

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE(S): **ANTONIO GOMES**, brasileiro, união estável, agricultor, inscrito no CPF sob o nº: 116.136.453-68, residente e domiciliado na Rua Manuel Odorico de Souza, 82, Monte Castelo, Solonopole-CE, CEP: 63.620-000.

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

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

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

SOLONOPOLE

CE, 06 de OUTUBRO de 2020


OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA DEFESA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
FUNÇÃO FORNECIDA DO INTERIO DO ESTADO
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO (RAMA E PESSOAS SUBMETIDAS)

NOME
ANTÔNIO GOMES

FILIAÇÃO
JOSE EURICO GOMES

MARIA AUSIRA DE ANDRADE

DATA NASCIMENTO 03/01/1947 NATURALIDADE SOLOMÓPOLE - CE

ORIGEM EXPEDIENTE TPO-FATER RH

SSPDS-CE XXX

OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXX

Antônio Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF: 118.136.453-68 I.D.N. XXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO GERAL LOCAL DATA DE EXPEDIÇÃO OUTRO RU
2020015888-8 P.: 17 22/01/2020 1145368 1ª VIA

REGISTRO CIVIL

CERT. CASAMENTO CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 0001685 FOLHA: 00000027
LIVRO: 800011 SOLOMÓPOLE - CE

NOME SOCIAL
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

POLEGAR DIREITO

T. ELSTOR: C.T.P. SÉRIE UF
XXXXXXXXXXXXXXXX XXXX XX

NILIS/PASEP IDENTIDADE/PROFISSIONAL
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CNPJ CNE
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Francisco de Assis
ASSINATURA DO DIRETOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3525975

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60105-040 | Fortaleza - CE
Unidade 0004225/00001-0 | CNPJ 08.188.193/7

fls. 14

Para conferir sua assinatura digital, acesse o site
www.cer.br e clique em "Verificar Assinatura".

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 081881937

Rota: SNO18U18 - 178300
Nome: VIRGINIE MARIA GOMES
Endereço: RU MANUEL ODORICO DE SOUZA, 00082 - 00082, MONTE
CASTELO, 63620-000, SOLONÓPOLE
Classificação: Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL
Ligação: Monofásica
Referência: 09/2020
Emissão: 25/09/2020
Medidor: 6399780-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)

Emissão: 25/09/2020

DATAS DE LEITURA

Anterior: 25/08/2020 Atual: 25/09/2020 Próxima prevista: 25/10/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (KWH)	Consumo Incl. (KWH)	Consumo Excl. (KWH)	Tarifa (R\$/KWH)	Valor (R\$)
25	1.005	1.005	1,00	100	00	170	0,48423	22,01

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CLIP - ILUM PLUG PREF MUNIC	17,47
BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO	39,82
BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO	-28,84
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	7,46
CONSUMO DE 031 KWH ATÉ 100 KWH	29,94
CONSUMO DE 101 KWH ATÉ 170 KWH	44,93
MULTA	0,97

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	122,15	27,00	32,97
PIS	39,18	0,11	0,09
COFINS	39,18	0,71	0,61

02/10/2020 111,75

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

760.074.133-49

EMISSÕES DE CO₂ (kg KWH). Calcule suas emissões

para consumo de energia elétrica.

Emissão (kg CO₂) (calculada) kg CO₂ Correlação Ecológica (tCO₂) = 100

60,30 0,00

está apta a pensar de fornecimento por inadimplência a partir do dia 11/10/2020, ou a partir do momento por débitos já Reavisados anteriormente. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 32 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como inclusão em ORÇÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 000003525975.

Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. tarifária de R\$ 28,84.

Períodos: Bônus, Tarif.: Verde | 27/08 - 25/09

Nº do Cliente: 3525975 Referência: 09/2020 V: [1.0.0.15]
Data da Emissão: 25/09/2020 Total a Pagar (R\$): 111,75
Nº da Nota Fiscal: 081881937 Nº de Controle: 10019056852

838600000018 11750031010 7 01905685207 0 00003525975 2





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE
Impresso nº 2019641559



fls. 15

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 575 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/09/2019 11:14:36**
Data / Hora da Ocorrência: **04/10/2018 12:30:00**
Endereço da Ocorrência: **BR226 - SOLONOPOLE/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO GOMES**
Nascimento: **03/01/1947** CPF:
RG: **1145366** Orgão Emissor: **SPSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA AUSIRA DE ANDRADE**
JOSÉ EURICO GOMES
Endereço: **SÍTIO NOBREZA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.620-000**
Município: **SOLONOPOLE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NO DIA 04 DE OUTUBRO DE 2018, QUANDO GUIAVA A MOTOCICLETA DE PLACA HWB6864, CHASSI: 9C6KE0100Y0001709, DE SUA PROPRIEDADE, SEGUINDO DO BAIRRO ALTO VISTOSO AO CENTRO DESTA CIDADE, LEVANDO NA GARUPA A PESSOA DE MARIA FRANCIELE ALVES DA SILVA, COLIDIU NA LATERAL DE UM VEÍCULO DE PLACAS NÃO ANOTADAS. QUE NA QUEDA O NOTICIANTE SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES E TEVE UM DOS DEDOS DO PE ESQUERDO DECEPADO, CONFORME LAUDO MÉDICO EM ANEXO. NADA MAIS DISSE NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE POR ENCERRADO O PRESENTE PROCEDIMENTO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARCONDES LOURENÇO DOS SANTOS - MAT.: 155315-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



ANTONIO GOMES
Rua Dr. Guerra Lima, 144
Centro - CEP: 63.620-000

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser fiel ao original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade
Em _____ de _____ de 2019
☐ José Fernandes Filho - Titular Interinamente
☐ Ana Tânia Pinheiro - Substituta
☒ Maria Célia Pinheiro - Esc. Compromissada
☐ Miquelina Maria Oliveira - Esc. Autorizada
Válida Somente com Selo de Autenticação



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA
SAÚDE**

RECEITUÁRIO

D/ ANTONIO GOMES
INURDO MÉDICO

ATESTO, PIM OS DEVIDOS FINS, QUE O
PACIENTE, 71 ANOS, RECENTE TER SIDO
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM OUTUBRO
DE 2018 E DEVIDO ÀS FORTES LESÕES E
POSTERIOR AMPUTAÇÃO DE 4º D.D.B.
- NO EXAME:

AUSENCIA DO 4º D.D.B.
- TENDÃO ESQUERDO DO NÍVEL DO JOELHO
PROXIMAL.

PACIENTE NÃO É BENEFICIÁRIO
DELO RECOMENDANDO A AMPUTAÇÃO

Ao retornar ao médico, leve sua receita

Rua Dr. Queiroz Lima, 302 - Centro - Solonópole - Ceará
(88) 3518-1386 (Sec. da Saúde) (88) 3518-1133 (Hospital)

estando por isso, de alta
de finição do mesmo.

CID 10.538.1

09.10.19

Dr. Luiz Vitor
Traumato / Ortopedia
CRM - CE: 17037



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA
SAÚDE**

fls. 18

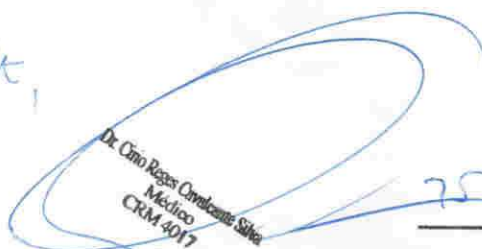
RECEITUÁRIO

ATESTADO MEDICO

Atesto que o Sr. ANTONIO

GOMES, 72a, vítima de queda de
altura, em OUTUBRO/2018, apresentando
fratura exposta do PDE, tendo sido
submetido à amputação da perna
direita, evoluindo com sequelas trau-
máticas, sendo encaminhado ao T93.2.

Johannes, p.k.


Dr. Otto Reges Cavalcante Filho
Médico
CRM-4017

25/08/2020

Ao retornar ao médico, leve sua receita

Rua Dr. Queiroz Lima, 302 - Centro - Solonópole - Ceará
(88) 3518-1386 (Sec. da Saúde) (88) 3518-1133 (Hospital)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
 Trabalhando por uma melhor humanização
 Av. Deputado Alfredo Barreira Filho, 128
 CEP: 63620-000 - FONE: 088 3518-1133
 Solonópolis - CE

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

34

Hoje no dia: 12:32

Nº CAD/SUS: 706900141485537	DATA: 04-10-18	Leito de Observação:
Médico Plantonista: Dr. Cíneo	Enfermeira Plantonista: Nayam	
Pressão Arterial: 200 x 120 mmHg	Temperatura:	Pulso: 83 bpm

IDENTIFICAÇÃO

sgo 98%

Nome: Antônio Gomes			
Endereço: nobreza			
Sexo: (X) MASC () FEM	Idade: 72	Estado Civil: casado	
Profissão: Aposentado	Naturalidade: Solonópolis - CE		

AValiação CLÍNICA

Queixa Principal:

História da doença atual: Pac. VITIMA DE AGRESSÃO FÍSICA POR PARTE DE SEU FILHO, COM FRACTURA DE FÊMUR E COSTELA, COM DOR INTENSA E CONTINUA NA REGIÃO DA COSTELA E FÊMUR.

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

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

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

Exame Físico: CV, LÍNGUA ROSA, PULSO, 72 BPM, RÍMOS, NÓRMA, EXAMENES DE FRACTURA DE FÊMUR E COSTELA, COM DOR INTENSA E CONTINUA NA REGIÃO DA COSTELA E FÊMUR.

Impressão Diagnóstica: FRACTURA DE FÊMUR E COSTELA, COM DOR INTENSA E CONTINUA NA REGIÃO DA COSTELA E FÊMUR.

Prescrição Médica

Atestado de saúde

João da Silva

19/10

19/10



CARTÓRIO
Rua Dr. Queiroz Lima, 411
Centro - CEP: 63.620-000

AUTENTICAÇÃO
Autenticar e apresentar cópia por ser verdadeira
e fiel ao original que me foi apresentado Dou fe
Selo de veracidade
Em testemunha
☐ José Fernandes Filho - Tabelião
☒ Ana Tereza Pinheiro - Esc. Compromissada
☒ Maria Célia Pinheiro - Esc. Autizada
☐ Nequilda Maria Oliveira - Esc. Autizada
Válida somente com Selo de Autenticidade

19/10/2020



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

Prefeitura Municipal de Solonópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital e Maternidade
Mª Suêlly Nogueira Pinheiro

fls. 21

Da cidade

BOLETIM DE ATENDIMENTO EXTERNO PEQUENA CIRURGIA

Nome: Antonio Gomes Idade: 12

Residência: rua nobreza

Naturalidade: sol. Estado Civil: uniao estavel

Queixa Principal: pac. vítima de agressão - corcova no

braço e um outro ferimento. Ferida aberta no antebraço direito

Procedimento Realizado: curativo e fratura exposta

de mão esquerda - antebraço - aperto - fratura de

Data: 04 / 10 / 18

Ass. do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico



03
CARTÃO DE AUTENTICAÇÃO
Rua Dr. Guerra Lima, 164
Centro - CEP: 63.620-000

AUTENTICAÇÃO

Autentico e presente cópia por ser reprodução
fidel do original que me foi apresentado Dou fe
Solonópolis 11/10/2018
Em testemunho _____ da verdade

- ☐ José Fernandes Filho - Titular Interinamente
☐ Ana Tânia Pinheiro - Substituta
☒ Maria Celia Pinheiro - Esc. Compromissada
☐ Ninguém Maria Oliveira - Esc. Autorizada

Valido Somente com Selo de Autenticidade



SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

fls. 22

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H. M. M. S. N. P.
Distrito Sanitário: 8ª CRES Município: Solonópolis 16430002184
Nome: Antônio Gomes Prontuário Nº _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 03/01/1947 Ocupação: Apresentado
Endereço: St. Nebeza Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: AVULSÃO TRAUMÁTICA / FRATURA EXOSTOZA NO 4º PDE

Resultado do Exame: ASV TEN

Consulta já Realizada: CONSULTA CLÍNICA

Impressão Diagnóstica: FRATURA EXOSTOZA NO 4º PDE

Dr. Ciro Reges Cavalcante Silva

Médico

CRM: 4017

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assessor
Função

02/10/2018

Data

13:30
Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

CID: _____

Secundário 1: _____

CID: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta Para Seguimento: _____

O problema Justificou a referência? SIM ☐ NÃO ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM ☐ NÃO ☐

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

(*) Utilizar também como recurso de

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014638357012
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA ACPI 01 746092385 0000000000 2019

ANTONIO COMES

SOLONOPOLÉ/CE

11613645368

HWB6864

PLACA ANT/UF
*****/CE

CHASSI
9C6KE0100Y0001709

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/YBR 125E

ANO FAB. 2000 ANO MOD. 2000

CAP/POT/CIL 2P/0CV/124CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE AZUL

DATA ÚNICA I P V A
***** **
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS
*** **

VENO/COTAS
1º ISENTO
2º NAO
3º INCIDE

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 10/06/2019

RESERVAÇÕES

SOLONOPOLÉ 29/08/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO SEGURO DPVAT

CE Nº 014638357012 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

11613645368

PLACA HWB6864

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1254

014638357012

68242318047

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 29/08/2019

VIA 01 11613645368 PLACA HWB6864

RENAVAM 746092385 MARCA/ MODELO YAMAHA/YBR 125E

ANO FAB. 2000 DATA 09 Nº CHASSI 9C6KE0100Y0001709

PRÊMIO TARIFÁRIO

RNS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 10/06/2019

PROPRIETÁRIO
LOTE/DON 11613645368
MOTOR: E30BE-001964

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 07/10/2020 às 12:48, sob o número 00509896202006060168. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050986-96.2020.8.06.0168 e código 76A9195.

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605227

Vítima: ANTONIO GOMES

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO GOMES

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

Multa:	R\$ 81,51
Juros:	R\$ 3,58
Total creditado:	R\$ 1.435,09

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO GOMES

Valor: R\$ 1.435,09

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 000010023373-2

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

