

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	VICTOR MARQUES DA SILVA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	ITAPUEIRAS/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	210994191
Profissão	AGRICULTOR	CPF nº	434.226.913-91
Endereço	SÍTIO SÃO JOSÉ		
Bairro		CEP	62.230-000
Município/UF	ITAPUEIRAS/CE		
Telefone			

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 15 de setembro de 2020.

Victor Marques da Silva
OUTORGANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPUEIRAS/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyaebrendao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	VICTOR MARQUES DA SILVA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	IPUGIRAS/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	210999191
Profissão	AGRICULTOR	CPF n°	434.226913-91
Endereço	SÍTIO SÃO JOSÉ		
Bairro		CEP	62.230.000
Município/UF	IPUGIRAS/CE		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei n° 1.060/50.

Fortaleza/CE, 15 de SETEMBRO de 2020

> Victor Marques da Silva

DECLARANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyaebrendao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago.cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 17

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, VICTOR MARQUES DA SILVA, BRASILEIRO(A), SOLTEIRO (ESTADO CIVIL), AGRICULTOR (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº _____, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 434.226.913-91, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO SÍTIO SÃO JOSÉ, DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA – Nº 100 – 1º ANDAR – SALA 101 – BAIRRO EDSON QUEIROZ – CEP: 60.811-695 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.**

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA – Nº 100 – 1º ANDAR – SALA 101 – BAIRRO EDSON QUEIROZ – CEP: 60.811-695 – FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030/ (85) 98853-0069, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.**

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 15, DE SETEMBRO DE 2020

Victor Marques da Silva
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

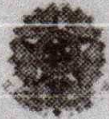
Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
434.226.913-91

Nome
VICTOR MARQUES DA SILVA

Nascimento
14/11/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
A9A0.4998.BC32.79CD

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 07:14:25 do dia 13/04/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DO TRABALHO



CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Polegar Direito.

Em sua simplicidade, a CTPS reflete a carreira do trabalhador e sua evolução profissional. Cabe-lhe pois, protegê-la atenta e cuidadosamente, porque enquanto pelos seus aspectos externos essa Carteira revela traços importantes da personalidade e da formação do seu possuidor, os registros internos, habitualmente insubstituíveis, se constituem nas melhores garantias da preservação e da efetivação dos seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Almir Pazzianotto Pinto

77153 000274

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome
 Loc. Nascimento
 Est. Data
 Filiação
 Est. Civil Doc. Nº
 Fls. Liv. Reg. Civil
 Outro doc.
 Situação Militar: Doc.
 Nº Órgão Est.
 Naturalizado Dec. Nº Em/...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. N.º Exp. em/...../.....
 Estado
 Obs

 Data Emissão 04/04/00 DRT
 f.º 010. 115. 110
 Assinatura do Funcionário

9

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

fls. 20

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 02/12/2020 às 12:53, sob o número 026966142202008060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0269661-42.2020.8.06.0001 e código 7D3D6C0.

Eu, VICTOR MARQUES DA SILVA,

RG nº 030985, data de expedição / / , Órgão SSP CE,

CPF nº 434.226913-91, 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>SÃO JOSÉ</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>IPUEIRAS</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>62.230.000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FOITECELA 25-09-2020

Assinatura do Declarante: Victor Marques da Silva



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 475 - 575 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/06/2020 14:47:28**
Data / Hora da Ocorrência: **04/04/2020 14:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT SÃO BENTO, ZONA RURAL - IPUEIRAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **VICTOR MARQUES DA SILVA**
Nascimento: **14/11/1972** CPF: **434.226.913-91**
RG: **210994191** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA RAIMUNDA MARQUES DA SILVA**
ANTONIO MARQUES DA SILVA
Endereço: **SITIO SÃO JOSÉ**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **IPUEIRAS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWJ4132** Uf: **CE** Município: **GUARACIABA DO NORTE** Chassi: **9C2JC30201R026796** Renavam: **755479483** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN ES** Ano: **2001** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA VANDERLANGIA R DE FREITAS**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A VÍTIMA AFIRMA QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, QUANDO EM DADO MOMENTO, O PNEU DA MOTOCICLETA DERRAPOU, OCASIÃO EM QUE O CONDUTOR CITADO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AO SOLO; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES, OS QUAIS A LEVARAM PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE IPUEIRAS-CE; QUE A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CRATEÚS-CE; QUE A VÍTIMA CONTRAIU ALGUMAS LESÕES, TEVE FRATURA NO FÊMUR ESQUERDO, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ADERSON DE OLIVEIRA ALVES - MAT.: 300084-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4

Nº

DATA 04/04/20

HORÁRIO:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Victor Marques da Silva

SEXO: M EST. CIVIL:

DATA NASC: 14.11.72 IDADE:

RG: CPF:

NATURALIDADE: PROF: C.N.S

FILIAÇÃO: M^{te} Raimunda Marques da Silva

CÔNJUGE:

ENDEREÇO: São José

BAIRRO:

CIDADE:

Ipós

ESTADO: e

CN:

LIVRO:

FOLHA:

MATRICULA:

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA ATUAL: fratura fechada em E

EXAMES SOLICITADOS:

ANTECEDENTES: ☐ HAS ☐ DIABETES ☐ OUTROS:

6/8 00 120 x 80 - SINAIS VITAIS -

Peso: Kg P.A: 140 x 80 mm/hg Temp: 36,6 °C FR: rpm P: bpm dextro: 95 mg/dl

ALERGIA MEDICAMENTOSA: ☐ NÃO ☐ SIM:

E.V.A

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

RESP. DA TRIAGEM:

CHIEF:

Xeluzio Silva do Nascimento

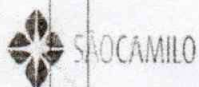
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dra. Marcela Araújo
Médica
CREMEC - 20151

ASSINATURA DO MÉDICO

Pet vítima de acidente automobilístico
(motorista) de acidente automobilístico
com fratura fechada em fêmur E

Dra. Marcela Araújo
Médica
CREMEC - 20151



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atend.	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
137792	0002	VICTOR MARQUES DA SILVA	165700640620005	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
CPF 434 226 913-91			Solteiro(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local			Idade
14/11/1972	IPUEIRAS/CE			47 Ano(s)
Pai	Mãe			
ANTONIO MARQUES DA SILVA	MARIA RAIMUNDA MARQUES			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
CAMPO SAO JOSE, SN	ZONA RURAL	62230-000	IPUEIRAS	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		Telefone
AGRICULTOR				88999860981
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
MARIA RAIMUNDA MARQUES		CAMPO SAO JOSE, SN	IPUEIRAS	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
05/04/2020	10:04	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF			Tipo Atendimento
JAMIL SANCHES JORQUEIRA	6945/CE			CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente	Funcionário			
	MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA			
Observação				
guia 05/04/2020				
Sala	Data/Hora Liberação			Tipo de Saída
	05/04/2020 11:43			Permanência

Sinais Vitais									
Temperatura (oC)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (ipm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Peso (kg)	Altura (cm)	Oximetria (mmHg)	Glicemia (mg/dL)	
35,60	78	20	120	80	98,000		95		

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 05/04/2020 10:02

Responsável pela Classificação: ALINE SOARES ROSA

Relatório:

Paciente com história de queda de moto ontem, com uso do capacete sic, relata edema em MIE e dificuldade para movimentação no local, nega queixas algicas no momento, nega alergia medicamentosa ou alimentar e comorbidades.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

05/04/2020 11:43:00h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NA COXA E COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DECORRENTE QUEDA

RX DO PACIENTE

FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR

TALA SPICA

INTERNAMENTO

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA RAIMUNDA MARQUES

Solicitação Interna de Exame de Imagem

Paciente VICTOR MARQUES DA SILVA		Prontuário 137792
Data de Nascimento 14/11/1972	Nome da Mãe MARIA RAIMUNDA MARQUES	
Idade 47 Ano(s)	Convênio SUS	Data da Internação 05/04/2020
Setor CLINICA CIRURGICA	Aposento ENFERMARIA	Leito 043 - 0001
Profissional Responsável JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CRM 6945

Dados Clínicos Resumidos:

RX DO FEMUR E EM AP E P

CRM
Cláudio Roberto Aragão Mendes
Téc. em Radiologia
CRTR: 01221T

Hipóteses Diagnósticas:

Exames Solicitados:

003559 - COXA

Prioridade: O exame será realizado durante as próximas 6 horas; exceto se necessário preparo prévio.

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

CRM: 6945
Ort. Traumatologia

Recebido pelo serviço de Radiologia

Encaminhado ao Posto de Enfermagem

Em ____ / ____ às ____ hs.

Às ____ hs. Por ____

13510014920



PREFEITURA DE
Ipueiras
CEARÁ

MUNICÍPIO DE IPUEIRAS - CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

fls. 25

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 3 vias ao usuário, orientando-o para retomar com a 1ª via à unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____

Hmom

Município: _____

Ipueiras - CE

Distrito Sanitário: _____

Nome: Victor Marques da Silva

Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☐ F ☐Data de Nascimento: 14/11/1972

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Pct 470, vítima de acidente automobilístico (moto) há ± 6h, apresentando fratura

Resultado de Exames: _____

fechada em fêmur (E).

Conduta Já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

fratura fechada em fêmur (E)

Medicina 04/04/2020 16:55

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

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: _____

Proposta de Conduta Para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo de referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200267207

Vítima: VICTOR MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 04/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VICTOR MARQUES 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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: VICTOR MARQUES DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000728-5

Conta: 000002648-4

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

