na lei nº 1060/05.

Pentecoste /CE, 17 de junho de 2020

[Assinatura]
DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado, Fortaleza/CE.
Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz, Pentecoste/CE.
E-mail: advsarasombra@gmail.com • Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE



Impresso nº 201951101

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 178 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/01/2019 10:05:17**
Data / Hora da Ocorrência: **26/12/2018 08:49:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PRESIDENTE JUSCELINO K. DE**
Complemento:
Bairro: **SÃO PEDRO** Município: **PENTECOSTE/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A ASSIMBLEIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ARILDO BRASIL COSTA**
Nascimento: **07/09/1971** CPF: **510.421.773-68** UF: **CE**
RG: **203347391** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA NILZA SOUSA COSTA**
PEDRO FERREIRA DA COSTA
Endereço: **SITIO LOCALIDADE CANAFÍSTULA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.630-000**
Município: **APUIARES/CE** Telefone: **(85) 99201-6761**
País: **BRASIL**

Histórico

INFORMA O DECLARANTE QUE, NA DATA DO DIA 26 DE DEZEMBRO DE 2018, POR VOLTA DAS 08:49H TRANSITAVA PELA AV. PRESIDENTE JUSCELINO K. DE OLIVEIRA - SÃO PEDRO - PENTECOSTE-CE., NA CONDUÇÃO DE SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN JOB, DE PLACA HWR-2384/PENTECOSTE-CE., COR VERMELHA, AINDA EM NOME DE MARIA JOSE RODRIGUES DER CASTRO, QUANDO NUM DETERMINADO TRECHO DA AVENIDA, AO COLIDIR CONTRA UM CACHORRO, SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO, DIZ O DECLARANTE QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE SOFREU LESÃO (FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO), SENDO SOCORRIDO POR POPULARES E CONDUZIDO PARA A UPA24, ONDE RECEBEU OS ATENDIMENTOS DE PRAXE, FICANDO INTERNADO EM OBSERVAÇÃO E APÓS O PERÍODO DE OBSERVAÇÃO, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL LOCAL DESTA CIDADE, ONDE SUBMETEU-SE AOS PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS TENDO A ESCLARECER O DECLARANTE QUE AINDA ENCONTRA-SE EM FASE DE RECUPERAÇÃO E IMPOSSIBILITADO DE EXERCER SUAS FUNÇÕES LABORAIS, QUE SERVIRAM COMO TESTEMUNHAS DO FATO AS PESSOAS DE NOMES MARIA JOSE RODRIGUES DE CASTRO, RESIDENTE NA RUA RAIMUNDO TEIXEIRA DE CASTRO - SÃO PEDRO - PENTECOSTE-CE., E MARIA ISVELYSA DOS SANTOS SILVA, RESIDENTE NA RUA SARGENTO GUILHERME 582 - PEDREIRA - PENTECOSTE-CE. QUE ORA REGISTRA O PRESENTE BOLETIM PARA FINS DE JUSTIFICAÇÃO, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Assinatura]
ESCRIVÃO AD RDC - MA

DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Gerado em: 22/01/2019 às 10:24:01

Pág 1 de 2

Impresso em: 22/01/2019 às 10:24:01

Certifico que a presente cópia
Conferir com o original que foi
representado. Dou fé
Pentecoste - CE 28/02/19

Francisco Leônida Duarte da Silva
Escrivão





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE



Impresso nº 201951101

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 176 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X *Francisca Leonida Duarte da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A): *[Assinatura]* **VICTOR BARBOSA PIONA - MAT.: 30123573**



Certifico que a presente cópia
 Confere com o original que foi
 representado. Dou fé
 Pentecoste - CE 08/02/19

[Assinatura]
Francisca Leonida Duarte da Silva
 Escrivão



PREFEITURA DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Rua Gonçalo Sales Pessoa, 496 - São Francisco
Pentecoste/CE - Fone/Fax: (85) 3352.2252

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
PENTECOSTE/CE

FICHA DE ATENDIMENTO

Recepcionista: nathan

Data: 26/12/18 Horários: 08:40

Nome: Arildo Brasil Costa

D.N.: 474

Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D

Sexo: ☒ M ☐ F

Telefone: 07/09/71

SUS: 131360541980002

Mãe:

Endereço: qº munes

Bairro: João

Município: Pentecoste

PRÉ-CONSULTA: ☒ Aparelmente bem ☐ Regular ☐ Grave

Peso: kg

Urgio Benzolap

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: PA: 130x120 mmHg P: °C P: bpm R: mmHg ST02

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente com dor no pé esquerdo + inchaço no pé (gizeta) + hiperemia

Enfermeiro(a)

Arildo Motouel

CONSULTA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Frustrada Torção

EXAMES SOLICITADOS:

DESTINO

☐ Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☒ Observação

Mariz José R. de Castro

Assinatura do Paciente

Assinatura e carimbo do médico

Prescrição Médica	Horário	Auxiliar
1) <u>Clotapex 100mg + 100mg SF 2ml</u>	09:16	glbntu
2) <u>Dipirona 210AN</u>	09:16	glbntu
3) <u>Dexametazone 0,5mg x 24h</u>	09:18	glbntu
4) <u>Meloxicam 7,5mg x 24h</u>	09:22	glbntu
5) <u>Meloxicam 7,5mg x 24h</u>	09:23	glbntu
6) <u>SF 210 500mg</u>	11:53	glbntu
7) <u>Meloxicam 7,5mg x 24h</u>		
8) <u>SF 210 500mg</u>		
Material utilizado	Observações:	
Agulha	DX - 304mg/10ml	
Equipo		
Scalp		
Seringa		
Sondas		
Gesso		
Luvas		
Ataduras		
Gases		
Outros		

RECEITUÁRIO

Anilaz Brasil Corte

97 an

us.

- Piroxicam (200) - 004.

Toma 01 qd

12 / 12 com.

Data: 27/12/2018

Dr. Cêlio Cordeiro Maranhães
Osteodinia - Traumatologia
CRM - 4238 TEOT - 5413

Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

RECEITUÁRIO

Atesto que Anildo Brasil
Corta, 48 anos, foi vítima de
Acidente de trânsito, moto,
em 26/12/2018, sofrendo
machucado no tornozelo esquerdo.
Após: fratura da malleola
lateral. Realiza transferência
de, com o Dr. Data: 11/12/2019 +
gota + AINE + Ax em-
brida + fisioterapia. Encaminhado
com fratura consolidada e
em ALTA DEFINITIVA. Retirado
Segundo DPVAT.

Ax. 582.6.
Dr. Célio Cavalcante Magalhães
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC - 4285 TEOT - 5413

Data: 11/12/2019

Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
Secretaria Municipal de Saúde
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome:

Arildo Brasil Costa

Declaro para os devidos fins que o paciente Arildo Brasil Costa está no seguimento de fisioterapia após o ato de fratura de malhete lateral à esq.

O mesmo já fez o seguimento de fisioterapia com melhora do quadro clínico e edema. No entanto o mesmo ainda tem dificuldade para movimentar o pé e ↓ de força e ADM do tornozelo

DATA:

28/05/19

Marcia Mangano

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

Certo 30/5/19



**Prefeitura de
Pentecoste**
Placidando de novo a sua vida!

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

RECEITUÁRIO

Nome: Arildo Brasil Cortes

Lando Néidino

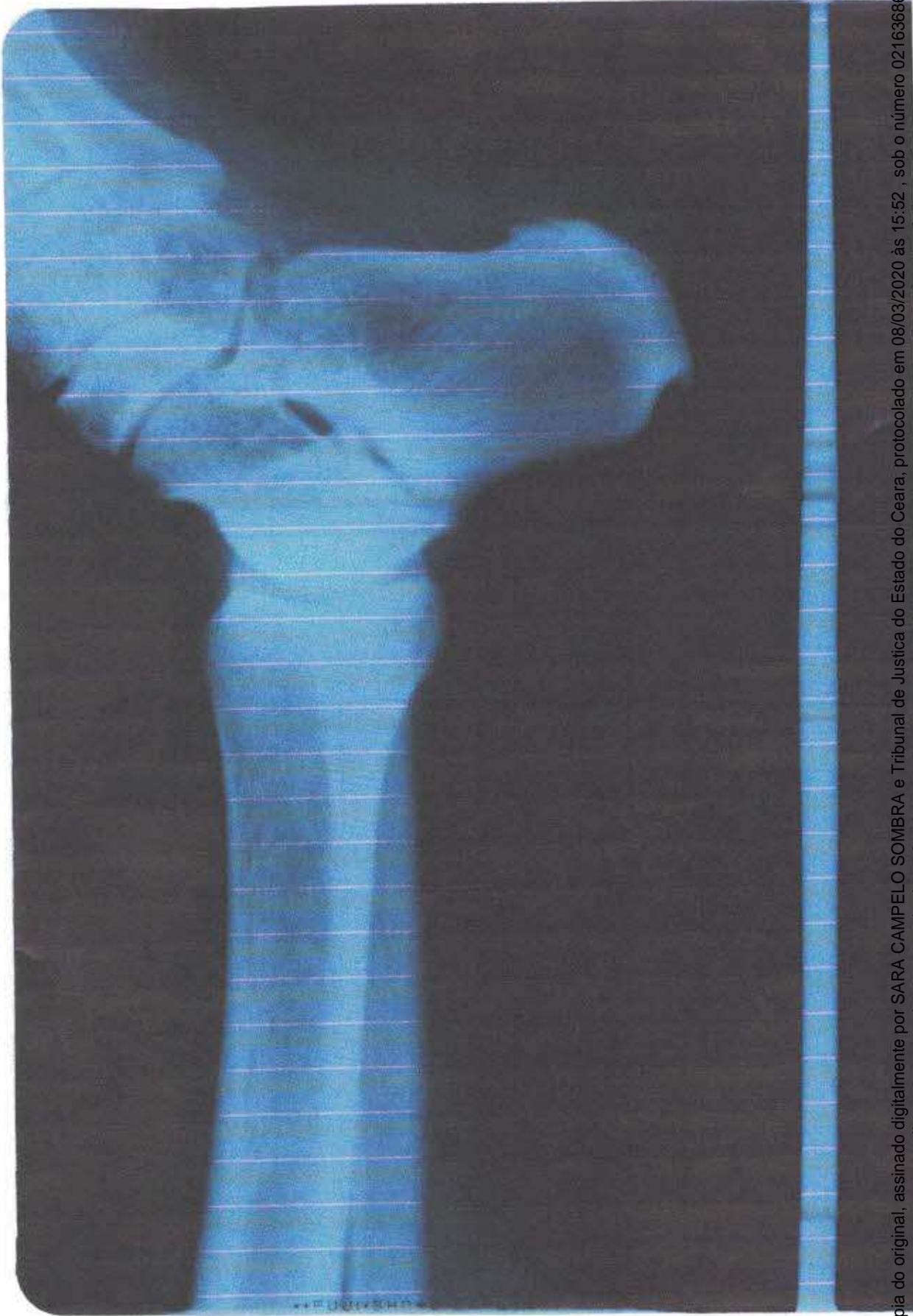
Atentar para o dente
bom, que o paciente
citado acima, sofreu
acidente de motor e
apresentou fratura ma-
leola lateral. No momen-
to, fratura encontra-se
consolidada e paciente
encontra-se de alta do
acompanhamento ambula-
torial ortopédico. No
regime DPVAT

DATA:

28/05/18

Carimbo e assinatura do Profissional

Rua João Verçosa, s/n - Centro - Pentecoste - Ceará
Fone: (85) 3352-2619 | E-mail: saudepentecoste@hotmail.com



UPA24h 24 HORAS
PREFEITURA DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade de Pronto Atendimento 24h

Paciente: Adriana 47 anos
 Raio X de: torax
 Solicitado por: LENO
 Data: 20/12/18
 Ass. Técnico: [Assinatura]



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190699262 Vítima: ARILDO BRASIL COSTA

Data do Acidente: 26/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ARILDO BRASIL COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00621/00622 - carta_02 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699262

Vítima: ARILDO BRASIL COSTA

Data do Acidente: 26/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARILDO BRASIL COSTA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ARILDO BRASIL COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001089

Conta: 000000103568-1

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699262

Vítima: ARILDO BRASIL COSTA

Data do Acidente: 26/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARILDO BRASIL COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

