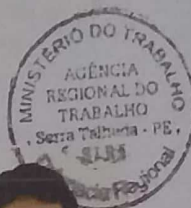




MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 58523 Série 00082

Número

Série



Paulo Antônio Nunes da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Paulo André dos Santos da Silva
Loc. Nasc. Serra Talhada Est. PE Data 24 / 02 / 97
Filiação Paulo Cesar da Silva e Maria de Fátima
Santos da Silva
Doc. Nº C-NAIC- 45.712,16-2452, Anexo 89-A

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ____/____/____ Doc. Ident. Nº ____
Exp. em ____/____/____ Estado ____
Obs.: ____
Data Emissão 24 / 07 / 14 SRTE Serra Talhada - PE

Assinatura do Funcionário



22.025.835/0001-39 15

SANDRA MARIA FERREIRA DA SILVA
PRE-MOLDADOS-ME

Empre FÁBRICA DE CHURRASQUEIRAS
PRE-MOLDADAS DINIZ

CNPJ Sítio Veneza Nº 1550 Rod BR 232 KM 427

Rua Zona Rural CEP: 56.915-899

Município Serra Talhada-PE Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo Auxiliar de Serviços Gerais

CBO nº

Data admissão 01 de Março de 2018

Registro nº

Fls. Ficha

Remuneração especificada R\$ 954,00

MICROEMPRESA E SUBORDINADA C/EMPREGADO
RECEITA

Sandra Maria Ferreira da Silva

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD nº





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20191023626390

Escritório: SERRA TALHADA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

PAULO CESAR DA SILVA

MATRÍCULA:

02362639.0

10/2019-7

R GERALDO JOAQUIM DOS SANTOS, N. 00193 - AABR SERRA TALHADA PE 56912-235

INSCRIÇÃO: 139.847.218.0003.150

GRUPO: 11

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02362639.0

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO Y07N227927	DATA LEIT. ANTERIOR 04/10/2019	DATA LEIT. ATUAL 05/11/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL /		
ÁGUA LEIT. ANT.: 1529 LEIT. ATUAL: 1539 LEIT. FAT.: 1539	CONSUMO: 10	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0		
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
09/2019	11/	A E	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
08/2019	12/	A E	TURBIDEZ	70	70
07/2019	11/	A E	COR APARENTE	70	69
06/2019	11/	A E	COLOR RESIDUAL	70	68
05/2019	12/	A E	COLIFORMES TOTAIS	70	70
04/2019	11/	A E	E. Coli	70	70
MÉDIA	11/ 0	A E	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

44,08

MULTA P/IMPONTUALIDADE

09/2019

0,98

JUROS DE MORA

07/2019

0,26

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 25/11/2019

TOTAL A PAGAR: 45,32

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 18/12/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

02362639.0

10/2019-7

VENCIMENTO: 25/11/2019

TOTAL A PAGAR: 45,32

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO - 13/01/2020 11:13:06
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011311130648400000055449108
Número do documento: 20011311130648400000055449108

Num. 56364024 - Pág. 1

UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA INFANTE

Ficha: 126961

Nome: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

UNIDADE
DE PRONTO
ATENDIMENTO

RUA GERALDO JOAQUIM DOS SANTOS nº 193 - VÁRZEA - Serra Talhada / PE-56912236

Prontuário: 7335

Complemento:

Data Atendimento: 02/07/2019 09:14:45

Sexo: Masculino

Cor: Pardo

Estado Civil: -1

Data de nascimento: 24/02/1997

Idade: 22 A e 4 M

Convênio: SUS

CNS: 703608088217532

CPF: 12005084409

Nacionalidade: BRASILEIRA

Esp.: CLINICA GERAL

Nome Social:

Grau Instrução: Médio (antigo 2º grau)

Mãe: MARIA DE FATIMA NUNES DA SILVA

Telefone: / (87) 91010-1010

FICHA DE ATENDIMENTO - PA

PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM	PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM

Classificação de Risco

Vermelho

P.A.: 140X90 HGT: Pulso: 65 Temp.: °C Peso: Saturação: 95 FR:

Dor/Local/Score:

Alergia: Nenhuma

Queixa: Paciente vítima de capotamento trazido pelo SAMU de maneira com edema importante de face, ferimento contuso na cabeça, TCE, episódio de hematemese, sinais de guaxinim.

Tipo de Alta/Reavaliação: Reavaliação

RENATA THAIS ALVES DO NASCIMENTO
ENFERMEIRO(A)

Data Classificação: 02/07/2019 11:33:03

Motivo do atendimento e descrição do exame Clínico/Anamnese:

Atendimento: Dr(a) ERIVALDO RUMAO DA LUZ - CRM: 10618 - 02/07/2019 - 11:34:00
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ CERCA DE 5 HORAS, CONSCIENTE, ORIENTADO, EPNEICO, APRESENTANDO SINAIS DE FRATURA DE BASE DO CRÂNIO (SINAL DO GUAXINIM), FRATURA DE MANDÍBULA E EXODONTIA DE INCISIVOS SUPERIORES.

Exames Complementares Realizados/Solicitados:

Hipótese diagnóstica:

S017 - Ferimentos múltiplos da cabeça (Atendimento: Dr(a) ERIVALDO RUMAO DA LUZ - CRM: 10618 - 02/07/2019 - 11:34:00)

Conduta (Tratamento Realizado)/Sumário:

Medicamentos / Procedimentos:

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML SIST. F (3 Fr EV-ENDOVEN) (02/07/2019 11:38:00)
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML - 2 ML AMPOLA (1 AP EV-ENDOVEN) (02/07/2019 11:38:00)
ONDANSETRONA 8 MG / 4 ML AMPOLA (1 AP EV-ENDOVEN) (02/07/2019 11:38:00)
OMEPRAZOL 40 MG + DILUENTE FRASCO AMPOLA (1 F/A EV-ENDOVEN) (02/07/2019 11:38:00)

Tipo de atendimento:

Grupo de atendimento:

Obs: Paciente transferido para UH R (Recife - PE), pelo SAMU - às 13:30

Shirley S. Maia da Silva
Enfermeira
COREN-PB 308358Dr(a) ERIVALDO RUMAO DA LUZ
CRM: 10618

Assinatura do paciente/responsável

Data de Emissão: 02/07/2019 11:38:17 pelo usuário ERIVALDO.LUZ

Usuário da Recepção: MARIA.SANTANA

Scanned by CamScanner

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1684312

Nome: Paulo andreas Nunes da Silva

Foi atendido às 19:18 hs. do dia 02/07/2019

Diagnóstico Provável: Paciente com histórico de acidente automobilístico, apresentando fratura O.P.N.; NOE; C2 e Bilateral; Maxila; Mandíbula esquerda; Bifurca; Condilo Bilateral CID: S02.8.

Paciente com necessidade de 30 dias de repouso domiciliar.

Tratamento Realizado: Placagem dia 22/07/19 por Dr. Coubi; Dra. Kelyne; Dr. Ruan; Dra. Jéssica por oculto do tipo placa de condilo para redução e fixação de Tergo Maxila de face (04 placas 1.5mm e 02 Tala de 1.5mm e 04 placas 2.00mm por oculto de fixação para fixar fratura de Mandíbula (Oreante e Proximal) 08mm 7/23/07

Observação: Retorno ao Ambulatório Dr. Coubi dia 22/07/19 às 13:00. Tergo Talo e Maxila. Póssio Maxila

Cópia de: Alto Bm - 26/07/19 - 00:30

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1448883/2019

NOME: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA.

Foi atendido às 19h18 do dia 02.07.2019.

Diagnóstico provável: múltiplas fraturas de Face
fratura complexa de terço médio de face +
fratura complexa de mandíbula
(Acidente de trânsito - foi ejetado)

Tratamento realizado:
osteossintese de fratura complexa de
mandíbula e maxilar. em 02.07.2019
fixação óssea + desconpressão de órbita + reconstrução
de paredes orbitárias + fratura naso-órbita-etmoidal
reconstrução craniocéfica + fixação óssea + redução
unifocal de fratura de mandíbula com fixação
Obs. óssea + rinoseptoplastia funcional (4 acessos
extra orais)

Trat. de epistaxe por embolização
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário
Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Barra de Ench + BMM. Exame complementar
Cópia de Prontuário Médico em Fisioterapia respiratória
Hidroterapia - CH

Trat. de suporte clínico
Alta em 26.07.2019

SES - Hospital da Restauração

Dr. Franklin Serra

Médico de SALA

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS,
ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

16-10-2019

Scanned by CamScanner



9-9659-8137

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIARA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU
FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - USB

Data: 02/07/19	ID Ocorrência: 33	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base: Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
----------------	-------------------	---	---------------------------	------------------------------

Solicitante:

Paciente / Usuário: Paulo Nunes Silva	Idade:	Sexo:	Telefone: 819 8752-7945
Local da Ocorrência / Cidade: BR. Gamolina Mameira	Bairro:	Médico Regulador:	

Quantidade de Vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de Três:Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ OutroQTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:DESTINO DO PACIENTE: ☐ At. no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o Atendimento

Destino (Unidade Hospitalar)	Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)
------------------------------	---

Natureza da ocorrência

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ TRANSFERÊNCIA
☐ PEDIÁTRICO ☐ TRAUMA

X CAUSAS EXTERNAS

X Acidente de Trânsito

Acidente automobilístico:

Acidente motociclístico

Atropelamento por:

Colisão carro x moto

Capotamento

Outro:

F.A.F.

F.A.B.

Agressão Física

Afogamento

Queda - Altura aproximada:

Soterramento / Desabamento

Choque Elétrico

Outro:

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

ANTECEDENTES

☐ AIDS☐ Alcoolismo☐ AVC☐ Convulsão☐ Diabetes☐ Doença Cardíaca☐ Doença Infecção-contagiosa

Quais?

☐ Doença Mental☐ Doença Renal☐ Droga☐ Hipertensão Arterial☐ Internamentos Anteriores☐ Problemas Respiratórios☐ Medicamentos de uso Contínuo

4 - DADOS VITAIS

P.A.: X F.C.: FR.: TEMP.: HGT.: SpO2 - S/O2: SpO2 C/O2:

GLASGOW:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA:

Scanned by CamScanner

2 - VIA AÉREA:

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Aspirado ☐ Sussurro-espiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS

☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg)> ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E. C. G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Desembulando ☐ Outros _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilhação/ Cardioversão
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Oxielétrico
☐ Prancha Longa
☐ Prancha ventral
☐ Saco plástico

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Tala Traseira
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ _____
☐ _____
☐ _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não

☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a /Local: _____

Assinatura do Cabeço do Recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:

CONDUTOR: _____

Netfoula:

TEC. ENFERMAGEM: _____

COREN: _____

ENFERMEIRO(A): _____

COREN: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusar ☐ Aceitar

NOME: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____

TESTEMUNHA: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MANAÍRA - PB

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório policial o livro de Registro de ocorrência nº 001/2019 nele encontre o Registro nº 047/2019, Cujo Teor passo agora a transcrever na entrega: AOS 01 DIAS DO MÊS DE Agosto DO ANO DE 2019 NESTA CIDADE DE MANAÍRA ESTADO DA PARAÍBA E NA (O) DELEGACIA DE Polícia Civil Local, PRESENTE A AUTORIDADE POLICIAL Gutenberg José da Costa Marques Cabral, COMIGO, ESCRIVÃO (O) DE POLÍCIA DO SEU CARGO, NO FINAL ASSINADO (A), E DECLARADO (A), AI, POR VOLTA DAS 09: h 00min COMPARCEU PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA, COM 22 ANOS DE IDADE: NACIONALIDADE: Brasileira; NATURAL DE Serra Talhada UF/PE, FILIAÇÃO: Paulo Cesar da Silva, e de Maria de Fátima Nunes da Silva, ESTADO CIVIL Solteiro ESCOLARIDADE: Alfabetizado PROFISSÃO/OCUPAÇÃO Auxiliar de Serviço Gerais, DOC. DE IDENTIDADE: 9.255.281 ORGÃO EXPEDIDOR: SSP/PE, DATA DE ESPEDICAO. 16/12/2014 CPF 120.050.844-09 ENDREÇO PROFISSIONAL: Residente: na Rua Geraldo Joaquim dos Santos, Nº 193 Bairro Vazia Cidade: Serra Talhada /UF PE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL: E FEZ O SEGUINTE REGISTRO: O qual fez a seguinte Ocorrência, que no dia 02/07/2019, por volta das 4: 30 horas vinha de Carona na Cabine do Caminhão/ C. Aberta/ CA Diesel, VW/ 24.250 CNC 6X2, Ano/ Modelo 2009, cor Branca Chassi 9BWYN82439R930357, Placa KLF 7454/PE, ANTT TAC, 048851838, registrado em nome de Sandra Maria Ferreira da Silva Diniz, CPF 07439445422, quando em uma Curva na Serra da Pinheira, Município de Manaíra/PB, foi avisado pelo Motorista que o Caminhão estava sem Freio e fora de controle chegando a tombar na última curva, que foi socorrido pelo SAMU para a UPA da Cidade de Princesa Isabel/PB, foram feitos os Primeiros Socorros e logo em seguida transferido para a Cidade do Recife/PE, para o Hospital da Restauração, e nada mas disse e não lhe foi perguntado, a presente certidão é verdadeira e dou fê. XXX

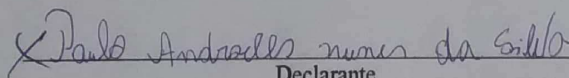
TERMO DE RESPONSABILIDADE DECLARO ASSUMIR INTEIRA

RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL

Referente ao registro de Ocorrência

Supra que deu Origem a Presente Certidão (Art.229 do CBP) falsidade ideológica- Pena de reclusão de 01 (um) a 05 (Cinco) anos

Obs. Esse documento não substitui o original, é valido somente para obtenção da segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.


Declarante

Manaíra-PB Em 01 de Agosto 2019.


Severiano Rabelo Laurendino
Escrivão de Polícia
AD-HOC
MAT.: 132.148-0

Delegacia de Polícia
Civil de Manaíra - PB

Scanned by CamScanner





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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190609530

Vítima: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 02/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: 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%

Graduação: Em grau leve 25%

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

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 000000043997-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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,

