



02/07/2020

Número: **0801366-06.2017.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **28/07/2017**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31996648	02/07/2020 11:50	2732431_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150206895 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: A vítima sofreu ferimento no pé direito e fratura no pé esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Edema e cicatriz de cirurgia no dorso do pé direito, sem sequela motora. Tem dor, edema e limitação do tornozelo e pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Foi feita limpeza cirúrgica com retirada de corpo estranho no pé direito e bota gessada por 52 dias no pé esquerdo.

Sequelas permanentes: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO MEREZ BANDEIRA DE SOUSA

CRM do médico: 5401

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2015

Carta nº: 6574737

A/C: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

Sinistro: 3150206895
Vítima: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA
Data Acidente: 12/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00439/00440 - carta_02



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2015

Carta nº: 6737877

A/C: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

Sinistro: 3150206895
Vitima: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA
Data Acidente: 12/12/2014
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: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005778-9

Conta: 000001928-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

R\$ 1.687,50

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 1.687,50

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

Pag. 00615/00616 - carta_15R



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2015

Carta nº: 6496709

A/C: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

Sinistro: 3150206895
Vitima: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA
Data Acidente: 12/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01695/01696 - carta_01



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3150206895 - 1
Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA MAE BURREGA nº S/N - CENTRO - ITAPORANGA/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1603018-2 - SSP
Data local do exame: 27/03/2015 POMBAL/PB

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)

A vítima sofreu ferimento no pé direito e fratura no pé esquerdo

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 complicação.

Foi feita limpeza cirúrgica com retirada de corpo estranho no pé direito e bota gessada por 52 dias no pé esquerdo.

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 anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Edema e cicatriz de cirurgia no dorso do pé direito, sem sequela motora. Tem dor, edema e limitação do tornozelo e pé 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)

pé direito

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

pé esquerdo

☐ 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:

PB - POMBAL, 27/03/2015

Médico Perito: JOAO MEREZ BANDEIRA DE SOUSA CRM: 5401


João Merez B. de Sousa
CRM - 5401-PB

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:50:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211504594500000030670206>

Número do documento: 20070211504594500000030670206

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05778-9

CONTA: 000000001928-3

Nr. Autenticação

BRADESCO0704201505000000000023705778000000001928168750 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150206895 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DO PE/FERIMENTO EM PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PERICIA PARA MELHOR AVALIAÇÃO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

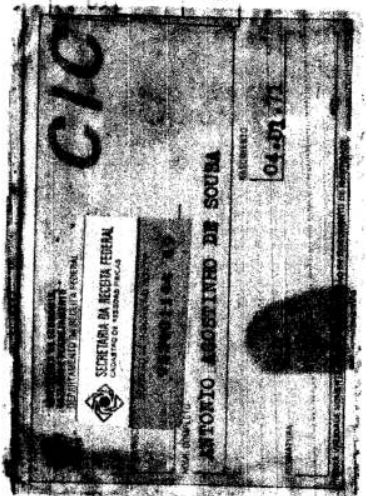
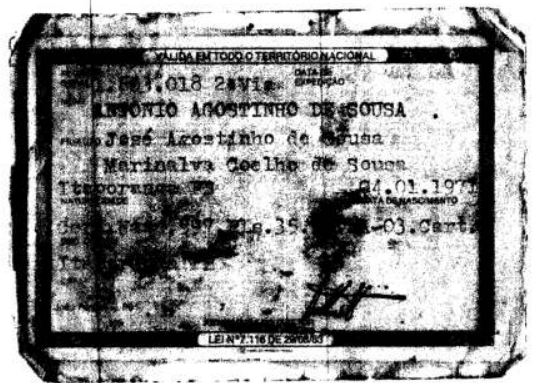
Nome do médico: JULIANA WANIS

CRM do médico: 52.88043-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguro
DPVAT

O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro - Morte () Invalidez ☒ DAMS () - Seguradora : MBM - 6084

Valor da Indenização - RS: _____

Vítima : Antonio Agostinho de Sousa Nascimento / /

CPF: /

Reclamante - Vítima () Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: _____ CPF/CGC: _____ / _____

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

TEL: ()

Procurador: _____ CPF/CGC: _____ / _____

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

TEL: ()

Dados da Ocorrência

Data do Sinistro /Fato: / /

Data do Boletim /Registro: / /

Estado da ocorrência:

Veíc. Identificado
() sim () não

Placa

Tipo de Veículo

Vítima:

1 - Transportado ()

2 - Não transportado ()

3 - Motorista ☒

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo ()

Número do Processo:

PB
Local / Data

[Assinatura]
Assinatura

mbm

Seguro de Pessoas





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antônio Augusto da Silva
DATA DO ACIDENTE 12/12/2014 CPF DA VÍTIMA 953.401.144-49
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:50:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211504594500000030670206>

Número do documento: 20070211504594500000030670206

Num. 31996648 - Pág. 10

**HOSPITAL REGIONAL DE PATOS JANDUHY CARNEIRO**

RUA HORACIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741



Prontuario: 19157

Data/Hora 12/12/2014 14:10:15

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Serviço do Dr.:

Paciente: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

Idade: 43 Sexo: M

Filiação

Pai: JOSE AGOSTINO DE SOUSA

Mãe: MARINALVA COELHO DE SOUSA

Endereço

Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002

Endereço: MAE BURREGO

N.: 206

Bairro: CENTRO

Naturalidade: ITAPORANGA - PB

Fone: (83)9967-2317

Documentos

CNS: 209-9542-6052-0006

Identidade:

CPF:

Reg. Nasç.:

Informações adicionais

Nascimento: 4/1/1971

Cor: PARDA

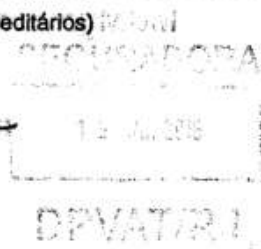
Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*7/17 no limbo da natureza
em si*



EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

7/17, fêmur do antebraço do D

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

7/17: Fratura do D

Fratura do antebraço do D

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Recepcionista: Ingrid





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cosmo Soares Pereira,
RG nº 2252065, data de expedição 08/01/96, Órgão SSP/PB, portador
do CPF nº 02599194466, com domicílio na cidade de Itaporanga,
no Estado de Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada) Rua
João Rufino, nº 73, complemento Casa,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima Antônio Agostinho de Sousa.

Veículo : motocicleta
Ano : 2014/2015
Modelo : Yamaha / YBB 125 FACTOR K1
Placa : QFF 4918/PB
Chassi : 9CGKC1950F0033526
Data do Acidente : 12/12/14.

Local e Data: Patos/PB, 19/ Fevereiro /2015.

x Cosmo Soares Pereira
Assinatura do Declarante

OBS: Reconhecer firma da assinatura do declarante

Reconheço a firma por autenticidade de COSMO
SOARES PEREIRA.

Itaporanga-PB, 12 de fevereiro de 2015.

Em test. Maria Rodrigues Custodio da verdade.

Selo Digital - ABNT 40048 P/AOF
Consulte a autenticidade em <https://celedigital.tjpb.jus.br>





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Agostinho de Sousa

RG nº 1.603.018-29 data de expedição 1/1/ Órgão SSP/PB

CPF nº 953.401.144-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Mãe Burega</u>
Número	<u>206</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Itaporanga</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.780-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 87341386/87616835/99471520/96978811</u>
E-mail	<u>sertae.assessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos/PB, 19/02/2015.

Assinatura do Declarante: Edilson Rodrigues dos Santos



BELMIRO AGOSTINHO DE SOUSA
RUA MAE BURETTE - CENTRO
ITAPORANGA/PA - CEP: 58780000 (AG 154)

Classificação: RESIDENCIAL (SERVIÇO DE ENERGIA ELÉTRICA)
Ramo: 1 - 154 - 10 - 7380 Referência: Nov/2014
Nº medidor: 00008214224 Emissão: 04/11/2014

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230 Am25 - Caixa Postal - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.935.162/0001-40 Ins. Est. 18.015.023-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.007.349
Código para Débito Automático: 0000070087

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

7540 2355 3538 7040 9446 0349 1000 0002

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/27058-7**

Nov/2014

Canal de contato

Apresentação

04/11/2014

Data prevista da
próxima leitura

03/12/2014

CPF/CNPJ/RAM

400904887

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura
03/10/14	5361	04/11/14	5485
		1	114
			32

Descrição	Demonstrativo	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh - BR		30	0,12074	3,60
Consumo - 31 a 100 kWh - BR		70	0,21728	15,20
Consumo - 101 a 220 kWh - BR		14	0,32589	4,56

IMPOSTOS E ENCARGOS	Valor (R\$)
PIS	0,00
COFINS	2,90
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	7,08
ICMS (Base de Cálculo R\$ 82,08) Alíquota 27,00%	18,78

Histórico de Consumo
(kWh)

Out/14	112
Set/14	101
Ago/14	85
Jul/14	81
Jun/14	88
Mai/14	100
Abr/14	110
Mar/14	108
Fev/14	129
Jan/14	104
Dez/13	113
Nov/13	52

Média dos últimos meses
90 kWh

VENCIMENTO
11/11/2014

TOTAL A PAGAR
R\$ 50,80

Indicadores de Qualidade

8/2014 - Supercarga

	Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	9,80	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	18,81	0,00	220
DIC ANUAL	31,87	0,00	CONTRATADA
FC MENSAL	2,00	0,00	20%
FC TRIMESTRAL	7,65	0,00	20%
FC ANUAL	15,70	0,00	20%
TAAT	4,05	0,00	20%
DICR	12,22	0,00	20%

Descrição	Valor (R\$)	%
Remuneração do Uso do Sistema de Distribuição	9,80	19,30
Perdas de Tensão	12,08	23,74
Encargos Setoriais	0,81	1,59
Impostos (ICMS) e Encargos	27,24	53,62
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	50,80	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Art. 6º da Lei nº 4.767/65)

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Bem Renda, tendo um desconto de R\$ 18,37



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos portador(a) do

RG nº 5.652.161, expedido por SSPIPE, em

30/10/1996, CPF/CNPJ nº 039.247.064-09,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Antônio Agostinho de Sousa do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Antônio Agostinho de Sousa, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Agricultor Renda Mensal: R\$ 300,00

Documentos comprobatórios: RG e CPF

Edilson Rodrigues dos Santos
ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

1º OFÍCIO DE NOTAS

TITULAR ALBERTO BARROS DA SILVA

AV GETULIO VARGAS,38 - ITAPORANGA - PB

CNPJ 09 288 150 0001-17 - FONE (31) 451 2497

Selo Digital - AAX56748-Z9DG
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
1º OFÍCIO DE NOTAS
Titular Alberto Barros da Silva
Av. G. Getúlio Vargas, 38 - Itaporanga-PB
CNPJ 09 288 150 0001-17
CEP 55010-000 Fone (31) 451-2497

LIVRO:83 FOLHAS: 097

TRASLADO 1

Procuração bastante que em minhas notas faz (em) **ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA**, como abaixo se declara(m).

S A I B A M quantos este Público Instrumento de Procuração bastante virem que aos cinco (05) dias do mês de **fevereiro** do ano de **dois mil e quinze (2015)** nesta cidade de Itaporanga, Estado da Paraíba, no meu cartório perante mim **Tabelião**, compareceu (m) como outorgante o (a) Sr. (a) , **ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº. 1.603.018 2ª VIA SSP/PB, CPF nº. 953.401.144-49, residente e domiciliada no sítio Genipapo, deste município de Itaporanga PB.** Pessoa reconhecido (a) por mim **Tabelião**, do que dou fê, e por este instrumento e na melhor forma de direito nomeio e constituo seu bastante procurador(a) **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS, brasileiro, casado, portador do CPF n 039.247.064-09. RG nº. 5652161 SSP/PB, residente na rua Manoel Pereira Caiana s/n, Itaporanga PB** a quem concedeu amplos e gerais poderes para em nome do outorgante, acima qualificado assinar documentação necessária, requerer e receber o seguro DPVAT por acidente a que tem direito, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora, em razão do acidente, bem como assinar, quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais, federais, ou órgãos privados além de transigir, depositar, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante, junto à rede Bancária, conferindo-lhe ainda, os poderes especiais para o preenchimento e assinatura do formulário, de autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT, promover, apresentar, juntar e retirar documentos, concordar, discordar, transigir, representá-lo perante quaisquer estabelecimento bancário que se tornem necessário, abrir e movimentar conta, receber respectivo seguro, além do fim especial de representar o outorgante, perante qualquer seguradora que tenha convenio com o DPVAT, para recebimento do seguro obrigatório, receber ordens de pagamento ou cheques, referente ao benefício, assinar autorização de crédito, saques, recibos, ordens, autorizar cobrança, receber, passar recibos e dar quitação, solicitar saldo e extratos, dar e receber quitação, praticar em fim todo e qualquer, ato necessário, mesmo que aqui não expressamente nomeados, o que dará por



bom, firme e valioso, inclusive substabelecer. Assim o disse do que dou fê, e me pediu que lavrasse este instrumento, que lido e aceito vai devidamente assinado por mim Tabelião que esta escrevi e assino. Emolumento deste de acordo com a lei 5672 de 117.11.92. Itaporanga, 05 de fevereiro de 2015. Em testº MRODRIGUES que uso. Eu Maria Rodrigues Custódio - Tabeliã.(a) José de Araújo Lima, a rogo do outorgante. Está conforme o original > dou fê. Emolumentos: R\$ 35,26 FE PJ R\$ 1,58 FARPEN R\$ 3,72

Itaporanga, 05 de janeiro de 2015

Em Testº *MRODRIGUES*.....da verdade

Maria Rodrigues Custódio
Maria Rodrigues Custódio

Tabeliã substituta

José de Araújo Lima

CARTORIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
1º OFÍCIO DE NOTAS

Titular: Alberto Barros da Silva
CNPJ 08.288.150/0001-11

Av. Getúlio Vargas, 38 - Itaporanga-PB
CEP 52020-000 Fone: (31) 3341-7197



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALOR EM TÍTULOS
DO TERRITÓRIO NACIONAL
573984566

ADILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5653161 SSP PE

CPF 039.247.064-09 DATA NASCIMENTO 13/04/1978

FLUXÃO
ADELSON DOS SANTOS

ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB

14/06/2007

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Portador

LOCAL SERRA TALHADA - PE DATA EMISSÃO 23/05/2012

Assinatura do Motorista

83481983779
00047135977

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDADE PLASTIFICAR
573984566



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Antônio Agostinho de Sousa, portador da carteira de identidade nº 1.603.018-2ª via inscrito no CPF/MF sob o nº 953.401.144-49, residente e domiciliado na Rua Mãe Burega - 206, Cidade Itaperanga, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Edilson Rodrigues da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itaperanga, 19/fevereiro/2015.

Local e data



SUSE  **ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA**

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.268.0018/09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA Raça/Cor: PRETA

Dt. Nasc: 04/01/1971 Idade: 43 ano(s) mês(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M

Profissão: AGRICULTOR(A) Documento: Nº: 206

Endereço: RUA MAE BORREGO

Bairro:

Município/CEP/BGE: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700

Telefone de Contato: (83) 3451-3371 CNS: 209954260520006 NUM. CADASTRO: 109992

Data e Hora: 12/12/2014 08:22:40

SSVV

PESO: ALTURA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente com queixa de dor no peito e dificuldade para respirar, com histórico de hipertensão e diabetes.

Exame físico normal.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 02 - URGÊNCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Atendimento de emergência

DIAGNÓSTICO:

Infarto agudo do miocárdio

CID-10:

I20

MEDICAÇÃO:

☐ 1. PRESCRITA

☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ ÔBITO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1 -

2 -

3 -

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S):

CNS **CBO** **CRM**

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL **OU PEGUEIRO DIREITO**

ASS. DO REVISOR TÉCNICO **ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO**

CARIMBO

HDI





0001

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 154 / 2015

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 12 / Dezembro / 2014

HORAS: 8hs

Sob a responsabilidade do Del. Pol: Cristiano dos Santos Santana

Notificante / vítima:

ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA, natural de Itaperanga-PB, Solteiro, Agricultor, nascido no dia 04.01.71, filho de José Agostinho de Sousa e Marinalva Coelho de Sousa, RG 1.603.018/PB e CPF 953.401 144-49, residente na Rua Mãe Burrego nº.206 centro de Itaperanga/PB.

HISTÓRICO DO FATO

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: Que no dia 12/12/2014, por volta das 8hs da manhã, ia saindo do Posto de Gasolina 'JAMACI', centro de Itaperanga/PB, pilotando a motocicleta YAMAHA/YBR125 FACTOR KI, COR PRETA ANO DE FAB.2014/2015, PLACA QFF4918/PB e CHASSI Nº.9C6KE1950F0033526, licenciada em nome de COSMO SOARES PEREIRA e ao tentar desviar de outra moto perdeu o controle e caiu ao solo, sendo socorrido por amigos para o Hospital Distrital de Itaperanga-PB.



Itaperanga, 19 / Fevereiro / 2015



Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 60.265-5





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU, Venturino Agostinho de Sousa

PORTADOR(A) DO RG N° 3.603.018.

EXPEDIDO POR SSP/PR

EM / / E

CPF 953901144-99 / CNPJ

PROFISSÃO: Arquiteto

E RENDA MENSAL DE R\$ 202,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Agostinho 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT,
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAU e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5778-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0001928-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

05/10, 19 de Fevereiro de 2015. Edilson Rodrigues dos Santos

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



- 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**.



