



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>José dos Santos Egli</i>		Data Nasc: <i>04/04/1976</i>
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>autônomo</i>	Nacionalidade: <i>brasileira</i>
RG: <i>94017016183</i>	CPF: <i>783.674.093-53</i>	
Endereço: <i>Rua Morelia Pg. Potira, nº 500, casa A, no Pg. Guadalajara</i>		CEP: <i>61.648-100</i>
Cidade: <i>Caucaia</i>		

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 05 de Março de 2020.

José dos Santos Egli



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, residente e
José dos Santos Eloi, domiciliado na Rua Morelia Pg. Potira, nº 500,
bairro: Pq. Guadalajara, na cidade de Caucia, portador(a) do
RG nº 94017016183, inscrito(a) no CPF nº 783.674.093-53,
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 esteio na lei
nº 1060/05.

Fortaleza, 05 de Março de 20 20.

José dos Santos Eloi
DECLARANTE

OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José dos Santos Eloi, brasi
leiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula
de identidade nº 94017016183, inscrito(a) no CPF sob o
nº 783.674.093-53, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua Morelia Pq. Potira, nº 500,
Bairro Pq. Guadalajara, CEP: 61.648 - 100 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 05 de Março 2020.

D José dos Santos Eloi

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº :

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a) Sr(a) José dos Santos Eloi 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 tramitará 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 consórcio 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. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 05 de Março 2020.

José dos Santos Eloi

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:





DADOS DO CLIENTE

JOSE DOS SANTOS ELOI
RUA MORELIA PQ POTIRA, 500, A, PARQUE GUADALAJARA
JUREMA (CAUCAIA) - CEP: 61.648-100
Codificação: 269.077.00.408.00.0057.0000.2

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m ³)	Média Semestral (m ³)
AGUA	A10F063013	464	468	4	3

DATAS

Leitura Atual: 22/02/2020 Emissão: 05/03/2020 Lacre Água: 75058
Leitura Anterior: 23/01/2020 Próxima Leitura: 24/03/2020 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 00/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	000	000	000	000	000
Analisadas	000	000	000	000	000
Em conformidade	000	000	000	000	000

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m ³)	Esgoto (m ³)
	28,30	MAR/2019	4	0
		ABR/2019	3	0
		MAI/2019	3	0
		JUN/2019	5	0
		JUL/2019	3	0
		AGO/2019	3	0
		SET/2019	4	0
		OUT/2019	4	0
		NOV/2019	4	0
		DEZ/2019	4	0
		JAN/2020	3	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	41,10
COFINS	1,35	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,30

MÊS/ANO
02/2020

VENCIMENTO
11/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
28,30

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS



Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0006185037
Mês/Ano: 02/2020
Vencimento: 11/03/2020
Total(R\$): 28,30

82650000000-3 28300009000-3 00618503701-4 01001231025-5



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Impresso nº 2019860856

fls. 21

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 118 - 5240 / 2019****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **26/11/2019 15:13:46**Data / Hora da Ocorrência: **12/10/2019 17:14:00**Endereço da Ocorrência: **ESTR BR 222, TABAPUÁ - CAUCAIA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JOSE DOS SANTOS ELOI**Nascimento: **04/04/1976** CPF: **783.674.093-53**RG: **94017016183** Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **NILA DOS SANTOS ELOI****MANUEL DE PAULO ELOI**Endereço: **RUA ROSINHA SAMPAIO, 1591**Bairro: **QUINTINO CUNHA**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

Informa o declarante que na data, hora e local acima mencionados, quando conduzia uma moto de sua propriedade - moto de marca Yamaha XTZ 150, de cor preta, chassi de nr. 9C6DG2550J0010746, placa de nr. POQ 2059/Ce, colidiu em um outro veículo, carro de Fiat pátio, não sabendo o declarante informar a placa do citado veículo. Com a mencionada colisão, o declarante ficou com lesão no pé direito, sendo o mesmo socorrido pelo Samu e encaminhado para o IJF Centro, ficando o mesmo, mais de 05 dias internado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *+ Jose' dos Santos Eloy***VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X***JOSE JESUITA BARBOSA FILHO**Jose' Jesuita P. Filho
Delegado da Polícia Civil
Mat.: 133545-1-X*



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **JOSÉ DOS SANTOS ELOI**, portador do RG n.º 94017016183, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 783.674.093-53, dia 12/10/2019, às 17h14, Município de Caucaia-CE, na Rodovia BR 222, Bairro Tabapuá, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,

Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 22 de novembro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702602294133248 Admissão: 12/10/2019 18:18
 Nome: JOSE DOS SANTOS ELOI
 Pront.: 5639824 Data Nasc.: 04/04/1976 Idade: 43 ano(s) 6 mes(es) e 14 dia(s) Tel.: 88 98847-6525
 Mãe: NILA DOS SANTOS ELOI
 Sexo: Masculino RG: 94017016183 Município: CAUCAIA
 CEP 61648100 Bairro: PARQUE GUADALAJARA JUREMA
 Endereço: RUA MORELIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE Horário 12/10/2019 18:30
 Queixa: PACIENTE, 43 ANOS, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE FX EXPOSTA PÉ DIREITO APÓS CLISÃO MOT X CARRO
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 Discriminador: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - FX EXPOSTA
 Autoagressão: Não
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: LEONARDO MACEDO DE QUEIROZ CRM: 17051 N°: 562196 Horário 12/10/2019 19:41
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: MEDICAÇÃO
 Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PCTE RELATA HISTORIA DE ACIDENTE CARRO MOTO HJ POR VOLTA DAS 10 HORAS. RELATA LESAO EM PÉ DIREITO. NEGA QUEDA DA MOTO. NEGA PERCA DE CONSCIENCIA. A - VIA AEREA PERTURBADA ; B - AP FISIOLOGICA FR 20; C - AC FISIOLOGICA FC 100 ; D - GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS ; E - LESAO EM PÉ DIREITO

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 12/10/2019 23:18

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
12/10/2019	18:30	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - FX EXPOSTA	AMARELO ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702602294133248 **Admissão:** 12/10/2019 18:18
Nome: JOSE DOS SANTOS ELOI
Pront.: 5639824 **Data Nasc.:** 04/04/1976 **Idade:** 43 ano(s) 6 mes(es) e 14 dia(s) **Tel.:** 88 98847-6525
Mãe: NILA DOS SANTOS ELOI
Sexo: Masculino **RG:** 94017016183 **Município:** CAUCAIA
CEP: 61648100 **Bairro:** PARQUE GUADALAJARA JUREMA
Endereço: RUA MORELIA

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
12/10/2019 21:37	JONATAS PONTES VASCONCELOS	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA GA II DAS FALANGES PROXIMAS DO 3°, 4° E 5° DO PÉ DIREITO CD: AO CC

PRESCRIÇÃO

Médico: JONATAS PONTES VASCONCELOS CRM: 19437 Data: 12/10/19 21:37

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / EM 1HORA SE DOR INTENSA	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 20 MG / ORAL / 24/24 H EM JEJUM	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PROFILAXIA ANTITETANICA	
CLINDAMICINA 150MG/ML (600MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
GENTAMICINA 40MG/ML (80MG) - AMP ADMINISTRAR 3 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 24/24 H	
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito

ASSINADO DE PROTOCOLO - IJF
 PAPEL TIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA: 12/10/2019
 MATRÍCULA: 13826
 Colaborador: *[Assinatura]*



RECEITUÁRIO

Paciente: José dos Santos Elói

BE / Prontuário:

Un. oral:

1 Flambex 400mg 1x 2x dia

Tomar 1 comp.

Data: 30/10/19

Dr. Joséfá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

Ass./Carimbo do Médico

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOSE DOS SANTOS ELOI

Prontuário: 5639824

FLANCOX 500MG ----- 01
 CX
 TOMAR 01 COMP. DE 12/12H

Data: 18/10/2019

Dr Angelo Luz
 Cirurgia do Joelho
 ANGELO JOSE GURGEL LUZ
 CRM 6256

6256CRM

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOSE DOS SANTOS ELOI

Prontuário: 5639824

FLANCOX 500MG ----- 01
 CX
 TOMAR 01 COMP. DE 12/12H

Data: 18/10/2019

Dr Angelo Luz
 Cirurgia do Joelho
 CRM 6256

ANGELO JOSE GURGEL LUZ

6256CRM

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que JOSE DOS SANTOS ELOI foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 15 (quinze) dia(s) das suas atividades profissionais.

CID: 592

Fortaleza, 18 de Outubro de 2019

*Osmar Leite
MÉDICO**18/10/2019**CRM 6934**6934*OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO

6934CRM



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: ANGELO JOSE GURGEL LUZ

Conselho: 6256CRM

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: JOSE DOS SANTOS ELOI

ENDEREÇO: RUA MORELIA, 500, PARQUE GUADALAJARA JUREMA, CAUCAIA

PRESCRIÇÃO:

CEFADROXILA 500MG -----

12/12H POR 10 DIAS.

Dr. Angelo Luz
Ginecologista de Joelho
CRM 6256

DATA: 18/10/2019

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data:

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: JOSE DOS SANTOS ELOI	Sexo: Masculino	Pront.: 5639824
Idade: 43 ano(s) 6 mes(es) e 14 dia(s)		
Endereço: RUA MORELIA		Bairro: PARQUE GUADALAJARA JUREMA
Num: 500 CEP: 61648100	UF: CEARÁ	Cidade: CAUCAIA

Localização

Clinica: UNIDADE 11	Enfermaria: 112	Leito: 1128
Internação: 12/10/2019	17:02	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta **Cancelada**

Resumo Clínico

PACIENTE EM PÓS OPERATORIO DE AMPUTAÇÃO DE DEDO DO PÉ.

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

AMPUTAÇÃO DO DEDO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S92 - FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)

Osmar Leite
MÉDICO
18 OUT 2019
CRM 6934
U6934

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S92	FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)
Não	S682	AMPUTACAO TRAUMATICA DE DOIS OU MAIS DEDOS SOMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 18/10/2019

Observações Complementares

ENCAMINHO PACIENTE P/ AMBULATORIO DO DR. JOSAFA.

Responsável

Médico: ANGELO JOSE GURGEL LUZ

Data: 18/10/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050462	Procedimento Eletivo	13/10/2019 01:10	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	MICHAEL YURY FARIAS DE SA
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0415040035	Procedimento Eletivo	13/10/2019 01:10	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	MICHAEL YURY FARIAS DE SA
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408060042	Procedimento Eletivo	17/10/2019 17:30	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO	FRANCISCO JOSAFA FERNANDES

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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190663547 **Vítima: JOSE DOS SANTOS ELOI**

Data do Acidente: 12/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DOS SANTOS ELOI

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\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

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

Recebedor: JOSE DOS SANTOS ELOI

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000001887

Conta: 0000059064-7

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

Atenciosamente,

