

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

José Airton de Oliveira, brasileiro, solteiro, Autônomo,
portador do Rg: 2002002345479, SSPDC / CE, CPF: 317.493.
343.72, com domicílio e residência na Av. Sapevaia, cond
3 Bloco 3, Nº 102, bairro José Walter na cidade de Fortaleza
Cep: 60748-200, Estado do Ceará.

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* e *et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza, 09 de Março de 2019.

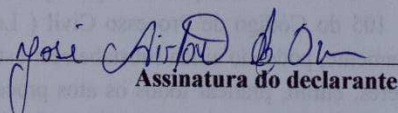
José Airton de Oliveira
OUTORGANTE

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
 E-mail: wsdpvat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

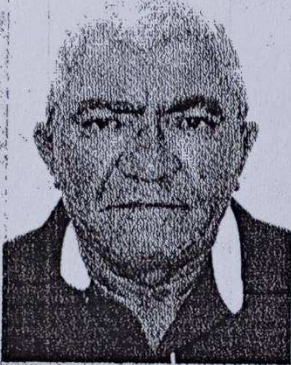
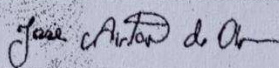
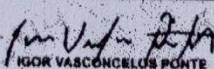
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 09 de Março de 2019.


Assinatura do declarante

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
E-mail: wsdpvat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME JOSE AIRTON DE OLIVEIRA			
		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2002002345479 SSPDC CE	
		CPF 117.493.343-72	DATA NASCIMENTO 26/09/1957
		FILIAÇÃO RAIMUNDO VIEIRA DE OLIVEIRA MARIA SILVA DE JESUS OLIVEIRA	
Nº REGISTRO 02553979618		VALIDADE 31/10/2022	1ª HABILITAÇÃO 27/10/1987
OBSERVAÇÕES 			
 ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 22/12/2017	
 IGOR VASCONCELOS PONTE ASSINATURA DO EMISSOR		14685956415 CE162106505	
CEARÁ			

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1551477950

PROIBIDO PLASTIFICAR
1551477950

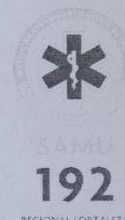
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO ESTATÍSTICO - SAME



Prefeitura de
Fortaleza
 Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO



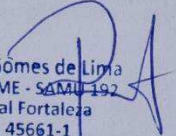
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Jose Airton de Oliveira** - C.P.F. - **117.493.343-72**, no dia **19/09/2019**, às **16h25min**, na **Avenida da Abolição**, no **Bairro Meireles**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

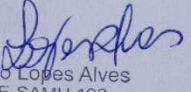
Documento requerido por meio do Processo nº **P938299/2019**.

Fortaleza, 11 de Novembro de 2019.

Atenciosamente,


 Roberto Gomes de Lima
 Coord. SAME - SAMU 192
 Regional Fortaleza
 Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
 Coordenação - SAME
 SAMU 192 Regional Fortaleza


 Mauricio Lopes Alves
 SAME-SAMU 192
 Regional Fortaleza
 Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
 Responsável - Protocolo
 SAMU 192 Regional Fortaleza

RUA PADRE GUERRA, 1350 - PARQUELANDIA - CEP: 60455-360
 FONE: (085) 3452.9141
 FORTALEZA-CE
 ouvidoria@samu.fortaleza.ce.gov.br


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019842791


BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3915 / 2019
Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **20/11/2019 13:27:48**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/09/2019 16:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV DA ABOLIÇÃO, 3180, MEIRELES - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **HOTEL FORTALEZA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE AIRTON DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **26/09/1957** CPF: **117.493.343-72**
 RG: **2002002345479** Orgão Emissor: **SSPDC** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA SILVA DE JESUS OLIVEIRA RDO. VIEIRA DE OLIVEIRA**
 Endereço: **AVENIDA SAPUCAIA, BL-6, APTº 102, COND-3 CIDADE JARDIM 1**
 Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.748-200**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98582-3927**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PNI3747 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KD0810FR469763 Renavam: 1060063120 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA
 Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
 Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **AMARELO** Proprietário: **JOSE AIRTON DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PNI3747 (acima descrita) quando foi colidido pelo veículo de placas não anotadas, que avançou o sinal vermelho; QUE, com a colisão, o declarante caiu ao solo e lesionou-se, sendo socorrido pelo SAMU ao IJF-Centro; Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse.

FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :
SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 20/11/2019 13:36:26

Pág. 1 de 1

Impresso em: 20/11/2019 13:36:26



**AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA –
INSTITUTO DR. JOSE FROTA**

LAUDO MÉDICO

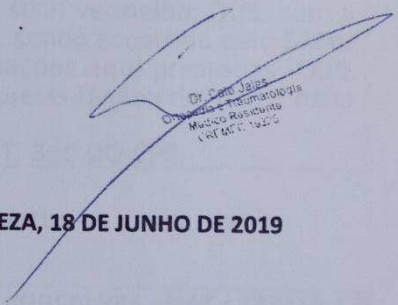
NOME: JOSÉ AIRTON DE OLIVEIRA

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO NO IJF, VÍTIMA DE FRATURA DE RÁDIO
DISTAL ESQUERDO, CONDUZIDO CONSERVADORAMENTE;

EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO PUNHO, COM RELATO DE DORES
RESIDUAIS, PORÉM COM BOA MANUTENÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E FLEXO
EXTENSÃO DO PUNHO.

PACIENTE PERMANECE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. SEM
PREVISÃO DE NOVAS CIRURGIA PARA O PUNHO ESQUERDO

CID-10 S525


Dr. Carlos Jales
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
IJF - 440.000.000

FORTALEZA, 18 DE JUNHO DE 2019

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA


Prefeitura de Fortaleza
 Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

1238

Paciente: JOSE AIRTON DE OLIVEIRA		Pront.: 5488072
Idade: 62 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s)	Sexo: Masculino	
Endereço: SAPUCAIA CONDOMINIO 3 BLOCO 3, Nº: 102		Bairro: PREFEITO JOSE WALTER
Num: 102	CEP: 60748151	Cidade: FORTALEZA
UF: CEARÁ		

Localização		
Clinica: UNIDADE 12	Enfermaria: 124	Leito: 1238
Internação: 10/09/2019	05:10	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório **Cancelada**
 Tipo de Saída: Alta Não

Resumo Clínico
 COLISAO MOTO X CARRO EM 19/09 COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DISTAL ESQUERDA E FRATURA FECHADA DE RADIO DISTAL ESQUERDO.
 PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TÍBIA POR DR.LUIZ HOLANDA EM 10/10/19 SEM INTERCORRENCIA.
 FOI AVALIADO POR DR.VALBERTO QUANTO A FRATURA DE RÁDIO DISTAL, PORÉM, DEVIDO TEMPO DE EVOLUÇÃO, FRATURA JÁ CONSOLIDADA, E DEVIDO CONDIÇÃO CLÍNICA, PACIENTE SEM QUEIXAS DE DOR, ADM DE PUNHO E COTOVELO 85% PRESERVADO, DR.VALBERTO ORIENTOU TRATAMENTO CONSERVADOR. UTILIZAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS. NÃO PISAR ATÉ O RETORNO. RETORNAR COM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DE DR.LUIZ HOLANDA. RETORNAR ANTES SE DOR INTENSA OU FEBRE.

Exames Realizados
 RX+TC

Terapêutica Utilizada
 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TIBIA ESQUERDA
 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico
 S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S823	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA
Não	Z519	CUIDADO MEDICO NAO ESPECIFICADO
Não	S523	FRATURA DA DIAFISE DO RADIO

Condições de Alta
 Encaminhado ao Ambulatório

Observações Complementares
 * Não Informado *

Responsável
 Médico: MARCIO COELHO PARAHYBA JÚNIOR
 Data: 31/10/2019

Dr. Marcio Parahyba Jr.
 Médico
 CRM: 63339
 Data Programada da Alta: 31/10/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050543	Procedimento Eletivo	10/10/2019 09:30	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL	LUIZ HOLANDA PINTO NETO

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará
 Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

João Diniz de Oliveira

vítima de acidente de trânsito, em 19/09/2019, sofreu:

*Fratura do rádio distal e do
fratura proximal do ulnar do
CIB-5 52.5 582.8*

e submeteu-se a tratamento(s): *CIRÚRGICO*

*OSTEOSTIOTOMIA DO FRATUROS DA TÍBIA
DIXA e do metacarpo medial*

*Imobilização da fratura do punho e
encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:*

*Dependência, dor e Bloqueio
difícil de punho esquerda
Dificuldade de manuseio
força diminuída, limitadas
manobras com o punho.
prejudicado.*

*Cicatrizes, inchaço e dor na
região da mão. mancha claudicante
força diminuída, uso de muleta
de dificuldade de locomoção.
prejudicado funcionalmente*

20/12/19 *Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida*
CRM - 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que JOSE AIRTON DE OLIVEIRA foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 120 (cento e vinte) dia(s) das suas atividades profissionais.

Fortaleza, 31 de Outubro de 2019

CID: S82.3; S52.3
MARCIO COELHO PARAHYBA JÚNIOR

19339CRM

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

		INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA			
Registro de Atendimento Emergencial				Emitido em: 31/10/2019 8:49:59 Por: MÁRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS	
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL					DATA/HORA: 19/09/2019 17:07:00
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 705006625022859	NOME: JOSE AIRTON DE OLIVEIRA			Registro: 5488072	
CPF: 11749334372	RG:	D. NASC: 26/09/1957	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA SILVA DE JESUS OLIVEIRA			NOME DO PAI: RAIMUNDO VIIRA DE OLIVEIRA		
TIPO DE LOGRADOURO: Avenida	ENDEREÇO DO PACIENTE: SAPUCAIA CONDOMINIO 3 BLOCO 3		Nº: 102	BAIRRO: PREFEITO JOSE WALTER	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988834690	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60748151	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: samu usb m03 cond daniel		PARENTESCO:		TELEFONE: 988834690	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: Colisão moto x carro por volta de 16h. Nega síncope. Trauma em região frontal E, rinorragia, abrasão em MSE e edema em punho E, dor torácica E e fratura em tornozelo E com sangramento					
OBSERVAÇÕES: Trauma maior - dor moderada					
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:			

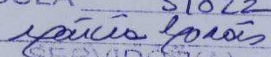
ATIVIDADE DE PROTOCOLO - INI

RAE TIRADA

PELO SISTEMA E-SUS

DATA 31 / 10 / 2019

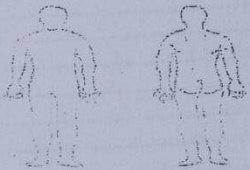
MATRICULA 51022



SERVIDOR(A)

EMR_EmergencyAttention
Página 1 de 1

P-938299/19

 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA		 Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde	
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR			
VEÍCULO: 1403	PONTO DE APOIO: Rua ... 2	Nº DA OCORRÊNCIA: 0665	
DATA: 19/09/2019	TURNO: NT	EQUIPE: Angelo e Daniel Chagas	
NOME: Ypsi Anton de Oliveira	IDADE: 61	SEXO:	
ENDEREÇO: av. Abolição 3180		BAIRRO: ...	
REFERÊNCIA: Hotel Fortaleza			
QTY: 16:10	QUS: 16:25	QUR: 17:00	QUY: 17:30 QUU: 17:50
NATUREZA DA OCORRÊNCIA:			
RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA			
RESPOSTA AO CHAMADO ☐ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO		EXPANSÃO TORÁCICA ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE	
☐ PERVEAS ☐ OBSTRUÍDAS		PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO) ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE	
A resposta			
B respiração PADRÃO RESPIRATÓRIO ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE		INSPEÇÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA:	
		PALPAÇÃO/PERCUSSÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA:	
		AUSCULTA ☐ NORMAL ☐ ALTERADA:	
C circulação PULSO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO		PELE ☒ CORADA ☐ SUDOREICA ☐ PÁLIDA ☒ SECA ☐ CIANÓTICA ☒ QUENTE ☐ FRIA	
☐ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL		ENCHIMENTO CAPILAR ☐ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	
LOCAL:		SANGRAMENTO EXTERNO ☒ SIM ☐ NÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
D neurologia ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA ☒ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1		RESPOSTA VERBAL ORIENTADO (A)/SORRI (P) ☒ 5 CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	
TOTAL: 15		RESPOSTA MOTORA OBEDECE A COMANDOS ☒ 6 LOCALIZA A DOR ☐ 5 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS:			
E avaliação ADULTO		LESÕES	
			
SAMPLA			
FO: 82	PA: x	FR:	GLIC: OXIM: TEMP:
...			



Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: Jose Ailton de Oliveira
BE / Prontuário: 5488072

Atesto que o paciente
supracitado encontra-se
internado neste hospital,
Setor Traumatologia, unidade 12,
leito 1238, desde 19/09/19
por fratura tibial
distal esvaziada secundária
crônica sem dor prevista
sem previsão de alta. Encontra-se
consciente, útil e orientado.
CID10: S82.

Data: 23/09/19

Dr. Diego Freitas Félix
Ortopedista e Traumatologista
Médico Residente
Rég. C.R.O. 19008

Ass./Carimbo do Médico

987241105

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190720997 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE AIRTON DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO JOSE AIRTON DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 11749334372

Posição em 23-01-2020 13:01:11

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/01/2020	R\$ 5.062,50	R\$ 0,00	R\$ 5.062,50

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190720997

Vítima: JOSE AIRTON DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AIRTON DE OLIVEIRA

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\$ 5.062,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE AIRTON DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000000920

Conta: 00000103951-6

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,

