

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000013658-9

Nr. da Autenticação A88FCBD659698C00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013609670

Cidade: Nossa Senhora da Glória

Natureza: Invalidez

Vítima: FERNANDO DA SILVA

Data do acidente: 01/01/2013

Emissor do parecer: Reginaldo Wanis

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

Prestadora: Visão Médica Ltda

CRM do médico: 436856

PARECER

Data da análise: 10/10/2013

Valoração do IML:

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDIBULA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS:10% DE 100%:10%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: REGINALDO WANIS

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
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	1	10

Valor avaliado: 1.350,00

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

USNAETC: DW/ST/DA

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

TRAUMA: NAO

USPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

NOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*10040



TA ' DA SAIDA:

TA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] DESISTENCE

TERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE) :

ITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS

(C) FAMILY

☐ IML

[] AN

PATOL

SINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEIICO

150 g x 500
 80 g / 10 x 90
 12020 x 1/2 amp

Geraldo A. V. d.
Neurocirurgia
CRM 4103



TOMOGRAFIA COMPLETA HORIZADA - HENRIQUE

TC DE:

RECETO: 10490

DATA: 01-01-13

TECNICO:

01/01/13
 A. Quim
 Alk do
 MC

01/01/13 - NR

Paciente vítima de acidente de trânsito,
 com sinais de intoxicação alcoólica,
 pouco cooperativo
 alerta, noronho, fala desordenada e incoerente
 sem déficits motores aparentes

Exame físico: ausência de lesões neurológicas
 traumáticas

Exame físico: ausência de fraturas e ou
 luxações

HD: 17h
 CD: obs. neurologia

05:10h Cor. Geral

Peso-x de tórax sem lesões ou pneumonia

Segui em observação pelo Neuro

Geraldo Avila Rê
 Neurocirurgia
 CRM 4103

CZMF: Dr. radiologista
 01/01/13 tórax, abdome e
 15:40h radiografia prota
 rúf. já n
 e fraca tem
 meto em odo
 tór. - pulm n
 no n. acopl
 2.30mm, med
 4.30mm, pulm

Edmundo
 Cirurg. CRM 3205

CZMF:
 01/01/13

Paciente com coloração normal, pouco cooperativo, apresentando febre
 autônoma em uma subconjuntiva. Clínicamente, apresenta febre
 de síndese unilateral, ou possibilidade de avaliação de
 febre neurológica devido ao colorado. No h. outro su
 sistema de pulmão. Redigível voluntariamente do seu sistema
 em p. outrem. Sólido radiograficamente de foc. p. observação e o

- Relatório de foc:
- 1) PA de unilateral
 - 2) lateral oblique de unilateral, D e E

3) tórax p. out
 Edmundo Marques
 Cirurg. CRM 3205



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospital
de Saúde



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Fernando de Silva

DATA DA ENTRADA: 01/01/2013

DATA DA SAÍDA: 01/01/2013

INTERNAMENTO: PS ☒ ()

ENFERMARIA ()

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando fratura da sínfise mandibular que foi reduzida e fixada pela Cirurgia Buco-Maxilo-facial. Foi avaliada pela Neurologia e Cirurgia Geral e liberado após observação clínica e avaliação das tomografias do crânio e cervical, que estavam dentro da normalidade.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tomografia do Crânio, cervical
Rx coluna cervical, mandíbula (em PA, lateral, oblíqua e Towne para côndilos).

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Edmundo Marques N. Junior - CRO 1225

Dr. Antonio Carlos Silveira de Azevedo - CRM 2768

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☒ ()

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

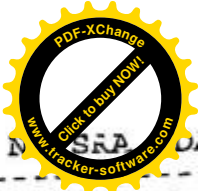
ARACAJU,

30 / 08 / 2013

Felipe CRM 1532
MÉDICO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário





UNIDADE HOSPITALAR DE SAUDE - FHS
 GOV. JOAO ALVES FILHO
 END: RODOVIA ENGENHEIRO JORGE NETO, KM 3 COOHAB - Cidade: N. S. S. A.
 ENDIMENTO MEDICO AMBULATORIAL/EMERGENCIA
 CHA DE PRONTO ATENDIMENTO No. : 989956
 Data : 31/12/20
 Hora : 21:59:30
 Turno : Noite
 Contuario : 1569 - FERNANDO DA SILVA
 Nascimento : 27/7/1977 Idade : 35 Sexo : Masculino Doc. : 1313827
 Endereço : RUA MARAVILHA N46 - NOSSA SENHORA DE LOURDES
 Idade : NOSSA SENHORA DA GLORIA CEP. : 49680-000 - UF: SE
 Filiação : MARIA TERTA DA SILVA - IGNORADO
 Responsavel: O MESMO Telf. : (079) 9967-246

Convenio : 1 - SUS
 Tipo : 6 - Plantão
 Especialidade.: CLINICA GERAL
 Turno : Noite - Emergencia
 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM
 QUEIXA :
 HORA : ASS. :

ALERGIA MEDICAMENTOSA : ☐ NAO ☐ SIM
 PESO : P.R. : T.A. : F.R. : T.P. :

Paciente alcoolizado vítima de acidente de moto que se queixa de dor em região cervical, apresenta lesões contusivas em região mentoniana e frontal em mandíbula.

2240 - DOR - Dispensário de Opióides
 - DIPIRONA 500mg + AS 60
 - SAM 500mg 60
 - CLAMPEZA + SUTURA + CURATIVO

- Solicito Avaliação DO BUCO MAXILO em ITABAIANA, Igué, HUSG.
 - SFO, ST - 1500 ml 60 ASBONO SFO + 500 + 500

CLINICO GERAL
 CRM: 0000

Dr. Antônio C. Pedrosa Neto
 Urgência Emergência
 CRM/SE 3307

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
 BVA SEGURANÇA

Somolgo 21/12/20
 Fante certate c/ SAMU (23:05h) c/ Dr. Rom
 que libera USB p/ transmissor p/ HUSG.



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. Srª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HOSPITAL SUS

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Fernando da Silva

SEXO

M

NASCIDO EM

22/07/77

MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE:

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente alcoolizado vítima de acidente de moto
refere cefaleia e dor local. Apresenta lesão corte-contundente
em região mentoniana e fratura de mandíbula.

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

- SUTURA
- DIFERENÇA - 01 eq (L)
- DIFERENÇA - 01 eq (R)

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

ATENDIMENTO DO BUCO-MAXILAR

DATA DO ENCAMINHAMENTO

31 12 12

Dr. Antonio C. P. Pires / Med
Unidade de Referência
CRMSE 3307

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PERICIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO "DR. CARLOS MENEZES"





POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

Fernando da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

2ª Via

DATA DE EXPEDICAO 27/04/2007

NOME FERNANDO DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA TERTA DA SILVA

N. S. D. GLORIA SE

DATA DE NASCIMENTO 27/09/1977

CERTIFICADO DE NASCIMENTO N.º 5579 LV. 5 FL. 266V

CART. 3 OF. DIST. COM. N. S. D. GLORIA SE

055 743.855-88

PTS / PASEP

ASSINATURA DO DIRETOR

HE

1569

DELEGADO DO INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

Dr. Carlos da Silva, Dr. Carlos da Silva, Dr. Carlos da Silva

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

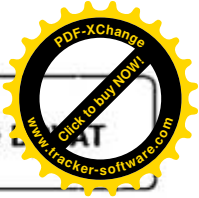
*1004037



OUTROS

1004054





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU FERNANDO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 131.382-7 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E

CPF 955743953-68 /CNPJ _____, PROFISSÃO LAVADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 400 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FERNANDO DA SILVA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

3VA

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



❗ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 0303 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 13514-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Florianópolis DATA 19.09.2009

Nossa senhora da glória
19.09.2009

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) _____

❗ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA
RUA DA PALMA, CENTRO FONE:() 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br
RPO - Registro Policial de Ocorrência 2013/06570.0-000690

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA
Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE:() 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

FATO

Data e Hora do Fato: 01/01/2013 - 21:00 até 01/01/2013 - 21:00

Endereço: BAIRRO N. SRA. DE LOURDES Número: Complemento: CEP: 49680-000

Bairro: Centro Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: NENHUM

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: FERNANDO DA SILVA

Nome do pai: Nome da mãe: MARIA TERTA DA SILVA

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 1318278 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA Data de nascimento: 27/09/1977 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Convivente Grau de Instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: RUA MARAVILHA Número: 46 Complemento:

CEP: 49.680-000 Bairro: N. SRA. DE LOURDES Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE

Proximidades: Telefone:

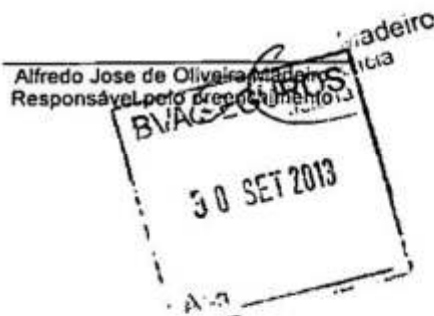
HISTÓRICO

RELATA QUE NO DIA,HORA E LOCAL SUPRACITADO VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 125 (PLACA HZH 8702-SE, CHASSI Nº CG125BR1454082, RENAVAM 377614580, EM NOME DE JOSÉ PEREIRA DAS GRAÇAS, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA CITADA MOTOCICLETA CAINDO NO CHÃO, QUE FOI SOCORRIDO PELA SAMU E ENCAMINHADO AO HUSE DESTA CIDADE, QUE FICOU LESIONADO FISICAMENTE SOFRENDO UMA FORTE PANCADA NO QUEIXO E NA CABEÇA,QUE FRATUROU O MAXILAR, QUE PRESTA ESTE BO PARA ACIONAR O SEGURO DPVAT.

Data e hora da comunicação: 11/09/2013 às 16:49

Ultima Alteração: 11/09/2013 às 16:49.

FERNANDO DA SILVA
Responsável pela comunicação



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU FERNANDO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 133.382-9 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ ECPF 955743953-68 /CNPJ _____, PROFISSÃO LAVADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 400 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FERNANDO DA SILVA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 - AGÊNCIA 333 INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA 13668-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____

DATA _____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) _____

Minha senhora da glória
19.09.2009

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.