

# 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: 30/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIAO MACENA DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00477-4

CONTA: 00000027392-9

---

Nr. da Autenticação 24ABC04B06E7E0DB



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2014

Carta n°: 5594874

A/C: DAMIAO MACENA DE SOUZA

Sinistro: 2014859028  
Vitima: DAMIAO MACENA DE SOUZA  
Data Acidente: 15/09/2014  
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: DAMIAO MACENA DE SOUZA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000477-4

Conta: 0000027392-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 2014859028 - 1

Nome do(a) Examinado(a): DAMIAO MACENA DE SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA GERONCIO RIBEIRO nº 80 - CENTRO - BENTO FERNANDES/RN

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2085251 - SSP

Data local do exame: 22/10/2014 NATAL/RN

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA DIÁFISE DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (RÁDIO E ULNA)**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO- TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS DE PEQUENOS FRAGMENTOS. ALTA MÉDICA**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO- APRESENTA DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MODERADO, MODERADA LIMITAÇÃO DA SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E MODERADA PERDA DE FORÇA DE SUSTENTAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

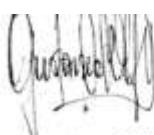
Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 22/10/2014

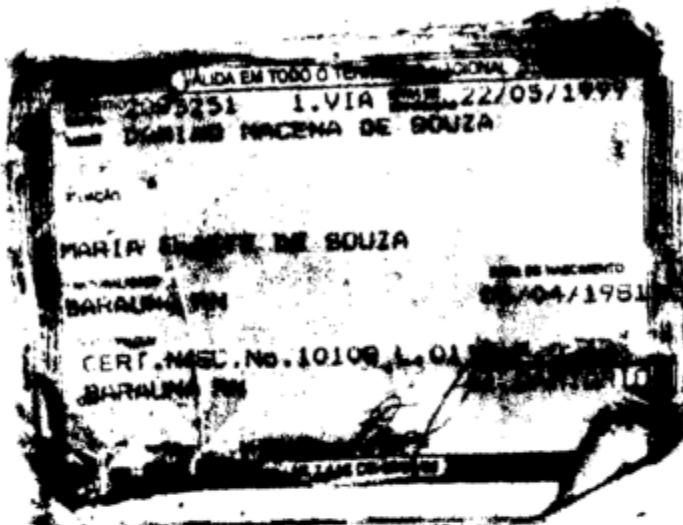
Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302

  
Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.  
Médico - Perito  
CRMCE - 6302





"0012"





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**010.240.474-74**

Nome  
**DAMIAO MACENA DE SOUSA**

Nascimento  
**05/04/1981**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DATA DE 10/09/2014 HORA 08:18 N° BAA 29358



## ENTRADA

IDADE 33 SEXO M ETNIA Pardo CARTÃO SUS 126967916450005  
 CPF 010.240.474-74 RG 2.085.251 ESTADO CIVIL Casado(a)  
 NOME DA MÃE MARIA ELIETE DE SOUZA  
 NOME DO PAI -  
 NASCIMENTO 05/04/1981 NATURALIDADE Baraúna-RN  
 TELEFONE (84) 3262-3806 PROFISSÃO Agricultor  
 RUA/AV. RUA GERÓNICO RIBEIRO Nº 80  
 COMPLEMENTO - BAIRRO CENTRO  
 CEP 59550-000 CIDADE João Câmara-RN  
 ORIGEM Ambulância - Interior MOTIVO Acidente de Trânsito / Moto - Animal  
 ACID. DE TRABALHO Não USUÁRIO Francisco

## HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão moto - animal (jumento) proximamente há aproximadamente 04 horas no município de Guanambi. Relate não ter sido socorrido de imediato. Outixa-se se caiu em canteiro aperto e mesmo sujeito escorregou.

## EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas abertas. Sem concussão (paciente chegou com correção cervical)  
 B Espírito PV (+), brilhante, estertores bronquiais. SIRA. FR: 21 ip  
 C pulso carotídeo. RR: 2T, BNP, SI separam. FC: 79 bp  
 D orientado, GLASGOW 15  
 E Presença de escoriações em MSE, dorso, MIE e joelho intenso

## OUTRAS OBSERVAÇÕES

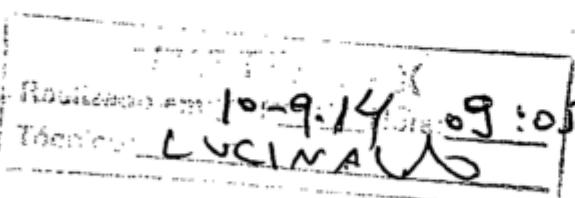
ASSOCIAÇÃO: Enfisema, fratura, hemorragia, insuf. ag., paratônia, sem sintomas de infiltração peritoneal.  
 MMII: sem flúvia exposta ou descolamento. Presença de escoriações

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

## DIAGNÓSTICO INICIAL

poli traumático

CID



Gente Seguradora SIA  
 Av. Carlos Gomes, 350 - POAITS

## ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

## ANAMNESE

Paciente militante de academia.  
Dentes aparentando des  
em dentes (1) e pinhos (2)

## EXAME FÍSICO

Escorvação

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura de Galeos

## EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

## LABORATÓRIO

Exames Acum  
Clareamento

## OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Turca  
Talas esof - palmar  
Tepé  
Fest

(1)

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Kleidson Bastos  
ORTOPEDISTA  
CRM 363 Assinatura e carimbo do responsável

## DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

## INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

Ortopedista

DATA: / /

HORA:

## SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

## ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Dr. Kleidson Bastos Médico (Carimbo)

ORTOPEDISTA

CRM 4421

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

## DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

## INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

## SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

À Revelia

Transferido para:

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE Paciente intubado de acidente de moto apresentando dor em membros e perna

EXAME FÍSICO Escamoneável

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Fratura de Galea

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

LABORATÓRIO

Transito acelerado

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Lavagem

Tentar esvaziar - palmar

Vipônia

Alerg

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Kleidson Bastos  
ORTOPEDISTA  
CRM 4423

Assinatura e carimbo do responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

Ortopedia

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica

Á Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Dr. Kleidson Bastos Médico e Carimbo  
ORTOPEDIA CRM 4423

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DINAT

Destaca nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento: OUT 2014

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

SIA  
Gente Seguro POAIS

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNACÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

COD: 114269034

## **IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Daniela Moreira de Souza</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS J26967916450005		8 - DATA DE NASCIMENTO 05/04/1981	
9 - SEXO MASCULINO		10 - FEMININO 1	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria Eliete de Souza</i>		12 - DEREÇO (RUA, Nº) Rua Jenônio Ribeiro - 80	
13 - MUNICÍPIO <i>João Câmara</i>		14 - BAIRRO <i>Centro</i>	
15 - UF RN		16 - CEP	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
<i>Paciente interna devido a exacerbação de sintomas apresentando dor em Abdômen e Onicrício</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fractura de costela</i>		21 - CID INICIAL <i>S52-S</i>	
22 - CID SECUNDÁRIO <i>S43-1</i>		23 - LAUDOS ASSOCIADOS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO <i>Exame clínico</i>		25 - LEITO / CLÍNICA <i>Hospital</i>	
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Tratamento</i>		27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Kleidson Bastos</i>	
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Ortopedista</i>		29 - DT SOLICITAÇÃO <i>10/09/10</i>	
30 - CNS / CPF		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - Nº DO BILHETE		35 - BÔNUS	
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ	
38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		39 - ( )	
40 -		41 - CID PRINCIPAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ( ) DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
44 - ( ) GRAVE		45 - ( ) GRAVISSIMA	
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		47 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO		51 - DT AUTORIZ.	
52		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
<i>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT REVISADO 2014</i>			

**ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 1556/2014**

112806

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

DATA E HORÁRIO DO FATO: 10/09/2014 ÀS 04H45MIN.

LOCAL DA OCORRÊNCIA: NA BR 406, ENTRE JANDAÍRA E BAIXA DO MEIO

DATA DO REGISTRO: 15/09/2014 ÀS 10H37MIN.

COMUNICANTE: DAMIÃO MACENA DE SOUZA

FILIAÇÃO: MARIA ELIETE DE SOUZA

ENDEREÇO: RUA GERÔNCIO RIBEIRO, Nº 80, CENTRO, JOÃO CÂMARA/RN

DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1981 SEXO: MASC. PROFISSÃO: AGRICULTOR

TELEFONE: (084) 3262-3806 NATURALIDADE: BARAÚNAS/RN ESTADO CIVIL: CASADO

DOCUMENTO: 2085251 SSP/RN

VÍTIMA: O MESMO

FILIAÇÃO:

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO: SEXO: TELEFONE: (084) PROFISSÃO:

NATURALIDADE: ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO:

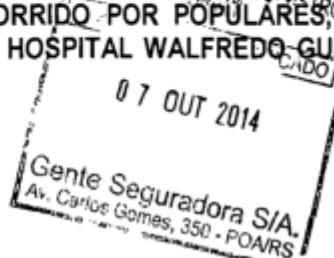
ACUSADO:

ENDEREÇO:

REFERÊNCIA:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: O(A) COMUNICANTE INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUE A VÍTIMA ESTAVA PILOTANDO, SUA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, PRETA, PLACA QJT-6241, 2012/2013, CHASSI Nº 9C2KC1680DR301486, RENAVAM Nº 00507849850, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO CANINDÉ DE SOUZA, QUE AO DESVIAR DE DOIS ANIMAIS QUE ESTAVAM NA PISTA DE SUA DIREÇÃO, UM CAMINHÃO FOCOU NA PISTA CONTRÁRIA EM LUZ ALTA EM SUA DIREÇÃO, DEIXANDO-O SEM VER COM CLAREZA, NO MOMENTO EM QUE COLIDIU, COM O ANIMAL QUE ESTAVA MAIS A FREnte, CAINDO AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES, PARA O PRONTO SOCORRO DE BAIXA DO MEIO E TRÂNSFERIDO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL, NADA MAIS DISSE..

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: ENCAMINHADO AO CARTÓRIO



*Damião Macena de Souza*  
Assinatura da Declarante

15 de SETEMBRO de 2014

APC NETO, Mat. 203.999-0

15 de SETEMBRO de 2014



Seguradora Líder - DPVAT



## 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, Damiano Macena de Souza, PORTADOR(A) DO RG Nº 2.085.251 EXPEDIDO POR SSP-RN EM 22/05/99 E CPF 010.640.479-74 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Revisor, E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor\*, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Damiano m. de Souza, 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](http://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 001 • AGÊNCIA 0477-4 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 27.392-9
- 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 \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
01 OUT 2014

LOCAL Mossoró - RN DATA 23/09/14ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Damiano Macena de Souza

Gente Seguradora SIA  
Av. Getúlio Vargas, 150 - Centro  
06010-000

! 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



0477-4

27392-9

