



NAYARA FREITAS
Advogada



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Através do presente instrumento particular de mandato,

Anne Kelle Lima Silva, brasileira, Solteira,
portadora do RG: 2007854887-4, ins-
crita no CPF sob o nº: 094.085.233,75,
residente e domiciliada no Tabuleiro do
Castaneto, S/Nº, Russas-CE, Cep: 62.900-000

nomeia e constitui como sua procuradora a advogada, **NAYARA LIMA FREITAS**, brasileira, casada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Ceará, sob número 32148 com endereço profissional à Avenida Coronel Araújo Lima, nº 1.115, Centro, CEP 62.900-00, Russas - Ceará, (88) 9966.0765, email: nayarafreitas08@hotmail.com, outorgando-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Russas - Ce, 22 de dezembro de 2018

Anne Kelle Lima Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Anne Kelle Lima Silva, brasileira, Solteira, portadora do RG: 2007854887-4, inscrita no CPF sob o nº: 074.685.233-75, residente e domiciliada no Tabuleiro do Estuamento, S/Nº, Russas - CE, Cep: 62.900-000.

infra-signatário, declara para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandar em juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na Carta Constitucional de 1988 art. 5º, LXXIV, caput do art. 4º da Lei 1.060/50 (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da Lei 7.115 de 29 de agosto de 1983.

Russas - Ce, 22 de dezembro de 2018.

Anne Kelle Lima Silva



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, Anne Kelle Lima Silva,
 brasileiro(a), Solteira, _____, portador(a) da
 cédula de identidade nº 2004854887-4 - SSP/CE e inscrito(a)
 no CPF/MF sob o nº 094.085.233-95, DECLARO para todos os
 fins e sob as penas da lei que sou domiciliado(a) e resido no(a)
Tabuleiro do Catamento
 _____, nº SNU - bairro _____,
Russas / CE - CEP: Cep: 62.900-000.

E, conforme o disposto na Lei nº 7.115/83, assumo toda a
 responsabilidade pela veracidade da presente declaração, estando ciente
 das penalidades legais decorrentes de qualquer falsidade presente na
 mesma.

Russas/CE, 22 de dezembro de 20 18.

Anne Kelle Lima Silva
Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Anne Kelle Lima Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Modelo 0001 e 0002

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007854887 - 4 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/04/2011

NOME
ANNE KELLE LIMA SILVA

FILIAÇÃO
CICERO ELIAS DA SILVA

FRANCISCA REGINALDA DA SILVA LIMA

NATURALIDADE
MORADA NOVA - CE

DATA DE NASCIMENTO
08/10/1999

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 27042 FOLHA: 142
LIVRO: A32 MORADA NOVA - CE

CPF

1 VTA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 29





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
074.085.233-75

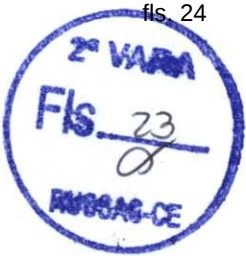
Nome
ANNE KELLE LIMA SILVA

Nascimento
08/10/1999

CÓDIGO DE CONTROLE
C087.FA02.085C.E22B



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:59:10 do dia 02/05/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



fls. 24



Nº DO CLIENTE

4998676

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

541337885

Rota 09 25000 08 289500 - 0

Data de Emissão 14/09/2018

Nome TARCISIO SIPIANO DA SILVA

End. Postal RU TABULEIRO DO CATAVENTO 00000

TABULEIRO DO CATAVENTO - RUSSAS - 62900000

Medidor 12272250

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 048699293-41

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2018	14/09/2018	16/10/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
56,03	27,00%	15,12

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7BF3.FF84.1851.5A8A.DD22.AE32.A264.AB38

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	Padrão Individual			Apuração Individual		
		Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
RUSSAS I	Jul/2018						
DIC		5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC		3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC		2,94			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 7308	7307	1,00	73	0,00	73	0,76758	56,03
14/09/18	14/08/18		31 DIAS		73		56,03

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES	56,03
MULTA MORATORIA REF 08/2018	0,94
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	5,19
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 5,17)	

VENCIMENTO 21/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 62,16

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	21,65
Transmissão	2,31
Distribuição	12,34
Encargos Setoriais	3,31
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	16,42
TOTAL	56,03

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
Set	59
Out	73
Nov	61
Dez	53
Jan	65
Fev	58
Mar	61
Abr	63
Mai	75
Jun	82
Jul	52
Ago	30

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
28,50	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

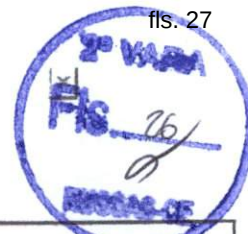
CONTAS EM ATRASO

DEBITOS ANTERIORES



2ª VAGA
Fls. 29
INSCRIÇÃO

INSTITUTO DR. JOSE FROTA



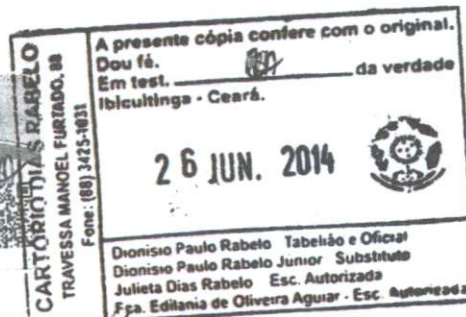
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 26/11/2013 14:54:15	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 161340653750000	NOME: ANNE KELLE LIMA SILVA			Registro: 5259102	
CPF:	RG:	D. NASC: 08/10/99	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Amarela
NOME DA MÃE: FRANCISCA REGINALDA DA SILVA LIMA			NOME DO PAI: CICERO ELIAS DA SILVA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: ANTONIO DE CASTRO	Nº: 721	BAIRRO: VARZEA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: MORADA NOVA	UF: CE	CEP: 62940000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: MARIA JOSE SILVA		PARENTESCO: TIA		TELEFONE:	
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 objeto fixo ou parado.					
QUEIXAS: tce					
OBSERVAÇÕES: tce					
SINAIS VITAIS					
PRESSÃO ARTERIAL	0		MMHG		
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	0		MRM		
FREQÜÊNCIA CARDÍACA	0		BCM		
TEMPERATURA	3,00		°C		
GLICEMIA	0		MG/DL		
SATURAÇÃO DE O2	0		02		
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICO GERAL					

25.06.14

[Handwritten signature]

Emitido em: 25/06/2014 10:41:31

Página 1 de 1



CONSULTÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA E TERAPIAS NATURAIS

DR. EDVANDO NOBRE MAIA

CREMEC: 3181/ONAB:280

PRAÇA DOS DEZ MANDAMENTOS, NO. 74 - CENTRO - IBICUITINGA - CE. FONES: 08.9.479.3019/08.9431.2723

RELATÓRIO MÉDICO

RELATO A PEDIDO DA PARTE INTERESSADA, SENHORA FCA. REGINALDA SILVA LIMA, GENITORA DA MENOR ANNE KELLE LIMA SILVA, E PARA FINS DE PROVA JUNTO AO DPVAT QUE A MENOR DE 14 ANOS, ESTUDANTE, RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE MORADA NOVA, FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTO NA LOCALIDADE DA FELIPA DE CIMA NO DIA 25 DE NOVEMBRO DE 2013, SOFRENDO FERIMENTOS DE FACE E COURO CABELUDO À DIREITA E EM OMBRO HOMOLATERAL. INFORMA AINDA A MÃE DA MENOR QUE A MESMA SANGROU PELO NARIZ E QUE PERMANECIU DESORIENTADA POR MAIS OU MENOS 60 MINUTOS(1H). FOI SOCORRIDA NO HOSPITAL SÃO LUCAS(Morada Nova-Ce) ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA IJF ONDE FOI SUBMETIDA A TC DE CRÂNIO, FICANDO EM OBSERVAÇÃO POR 6 HORAS. APOÓS ESSE TEMPO DE OBSERVAÇÃO TEVE ALTA DEFINITIVA PARA CASA. ATUALMENTE RELATA A PACIENTE EPISÓDIOS DE DOR DE CABEÇA E SURTOS DE SANGRAMENTO NAZAL. NEGA TONTURA, MAS REFERE TURVAÇÃO DA VISÃO DIREITA AO OLHAR FIXO À DISTÂNCIA. EXAME: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTAÇÃO NO TEMPO E NO ESPAÇO, AFEBRIL, EUPNEÍCO, DEAMBULA NORMAL. ASSUME POSTURA DE CÍFOTICA E A CABEÇA DESVIADA PARA DIREITA. AR.: NDN. ACV: NDN. PA.: NORMAL. FC: NORMAL. EXAME LOCAL: PRESENÇA DE CICATRIZ NA REGIÃO FRONTO-PARIETAL DIREITA, SEPTO NASAL(COM AUMENTO DA PIGMENTAÇÃO) E OMBRO HOMOLATERAL. CONCLUI QUE A MENOR FORA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E QUE APRESENTA SINAIS E SINTOMAS REVELADOS PELA ANAMNESE E EXAME FÍSICO COMO LESÕES CICATRICIAIS IRREVERSÍVEIS DE CABEÇA E OMBRO DIREITO. ALÉM DE EPISÓDIOS DE CEFALÉIA + EPISTAXES E DISTÚRPIO DA VISÃO DIREITA. DIAGNÓSTICOS ATUAIS CONSIDERADOS COMO SEQUELAS DO TRAUMA ANTERIORMENTE SOFRIDO EM ACIDENTE DE TRÂNSITO ACIMA RELATADO. CID: R23.4 + R51 + H52.1 + EPISTAXES.

IBICUITINGA, 27 DE MARÇO DE 2014. DR. EDVANDO NOBRE MAIA, CREMEC: 3181

Dr. Edvando Nobre Maia
Plantonista - 8 anos no
Hospital da Coração
CRM: 3181/ONAB: 280

Exame Físico: Sequelas observadas no exame pericial, detalhes físicos anatômicos e funcionais: Quadro demonstrativo de evidências de sequelas.

Áreas ou Regiões comprometidas	Cicatrizes	Deformidade	Retrações	Desalinhamento	Edema	Flacidez	Hipotrofia	Atrofia	Lesão Neural	Hipersensível ou Dormência	Déficit força De 0 a 4	Déficit Funcional
MEMBRAS	SIM	—	—	—	—	—	SIM	—	—	—	0	—

Quadros demonstrativos das reduções / bloqueios em graus de amplitude articular de cada articulação acometida a partir da posição anômica:

Articulação Comprometida	Flexão	Extensão	Lateralidade	Abdução	Adução	Elevação	Rotação	Supinação	Pronação	Anquilose	Bloqueio Antálgico
QUADRILHÃO	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Quirodáctilo	Articulações Metacarpo-falangeanas	Articulações Inter-falângicas		Falanges			Pododáctilo	Articulações Metatarso-falangeanas	Articulações Inter-falângicas		Falanges		
		1º	2º	1º	2º	3º			1º	2º	1º	2º	3º
1º			Não há			Não há	1º			Não há			Não há
2º							2º						
3º							3º						
4º							4º						
5º							5º						

Encurtamento de MMII: D () E () Escanometria: _____ cm; Outra Avaliação: _____ cm; Necessita de Órtese? _____

Avaliação da deambulação: Claudicante () Antálgica () Intermitente () Exacerba aos esforços físicos () Pendular () Instável ()

Dependente de muleta ou bastão () Dependente de cadeira de rodas ()

TCE: Atual comprometimento funcional neurológico em relação às alterações sensoriais, fisiológicas, motoras, cognitivas e psicológicas, após o acidente:

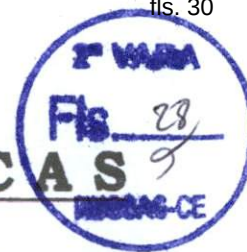
Perda de consciência	Convulsão / Epilepsia	Cefaleia	☒ Fotofobia	Lapsos / Esquecimentos	Dificuldade de Concentração / Dispersão
Dias em coma	Incoordenação motora	Neuralgia	Diplopia	Irritabilidade / Agressividade	Intermitências de Alterações Cognitivas
Convulsão na internação	Paralisia	Hiperestesia	Embaçamento visual	Inquietação / Agitação	Desorientação Auto-psíquica
Uso de anticonvulsivante	Hemiplegia	Dormência	Alterações Olfativas	Depressão Pós-trauma	Desorientação Alo-psíquica
	Paraplegia	Insônia	Alterações Gustativas	Tonturas	
Mantém-se em Coma	Disartria/Disfonia/Afonie	Sonolência	Dissacusia / Acúfenos	Instabilidade Postural/Dimetria	AVD no leito Dependente de cuidador

**FUNDAÇÃO SÃO LUCAS****SANTA CASA DE MORADA NOVA**

Av. Manoel Castro, 237 – Centro – CEP: 62.940-000

C.G.C. 07.677.263 / 0001 – 89 / E-MAIL : santacasamnova@brisanet.com.br

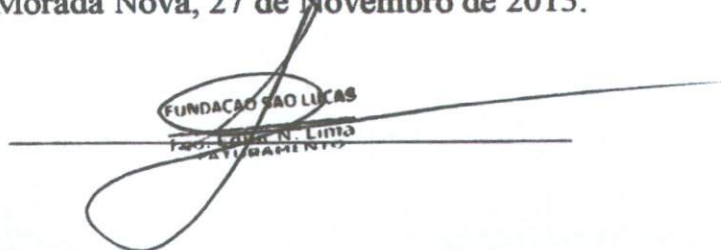
Fones : 3422.1411/ 3422.2230



DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que dando busca em nossos arquivos encontramos o registro do seguinte teor: no dia 25/11/2013, às 17:45 horas, deu entrada no setor de Urgência/Emergência da Fundação São Lucas – Santa Casa de Morada Nova, a Sra. **ANNE KELLE LIMA SILVA** a mesma informou que foi vítima de acidente de motocicleta apresentando: **FERIMENTO CORTE CONTUSO NA FACE + COURO CABELUDO.**

Morada Nova, 27 de Novembro de 2013.


FUNDACAO SAO LUCAS
ANNE KELLE LIMA SILVA
FERIMENTO



07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA

AV. MANOEL LASTRO 23
CENTRO - CEP 62.940-000

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MORADA NOVA - CE

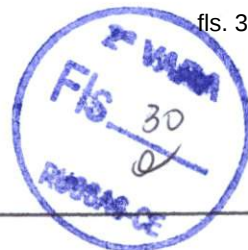
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

PACIENTE: Anni Kelle Lima Silva DN 08/10/1999
ENDEREÇO: Rua: Ant. de Castro
DIA: 25/11/2013 HORA: 17:45h
LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

recebi seu entrada no ambulatório com
queimadura de 1º e 2º graus na face + couro
cabeludo. Ed: limpez + Sutura, seguida
informações a mãe para cuidados de higiene
com nistato.

PLANTONISTA: Dr. Arris TÊC. ENF: Sonlito



Width1W
dth3Wdt
h003Wdt
h3Width8
643



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

Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 504-00200/2014 CIOPS: -

DATA/HORADA COMUNICAÇÃO: 23/01/2014 16:25

DATA/HORADA OCORRÊNCIA: 25/11/2013 17:00

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: VIA CE 371, FELIPA DE CIMA
ZONA RURAL MORADA NOVA/CE

PONTO DE REFERENCIA:

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: A noticiante qualificada informa que no dia 25.11.2013, por volta das 17h, sua sobrinha, Anne Kelly Lima Silva (vítima qualificada), foi atropelada por uma motocicleta, na CE 371, Felipa de Cima; o motociclista não prestou socorro e saiu do local; a noticiante com ajuda da pessoa de nome Everardo Bento Nobre, socorreram Anne Kelly ao hospital local, Fundação São Lucas, onde Anne deu entrada apresentando ferimento corte contuso na face e couro cabeludo. Nada mais disse.//////

➤ DADOS DA VÍTIMA

NOME: ANNE KELLY LIMA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 8/10/1999

FILIAÇÃO: CICERO ELIAS DA SILVA

FRANCISCA REGINALDA SILVA LIMA

ENDEREÇO: R JOSÉ PAULO RABELO 1736

CENIRO

IBICUITINGA/CE

TELEFONE: 88-93314406

➤ DADOS DO NOTICIANTE

NOME: MARIA JOSE SILVA

RG: 302078196 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE

CPF: 01901847365

FILIAÇÃO: JOSE IVAN SILVA

MARIA JOSE SILVA

Maria Jose Silva



ENDEREÇO: R JOSÉ PAULO RABELO, 1736
CENTRO
IBICUITINGA/CE TELEFONE:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 198246--1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____

9 Maria Lúcia Silva

COBERTURA Invalidez**PONTQ DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE**

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ANNE KELLE LIMA SILVA**CPF/CNPJ:** 07408523375**Posição em 27-04-2018 15:34:28**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento 18/08/2014 **Valor da Indenização** R\$ 3.375,00 **Juros e Correção** R\$ 0,00 **Valor Total** R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
03/09/2014	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
21/07/2014	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2014

Carta nº: 4934309

A/C: FRANCISCA REGINALDA LIMA DOS SANTOS

Sinistro: 2014570705
 Vítima: ANNE KELLE LIMA SILVA
 Data Acidente: 25/11/2013
 Natureza: INVALIDEZ
 Procurador:

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: FRANCISCA REGINALDA LIMA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003134

Conta: 00000020982-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental

alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

Multa:

Juros:

Total creditado:

R\$	3.375,00
R\$	0,00
R\$	0,00
R\$	3.375,00

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

25% Refere-se ao valor de R\$ 3.375,00
 10% R\$ 1.350,00

Documentos Despesas Médicas (Págs\Documentacao-Despesas-Medicar.aspx)
 Documentos Invalidez Permanente (Págs\Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
 Documentos Morte (Págs\Documentacao-Morte.aspx)
 Dicas Indispensáveis (Págs\Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

