



Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE, Cep: 62795-000

(85) 98205-6900

fls. 9

PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA "ET EXTRA"

OUTORGANTE: LEILIANE PEREIRA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA

Profissão: AUTÔNOMA

Rg: 2005032073080, SSP-CE

CPF: 031.484.033-80

Endereço: R. ANTÔNIO NEPOMUCENO, S/Nº, PARQUE JUAREZ, PINDORÉTAMA - CE, CEP. 62860-000

Email:

Telefone:

OUTORGADOS: **DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA**, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, e **JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS**, brasileira, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.128, ambos com telefone profissional (85) 98205-6900, endereço eletrônico advocaciadiegosilveira@gmail.com, domicílio profissional situado na Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro, Barreira – CE, CEP: 62795-000 e Av. Washington Soares, nº 800, Patrolino Ribeiro, Fortaleza – CE.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, firmar acordos, receber valores em processos judiciais, dar quitação, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sob o qual se funda a ação, recorrer, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo operar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, bem como para receber alvarás judiciais para levantamento de valores perante quaisquer órgãos e instituições bancárias, podendo para tanta tais alvarás judiciais serem expedidos em favor dos outorgados e assinar declaração de hipossuficiência econômica, devendo os outorgados adotarem todos os atos necessários ao cumprimento do múnus assumido junto ao outorgante.

Para que surta os jurídicos e legis efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza/CE, 20 de JULHO de 2020.

Leiliane Pereira da Silva

advocaciadiegosilveira@gmail.com



Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE, Cep: 62795-000

(85) 98205-6900



fls. 10

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante:

Nome: LEJISANE PEREIRA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA

Profissão: AUTÔNOMA

Rg: 2005032073080, SSP-CE

CPF: 031.484.033-80

Endereço: R. ANTÔNIO NEPOMUCENO, S/Nº, PARQUE JUAREZ, PINDORÉ TAMA-CE, CEP: 62960-000

Email:

Telefone:

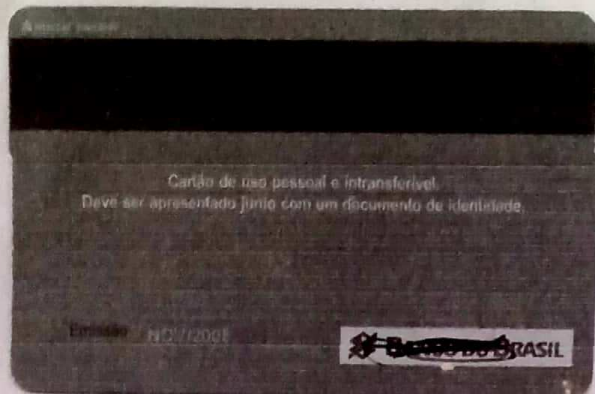
Declaro para os devidos fins de Direito nos termos do art. 98 do NCPC que não tenho condições de arcar com o pagamento de despesas processuais sem comprometer a minha sobrevivência.

Para que surta os jurídicos e legais efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza-CE, 20 de JULHO de 2020.

Lejislane Pereira da Silva

Assinatura do Declarante



São Paulo, 12 de maio de 2009
 Rua Fátima Veloso, 150
 CEP: 04135-040 | Fátima CE
 Contato: (11) 3333-1000 | CEP: 05.000-840

05119749

Referanța 02/2020

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F. 20 dias

Age Group	Number of People
0-4	10
5-9	15
10-14	20
15-19	25
20-24	20
25-29	15
30-34	10
35-39	10
40-44	10
45-49	10
50-54	10
55-59	10
60-64	10
65+	10

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Conet.	Consumo Max (kW/h)	Consumo Inst. (kW/h)	Consumo Fat. (kW/h)	Tarifa (R\$/kW/h)	Valor (R\$)
FF	6,431	6,342	1,09	151	00	151	3,47796	74,87

TARIFA	VALOR (R\$)
--------	-------------

CIP = ILUM PUB PREF MUNIC	=	26,19
ICMS COMPL BX RENDA	=	11,00
PIS COMPL BX RENDA	=	0,48
COFINS COMPL BX RENDA	=	2,26
DESCONTO BAIXA RENDA	=	40,69
CONSUMO SIM SUBVENÇÃO	=	40,69
JUROS MORATORIOS	=	0,54
CONSUMO DE 0000 KWH ATE 030 KWH	0,26600	7,98
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,45043	31,95
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,68549	34,96
ADICIONAL BANDO. AMARELA	0,03233	0,97

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	116,55	27,00	31,48
PIS	116,55	1,20	1,39
COFINS	116,55	5,53	6,45

21/02/2020 116,33

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 031.434.033-80

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
58,95	0,00	

REFERENCES

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 18/01 - 31/01 Verde :
01/02 - 14/02

SE VOCE RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MES TEM
OPÇÃO DE PARCELAR EM 20X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM
ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

[illegible]

838000000017 1633003030 1 00373202607 0 00006499491 0



838000000017 16330031030 1 00373202607 0 00006499491 0



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL
Impresso nº 2020205118



fls. 13

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 754 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/03/2020 14:47:18**
Data / Hora da Ocorrência: **17/12/2019 14:19:00**
Endereço da Ocorrência: **R PEDRO DE QUEIROZ FERREIRA CEP: 62.850-000, CENTRO - CASCAVEL/CE**
Ponto de Referência: **PRÓX. AO TERMINAL RODOVIÁRIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEILIANE PEREIRA DA SILVA**
Nascimento: **04/12/1989** CPF: **031.484.033-80**
RG: **2005032073080** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA JOSE DA SILVA**
FRANCISCO PEREIRA DE BRITO
Endereço: **RUA ANTONIO NEPOMUCENO, S/N**
Bairro: **PARQUE JUAREZ**
Município: **CASCAVEL/CE** CEP: **62.850-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99603-0526**

Histórico

Ciente das penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB; Narra que estava no veículo de placa POS 2726/CE, chassi 902KD0810KR010867, modelo NXR 160 BROS, registrado no nome de ISIVAL FERREIRA DA ROCHA e quem estava conduzindo o veículo era DENE RALISON FREIRE RIBEIRO; Que a vítima estava vindo do Banco da Caixa em direção a sua residência, quando próximo ao terminal rodoviário, um carro (de placa não identificada) colidiu na moto que ela estava; Que a vítima e DENE caíram da moto e o veículo ficou em cima da perna da vítima; Que o veículo que ocasionou a colisão se evadiu, não prestando socorro; Que a vítima foi socorrida pelo SAMU e sendo levada para o Frotinha da Messejana, ficando internada; Que a vítima passou por duas cirurgias, sendo realizado no hospital ABEMP; Que a vítima teve uma fratura exposta na sua perna direita; Que o objetivo da vítima ao registrar o BO é informar sobre o ocorrido e acionar o seguro DPVAT; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: **PO AP**

ANTONIA AILA FARIAS ALENCAR - MAT.: 027338-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Leiliane Pereira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSAFAT ARAUJO CARNEIRO FILHO - MAT.: 30112911



DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

Consolidado em: 10/03/2020 15:02:32

Pág. 1 de 1

Impresso em: 10/03/2020 15:02:32

3200117291

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 031-484-033-80 4 - Nome completo da vítima: LEILIANE PEREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: LEILIANE PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 03148403380

7 - Profissão: VENDEDORA 8 - Endereço: ANTONIO NEPOMUCENO 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: PARQUE SUAREZ QUEROZ 12 - Cidade: CASCAVEL 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 62850000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 1851988573375

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1958 13 CONTA: 00024622 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Leiliane Pereira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



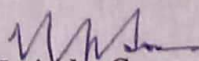
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



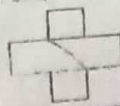
CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar a Sra. **LEILIANE PEREIRA DA SILVA**, portadora do RG n.º 2005032073080, SSPDS-CE, inscrita no CPF n.º 031.484.033-80, no dia 17/12/2019 às 14h19, no Município de Cascavel-CE, na Rua Pedro de Queiroz Ferreira, Bairro Centro, próximo ao terminal rodoviário, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removida para o **Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 10 de fevereiro de 2020.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434



SUS

Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 17

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

6 - Nº PRONTO-SOL

9 - SEXO

Masculino ☐

Feminino ☒

11 - TELEFONE DE CONTATO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Bombas e pontos fechados de um dos
membros (7) (desfuro do tórax e fígado direito)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Franco de um dos membros (10)

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + exame de um

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de tórax

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☒

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

016088263103

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Daniel Ayres Moraes Batista

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

38 - SÉRIE

41 - CBDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ SURADO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

47 - DATA DO DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

04 885.187/00012-05

HOSPITAL DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

PAROQUEIA DE SANTA LUCIA

Amo 1111
CONFERE COM ORIGINAL
03103120

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

LEILIANE PEREIRA I

HOSPITA
200107082
MEMBROS INF

D

WW: 256 [D]

07/01/2020

D

WW: 256 [D]

07/01/2020

4-2C

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

ABEMP Associação Beneficiária Médica de Pajuçara

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara
Maracanã / Ceará

Fones: (85) 3215-3064

CNPJ: 06.578.811/0001-06 CNSS: 23002.005890-5

1.ª via - Farmácia ou Drograria
2.ª via - Paciente ou Responsável

19.10.19

Carimbo do Médico

Paciente: Carla Patrícia

Endereço: Fazenda

Prescrição: - CIPROFLOXACINA 500mg - 30 Comprimidos

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

- IBUPROFENO 600mg - 40 Comprimidos.

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

Dr. Benedito de Jesus

Atendimento em 09/09/2019

Atendimento em 07-01-2020

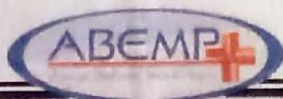
Identificação do Comprador

Nome: _____
Idade: _____ Org. Emissor: _____
End: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

N. Carlos P. de F.

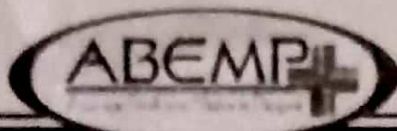
Pauze C. (neto)
m. C. de O. J.

menor - nome
junior 12023

510 = 583

03030
CLÁUDIO EUFRÁSIO
CRISTÓFARO TEÓLOGO
CRM-CE 4578

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fone: (85) 98705-3716
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Atesto para os devidos fins,
que Heliane Pereira da Silva
foi vítima de acidente de
trânsito sofrendo fraturas
das pernas da perna dir. Foi
internada a UASTA e sofreu
fraturas e perfurações. Apresenta
alta definitiva e dor
forte, sem nenhuma
curação e dor constante junto
ao fêmur extensor do tornozelo.
Portanto, com sequelas
permanentes.

22.07.2020

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fone: (85) 98705-3716
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

Francisco Rodrigues Filho
PROTESTA. TABELA 13.000
02/07/2020

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117291

Vítima: LEILIANE PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEILIANE PEREIRA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: LEILIANE PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001958

Conta: 000000024622-4

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

