

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DANIEL PEREIRA, Brasileiro, (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: ARTESÃO, portador (a) do RG nº 8854129, e CPF nº 70277553437, residente e domiciliado(a) na Rua PROF. DIOGENES FERNANDES TAVARES 3039 LA CLAYDA, Cidade: OLINDA, CEP: 53230230, Tel./Whatsapp: 907894224, E-mail: _____

OUTORGADOS: **RODRIGO ALVES DIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351 e **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 53.167. Ambos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Salas 06/07, Recife – PE, CEP 50750-630.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-juditia et extra*"; em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, **poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive requerer os benefícios da justiça gratuita em favor do seu constituinte, como também retirar alvará judicial de pagamento em cartório, e realizar acompanhamento também na esfera administrativa, quando necessário** podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

X Daniel Pereira
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **RETER** os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

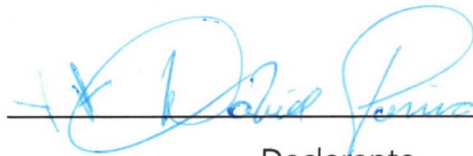
OLINDA 14 DEZEMBRO de 2020.
X Thiago Felipe
CONTRATANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, DANIEL PEREIRA,
brasileiro (a), profissão: ARTESÃO, carteira de
identidade/RG nº 8854129, inscrito (a) no CPF sob o nº
70277553431, residente e
domiciliado (a)
RUA PROF. DIÁGENES FERNANDES LIMA, 310, APOC, CIDADE OLÍNDIA - PE, CEP:
53130230 declaro sob as penas da lei que não tenho
condições de arcar com custas processuais, bem como quaisquer custos
adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto
requiero os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei
1060/50.

OLÍNDIA, 14 de DEZEMBRO de 2020.



Declarante



Ourocard

00500376



CTC RECIFE PE PL2

DIVA MARIA PEREIRA
R PROF DIOGENES FERNANDES
TAVORA, 310 APTO 02
CASA CAIADA
53130-230 OLINDA - PE

Postagem: 23/10/2020

Vencimento: 04/11/2020



7213195069223590000004837530231020

Resumo em Real

Saldo anterior	2.031,75
Pagamentos/Créditos	2.031,75
Saldo em Débito	2.268,85

IOF e Encargos nesta fatura

IOF	
Saques e crédito rotativo	0,00
Pagamento de contas à vista	0,00

Digitalizado com CamScanner

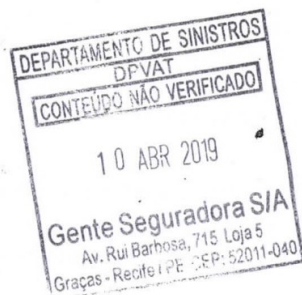
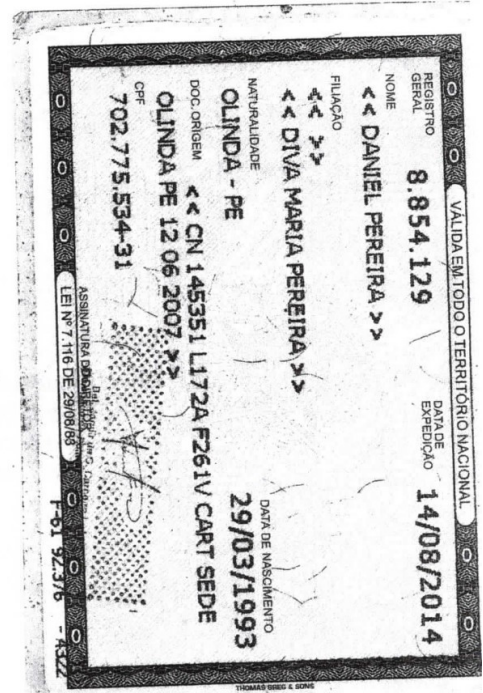
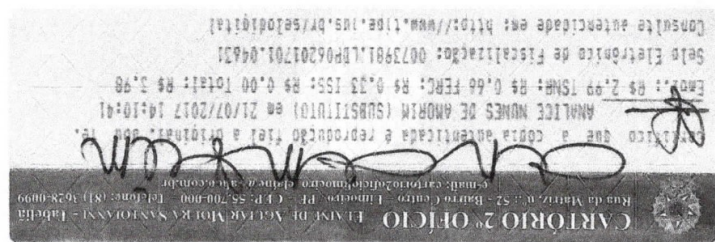
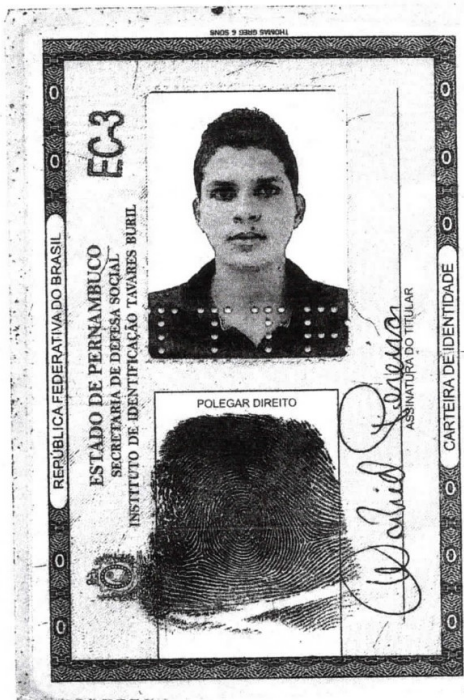


Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 14/12/2020 13:10:40

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121413104033100000071048576>

Número do documento: 20121413104033100000071048576

Num. 72472802 - Pág. 1





511425
0123409/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114003324**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/04/2019** às **15:49**

Complementa o BO Número: **18E0114009026**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **27/8/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 15, 1** - Bairro: **JATOBA - OLINDA/PERNAMBUCO**
/BRASIL

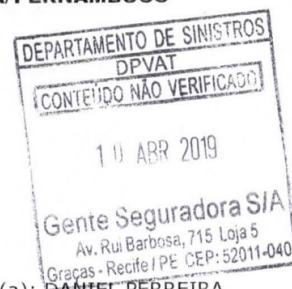
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
DANIEL PERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL PERREIRA**



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

DANIEL PERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DIVA MARIA PEREIRA** Data de Nascimento: **29/3/1993** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA HUMBERTO DE LIMA MENDES, 159 - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA CAIADA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

AUTOMOVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NAO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL PERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

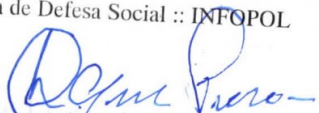
Complemento / Observação

A VITIMA VEIO NOTICIAR QUE NA DATA E LOCAL ACIMA QUANDO PEDALAVA SUA BICICLETA FOI ATROPELADO POR UM AUTOMOVEL DE PLACA E CONDUTOR NAO INFORMADOS . A VITIMA DECLAROU APOS SER ATROPELADO FOI REMOVIDO DO LOCAL PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR PARA A UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDO PARA HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATAO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

07/04/2019 20:05




DANIEL PERREIRA
(VITIMA)


B.O. registrado por: **CLAUDIO ALVES DE SOUZA** - Matrícula: **296954-8**





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001472 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). DANIEL PEREIRA, 25 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8854129 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 702.775.534-31, residente à RUA HUNBERTO DE LIMA MENDES, nº 159, EDF MARIANA AP 159, BAIRRO NOVO, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 27/08 2018, por volta das 08:28 hs, no endereço: RODOVIA PE-15, S/N, OURO PRETO OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL FIESTA PRATA PEF7401-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) DANIEL PEREIRA, inscrito sob o CPF nº 702.775.534-31 e Registro Geral nº 8854129, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798257-7 ROGERIO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1341788. Ficou aos cuidados do médico FRANCISCO ROSSI, registro 23368. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 29/10/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001472

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Atendimento: 1341788

Senha da Classificação:

0100

Dat. e Hora: 27/08/2018 09:06

Paciente: 482089 DANIEL PEREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/03/1993 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: DIVA MARIA PEREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA JOAO ROZENDO

58

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53402820

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87654379

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Dor no braço E o pé direito
de atrofia por cansaço.*

Exame Físico

*Neurovascular preservado*DEPARTAMENTO DE SIMULADROS
DPVAT
(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

10 ABR 2019

Hipótese Diagnóstico

*Fratura supra-condilária do
cotovelo*Gente Seguradora S/A
Linha 5
Gratias - Recibo PE CEP 53401-040

Conduta Terapêutica

UPA OLINDA
Gisele Assunção
Nutricionista
CRN 6 10715*Traqueostomia
à sala Amarela*

Prescrição Médica

*Dito para evento nutricional
1) Talco Axila - pal ar e (C)
2) Tranadol 50 mg - 1 cp (12h) ogre
3) Dipirona 1g + A.D. (EV) de 6h
4) Atropina 1mg + 5F0,9% (0,9%) de 12h
22:45hs*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

HMA

Senha:

5499660

Dr. Francisco Rossi
Traumato - Ortopedista
CNPJ 23.040.780/01-91

Carimbo/Médico



1341788

IMOBILIZAC

IPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/08/2018 15:56

Nome Paciente: DANIEL PEREIRA
Cód. Paciente: 482089
Data de Nascimento: 29/03/1993
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0244
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 28/08/2018 15:56 - 28/08/2018 15:56

MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

FRATURA DO COTOVELO DIREITO

Observação:

RENOVAÇÃO DE CADASTRO

Fluxograma sintoma:

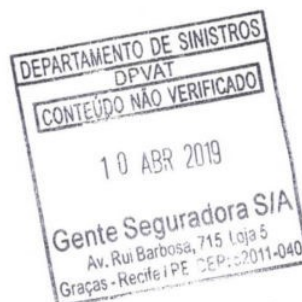
TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 14/12/2020 13:10:40

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121413104084900000071048583>

Número do documento: 20121413104084900000071048583

Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0100
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/08/2018 09:04 - 27/08/2018 09:05

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Urgência: **URGÊNCIA - AMARELO**
Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS
RELATO DE ATROPELAMENTO
TRAUMA EM MSE

Observação: ALERGIA-
NEGA SER HIPERTENSA E DIABETICA

Programa sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS
Indicador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/08/2018 09:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 14/12/2020 13:10:40

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121413104084900000071048583>

Número do documento: 20121413104084900000071048583

Num. 72472809 - Pág. 3

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

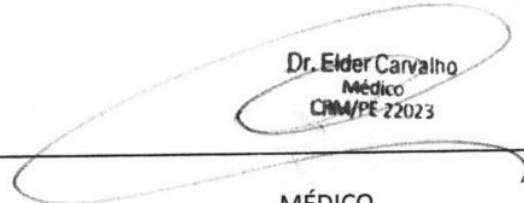
CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Daniel PereiraREGISTRO: 756593 DATA DE NASCIMENTO: 29 / 03 / 1993RG: 8.854.129 ORGÃO EMISSOR: SDS/PEENDEREÇO: Rua Humberto de Lima Mendes
nº. 159 Bairro: Jardim Fragoso AlindaNOME DA MÃE: Diva Maria PereiraDATA ADMISSÃO: 29 / 08 / 2018 DATA ALTA: 08 / 09 / 2018DATA DO PROCEDIMENTO: 06 / 09 / 2018 CID: S 42.4DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Inferior
do Úmero EsquerdoTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura Supracondiliana do Úmero
Esquerdo + Transposição do Nervo CubitalMÉDICO: Oswaldo CoimbraCREMEPE: 16658JABOATÃO DOS GUARAPES, 20 DE Setembro DE 2018.
Dr. Elder Carvalho
Médico
CRM/PE 22023

MÉDICO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 174684

Nascimento: 29/03/1993

Responsável:

Prontuário: 756593

Sexo: Masculino

Nome: DANIEL PEREIRA

Data e Hora do Atendimento: 29/08/18 10:42:19

Idade: 25 Anos, 5 Meses e 0 Dia

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 22

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS:

Nome da Mãe: DIVA MARIA PEREIRA

Nome do Pai:

Endereço: RUA JOAO ROSENDO, BULTRINS, CEP: 53320185, Nº 519, OLINDA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 16 - LEITO 03

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE COM FX DE UMEROSQ. ENCAMINHADO DA UPA.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB, EUPNEICO, AFFRIL, CORADO, HIDRATADA, CONSCIENTE E ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

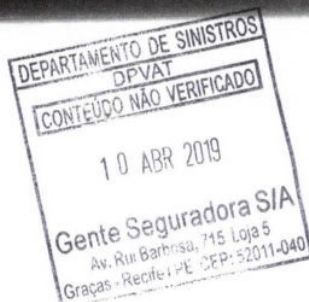
NDN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

[Handwritten signature]



S-482835

Sumário de Admissão e Alta

Nome: DANIEL PEREIRA

Prontuário: 710393

Atendimento: 174084

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 16 - LEITO 031

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE UMERO DISTAL

CID: S42.4

Procedimento Solicitado: 0408020385 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO ÚMERO

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0403020107 - TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: HUGO SOARES FERNANDES

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: MIRELLA FAVARES DE CARVALHO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
☐ Diária de UTI
☐ Diária de Acompanhante
☐ Vacina Anti - Rh

- ☐ Uso de Prótese Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - PJG
DGO - Gerência de Controle e Avaliação
Márcia Cecilia Mac Dowell Dourado
Médica Auditora PJG - CRM: 897
C.P.: 232 125-532-45

Resumo do Caso: PACIENTE DEU ENTRADA NO SERVIÇO COM FRATURA DE UMERO DISTAL, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 29/08/2018

Data da Alta: 08/09/18

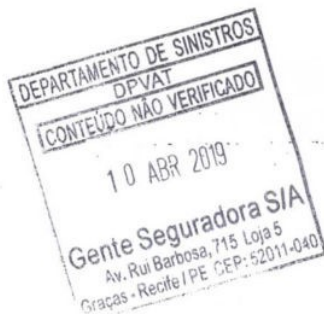
Dias de Hospitalização:

dia (s).

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16.856 / TEOT: 13351

HUGO SOARES FERNANDES

CRM: 22847



Av. General Mangabé - 4420 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54150-000

Telefone: 3442-5048 - www.hmjpe.org



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: DANIEL PEREIRA

Prontuário: 756593

Atendimento: 174684

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 25 Anos, 5 Meses e 8 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRANSPOSIÇÃO CUBITAL (COD: 040302010-7)

TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA SUPRA CONDILIANA UMERU ESQUERDO (COD:040802038-5) ✓

Data: 06/09/2018

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: HUGO SOARES FERNANDES

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia

PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO POSTERIOR UNIVERSAL PARA COTOVELO ESQUERDO E NEUROLISE DE NERVO CUBITAL

OSTEOTOMIA EM CHEVRON DE OLECRANO

ABORDAGEM DE FRATURA E OBSERVADA FRATURA SUPRA-INTERCONDILIANA COM CONTINUIDADE

REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM 01 PLACA BLOQUEADA DE UMERU DISTAL E 02 FIOS DE KIRSCHNER, PARAFUSOS BLOQUEADOS E CORTICAL

LAVAGEM COM SF

FEITICE DE OSTEOTOMIA DE OLECRANO COM FIO DE AÇO E FIOS KIRSCHNER EM BANDA DE TENSÃO

TRANSPOSIÇÃO SUBMUSCULAR DE NERVO CUBITAL

REVISÃO DA HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JR.
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16.658 / TEO: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658





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 Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270271

Vítima: DANIEL PEREIRA

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL PEREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
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: DANIEL PEREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000055643-0

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

Pag. 00703/00704 - carta_15R - INVALIDEZ

00020352

