

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE(S): **ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA**, brasileiro, casado, agricultor, inscrito no CPF sob o nº: 312.897.033-53, residente e domiciliado no Sítio Vista Nova, 89, Distrito Assunção, Solonopole- CE, CEP: 63.620-000.

OUTORGADO (S): **KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO**, brasileiro, solteiro, CPF nº 882.950.013-53, inscrito na OAB/CE sob o nº 17762, com endereço para intimações na Rua Cel. José Cavalcante, 157, Centro, Solonópolis - CE, CEP: 63620-000.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração o (os) OUTORGANTE(S) acima qualificado(s) nomeia(m) e constitui(m) sua(s) bastante(s) procuradora(s) a(s) OUTORGADA(S) também qualificada(s) acima, a quem confere(m) amplos e ilimitados poderes para o foro geral, com a cláusula "ad judicium", e especialmente, para onde com esta se apresentar (em) e defender (em) o(s) OUTORGANTE(S) em qualquer ação que o(s) mesmo(s) seja(m) direta ou indiretamente interessado (as), podendo propor as ações, acompanhando-as em todos os seus termos, até, reconvir, opor embargos, agravar ou apelar em qualquer instância, fazer e assinar requerimento e os documentos necessários, renunciar a direitos, produzir provas e justificações, requerer falência ou concordata, assinar termo e compromisso de inventariante, podendo, também, transigir, receber, passar recibo e dar quitação, reconhecer a firma, **firmar declaração de pobreza, nos termos artigos 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (CPC) e segundo Lei 1.060/50**, e, finalmente, tudo mais usar e praticar para o bom e fiel desempenho deste mandato, inclusive substabelecê-lo com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO: O(a)(s) outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos artigos 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (CPC) e a Lei nº 1.060/50.

SOLONÓPOLE - CE, 18 de NOVEMBRO de 2020.

ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA
OUTORGANTE.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 326 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/07/2020 10:14:17**
Data / Hora da Ocorrência: **21/02/2020 06:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ENTRE A BR 226 E O DISTRITO DE ASSUNÇÃO, ZONA RURAL - ASSUNCAO SOLONÓPOLE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA**
Nascimento: **26/12/1966** CPF:
RG: **106249586** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA LUIZA NOGUEIRA**
FRANCISCO ESIDIO NOGUEIRA
Endereço: **SITIO VISTA NOVA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **SOLONÓPOLE/CE** CEP: **63.620-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(08) 89666-3987**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCE6796** Uf: **CE** Município: **SOLONÓPOLE** Chassi: **9C2KC1670BR626610** Renavam: **346393124** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO ARIOSTON PINHEIRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Afirma o Declarante que no dia, local e horário acima indicados estava deslocando-se do Distrito de Assunção para o Município de Solonópole, na companhia de sua filha FRANCISCA ROBERLEIDE PINHEIRO NOGUEIRA, a qual vinha guiando a motocicleta HONDA/CG 150 FAN, PLACA OCE 6796; Que ao tentar desviar de algumas ovelhas que atravessavam pista sua filha freio a motocicleta, ocasião em derrapou e ambos foram arremessados ao solo; Que sua filha não sofreu nenhuma lesão; Que o Declarante sofreu uma fratura luxação no punho direito; Que sua filha possui CNH; Que a moto é de propriedade de sua filha, mas esta em nome de terceiros. Nada mais disse, dando-se por encerrado este BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Gms*

DAYANE FRANCIELE MERELES DOS SANTOS - MAT.: 3012457X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Antonio Marluccio Nogueira*

VISTO DO DELEGADO(A): *[Assinatura]*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE
Impresso nº 2020435488



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 326 / 2020

ANNA RAVENNA DE MATOS FERREIRA - MAT.: 301255-0-9

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
312.897.033-53

Nome
ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Nascimento
26/12/1966

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

062.495.86
ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Francisco Esidio Nogueira
 Maria Luíza Nogueira

Vista Nova CE. 26.12.1966

Cert. Nasc. nº 5356. lv. 21. fls. 142
 Cart. de São Bernardo-CE.

LEI Nº 7.111 DE 29.06.61

CÓDIGO DE CONTROLE
9788.DB7A.606D.5909

A autenticidade deste comprovante deverá
 ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:16:44 do dia 10/12/2014 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

1-1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTÔNIO MARLUCIO NOGUEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1575715

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ
 foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 80135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 056153305
Referência 03/2020

Rota SN134R03 - 194000
 Nome MANOEL EMÍDIO FILHO
 Endereço ST VISTA NOVA, 00089, DT ASSUNCAO, 63620-000,
 SOLONOPOLE
 Classificação 20761 Agropecuária
 Modalidade TAMBÁ B2 RURAL
 Ligação Monofásico

Emissão 18/03/2020
 Medidor 1193335-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Próxima prevista
13.03.2020	13.04.2020	13.05.2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FT	30,201	30,109	1,00	1,00	60	135	0,49021	80,03

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
JUROS MORATORIOS	0,12
CONSUMO	83,03
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	28,80
TOTAL	111,95

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	83,03	1,16	0,97
COFINS	83,03	5,30	4,40
TOTAL			111,95

CONSUMO CONSCIENTE
 30/04/2020

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂) 0

CPF/CNPJ 131.174.513-15

75,34

Periodos: Band. Tarif.: Verde : 19/02 - 13/03

DEBITOS ANTERIORES
 11.2019 79,00
 Total: R\$ 79,00

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

24

Nº CAD/SUS 123083893480000	DATA: 01-02-2020	Leito de Observação:
Médico Plantonista: Dr. Antonio	Enfermeira Plantonista: Douglas	
Pressão Arterial: 120 x 80	Temperatura:	Pulso:
Hora: 06:27	Peso:	Saturação:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Marluéis Nogueira			
Endereço: St. Vista Nova			
Sexo: ☒ MASC () FEM	Idade: 53	Estado Civil: casado	
Profissão: aprendiz	Naturalidade: Solonópole		

AValiação CLÍNICA

Queixa Principal:

História da doença atual:

Acidente motociclistico c/ presença de lesões no 2º
dedão do punho direito. Nega alergias.

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Olhos ABertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Espontaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P/ Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Exame Físico:

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser reprodução
fiel do original que me foi apresentado Day

Solonópole 01/02/2020

Em testemunho da verdade

☐ Dra. Maria Gorete Costa Nogueira Leal - Tabella

☒ Ana Telma Pinheiro - Substituta

Válido Somente com Selo de Autenticação



Impressão Diagnóstica:

RADIOLOGIA
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

UNIDADE:	HOSPITAL E MAT. MARIA SUÊLLY N. PINHEIRO	DATA:	20/04/2020
NOME:	Antônio Marlicio N.	IDADE:	53
EXAME DE RAIO-X:	antebraço D	MÉDICO:	Dr. Felipe


Técnico em Radiologia

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

5661893

Nome: <u>Antonio Carlos Aguiar</u>		Nº AIH/RAE: <u>60175</u>	
Paciente Externo?	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
☐ Sim ☐ Não			
JUSTIFICATIVA			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical __AP/P	☐ Clavícula __AP
☐ Tórax __AP/P	☐ Ombro __AP/P	☐ Braço __AP/P	☐ Antebraço __AP/P
☒ Punho __AP/P	☒ Mão __AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna __AP/P	☐ Joelho __AP/P	☐ Tornozelo __AP/P
☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase
☐	☐	☐	☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD
			☐ MID
			☐ MIE
OUTROS EXAMES			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data: / /	Hora: h minutos

Assinado por: Guilherme P. Bernardo
 Médico Residente
 CRM-PR 20049

13:26
 03/06/20

STICA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 19/11/2020 às 13:05, sob o número 00511012012020-8. O processo 00511012020-8.06.0168 e código 7BE89DB.

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Idade: 53 ano(s) 2 mes(es) e 21 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5661893

Endereço: VISTA NOVA

Bairro: SITIO VISTA NOVA

Num: sn

CEP: 60000-000

UF: CEARÁ

Cidade: SOLONOPOLE

Localização

Clínica: UNIDADE 11

Enfermaria: 111

Leito: 1121

Admissão Emergência:

Internação 13/03/2020

11:10

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE OPERADO DIA 14/03/2020 DE FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO COM DR. JOÃO MAMEDE.

Exames Realizados

RX / EXAME DE SANGUE

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE.

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S630 - LUXACAO DO PUNHO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S630	LUXACAO DO PUNHO
Não	S621	FRATURA DE OUTRO(S) OSSO(S) DO CARPO

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 16/03/2020

Observações Complementares

PACIENTE ENCAMINHADO P/ AMBULATÓRIO DO DR. JOÃO MAMEDE.

Responsável

Médico: FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Data: 16/03/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408020512	Procedimento Eletivo	14/03/2020 16:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO CARPO-METACARPIANA	JOAO MAMEDE SOARES BRAGA

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

AGENDAMENTO DE EXAMES	EXAMES
Data: ____/____/____ às ____:____	
Data: ____/____/____ às ____:____	
Data: ____/____/____ às ____:____	
Data: ____/____/____ às ____:____	
Data: ____/____/____ às ____:____	
Data: ____/____/____ às ____:____	
Data: ____/____/____ às ____:____	
PROCEDIMENTOS	
Data: ____/____/____ às ____:____	
Data: ____/____/____ às ____:____	
Data: ____/____/____ às ____:____	
Data: ____/____/____ às ____:____	
Data: ____/____/____ às ____:____	
Data: ____/____/____ às ____:____	



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

fls. 21
Instituto Dr. José Frota

NÚCLEO AMBULATORIAL

Nome: Antonio Mauricio Aguiar

Registro geral: 5661893

Nº Carteira SUS: _____

Diagnóstico: _____

Médico: João Manoel

Traumatologia

ESPECIALIDADE

Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061
Fortaleza - Ceará, Brasil, (85) 3255-5010 - (85) 3255-5185

Especialidade: <u>To</u>	Retorno: <u>1/4/2020</u> às <u>7:00</u>	Profissional: <u>João Manoel</u>
Especialidade: _____	Retorno: ____/____/____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: ____/____/____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: ____/____/____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: ____/____/____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: ____/____/____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: ____/____/____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: ____/____/____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: ____/____/____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: ____/____/____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: ____/____/____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: ____/____/____	Profissional: _____

ESPECIALIDADES
TRAUMATOLOGIA - CIRURGIA GERAL - NEUROLOGIA -
PEQUENA CIRURGIA - PRÉ ANESTÉSICO - ACUPUNTURA

CIRURGIA PLÁSTICA - NEFROLOGIA - CIRURGIA VASCULAR
- DOR - CITRAFE - ENFERMAGEM

DETRAN - CE

Nº 015382801260

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 BOD. RENAVAM 346393124 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME

FRANCISCO ARIOSTON PINHEIRO

SOLONOPOLE /CE

CPF / CNPJ

86001876304

PLACA

QCE6796/CE

PLACA ANT. - UF

*****/CE

CHASSI

9C2KC1670ER626610

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL

GAOL/ALCO

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2011

CAP. POT. OU

2P/0CV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENIC. COTA ÚNICA

++/++/++

VENIC. COTAS

1º *****

FAIXA TRVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º *****

3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

29/07/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL

SOLONOPOLE

DATA

13/08/2019

Igor Pontel

Superintendente

DETRAN-CE

CE Nº 015382801260

BILHETE DE SEGURO DPVAT

86001876304

QCE6796 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15382801260

52099455249

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

13/08/2019

VIA

1

CPF / CNPJ

86001876304

PLACA

QCE6796

RENAVAM

346393124

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.

2011

CAT. TARE

09

Nº CHASSI

9C2KC1670ER626610

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

36.05

DENATRAM (R\$)

4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)

40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

IOF (R\$)

0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

84.58

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

29/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

MOTOR: KC16E7B626610





Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a)

ANGÉLIO MARLÍCIO NOBREIRA

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 08/10/2020, às ____ h.

Terido como causa do socorro

OPERADO DE FRATURA - LUXAÇÃO
GRANDE DO PUNHO DIREITO.
EVOLUI C/ LIMITAÇÃO NA
FLXO-EXTENSÃO DO PUNHO/

Observações:

MT. PORTANTO C/
DEFICIT FUNCIONAL IMPORTANTE
SOLICITO AVALIO ORDEM POR
TEMPO INDETERMINADO.

5620

Fortaleza, 08 de 10 de 2020

Médico de Plantão - CRM:

CPF:

Mais doc's no Word/OPD - Boletim de Emergência Reg.doc

Dr. Valterio Pinheiro
Médico
CRM/CE 6193



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, 10 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200298042

Vítima: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Data do Acidente: 21/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	
Juros:	R\$ 17,26
Total creditado:	R\$ 0,83
	R\$ 861,84

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

Recebedor: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Valor: R\$ 861,84

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 000010017256-3

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200298042

Vítima: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Data do Acidente: 21/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 0,00
	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 000010017256-3

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

