

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320043168001

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIO FRANCA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00456

CONTA: 000000352506

Número da Autenticação

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200431680 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO FRANCA DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343348/20

Vítima: FLAVIO FRANCA DA SILVA

CPF: 052.051.093-35

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 12/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FLAVIO FRANCA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCISCO DE ASSIS ZACARIAS LIMA : 019.274.123-31

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FLAVIO FRANCA DA SILVA : 052.051.093-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/11/2020
Nome: FRANCISCO DE ASSIS ZACARIAS LIMA
CPF: 019.274.123-31

FRANCISCO DE ASSIS ZACARIAS LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2020
Nome: MARIA JUSSIVANIA DA SILVA
CPF: 016.067.853-62

MARIA JUSSIVANIA DA SILVA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FLÁVIO FRANÇA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTOADOMO, portador(a) do RG 2007956139, órgão expedidor SSP
e do CPF: 052.051.093-35 residente no(a) R: INES PEREIRA DA SILVA
nº 187, bairro: LULA SÃO GONCALO município: JUazeiro NORTE I. CE

OUTORGADO:

Nome: F. CO. DE ASSIS ZACARIAS LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: F. PÚBLICO, portador(a) do RG 200309902279, órgão expedidor SSP
e do CPF: 019274123-31, residente no(a) JUazeiro NORTE / WILTON GRANGEIRO
nº 132, bairro: L. BELGICA, município: JUazeiro NORTE I. CE

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ I. _____

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima FLÁVIO FRANÇA DA SILVA
CPF 052.051.093-35 data do acidente: 12/10/20 Modalidade: INVALIDEZ.

Local e data: JUazeiro NORTE 27 NOVEMBRO 2020

x Flávio França da Silva

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Nome: _____ CPF: _____ Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura
TESTEMUNHAS 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200431680 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO FRANCA DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**UPA 24h Limoeiro**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
 Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE
 E-mail.:.:

738343

CNPJ: 19.622.700/0001-46
 Telefone: (088) 2155-1339

Ficha de Atendimento

Data: **13/09/2020**
 Hora: **10:07**

Data de Saída:
 Hora de Saída:

Paciente

nome: 191299 **FLAVIO FRANCA DA SILVA**

Responsável: **FLAVIO FRANCA DA SILVA**

Mãe: **CICERA FRANÇA DA SILVA**

Endereço: **VILA SAO GONCALO, 187, ZONA RURAL - JUAZEIRO DO**

Sexo: M Nasc: 06/10/1990

Idade: 29

Telefone: () -

Celular: () -

CEP: 63.000-000

Natural: **JUAZEIRO DO**

Documento

MATRONS: 160287363690004

Doc. Identidade: 2007956139 4 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio **SUS**

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento: **2**

Queixas do Paciente

DOR NA CLAVICULA HÁ 1 DIA APOS QUEDA DE MOTO SIC

Observação

SOL RX

Exame Físico

EGB

AR MV + SEMR A

Classificação de Risco

Queixa.: **PACIENTE CHEGA A UNIDADE COM QUEIXA DE DOR NA CLAVICULA ESQUERDA APOS QUERDA DE MOTO**

Conclusão Diagnóstica

CID-10

R520

Evolução/Anotação de Enfermagem

Maria Noeme Cruz Landim
 CRM 8857



MARIA NOEME CRUZ LANDIM SAMPAIO
 CRM: 8857 / CE

Diretor Médico



UPA 24h Limoeiro

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
e-mail...

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (08) 82155-1339



738343 294356
Atendimento Prescrição

Prescrição Médica

Prontuário
191299

Nome: FLAVIO FRANCA DA SILVA
Ala/Leito: Leito de Observação
Convênio: SUS

DI/Hr: 13/09/2020 10:51
Nasc: 06/10/1990 Idade: 29

Medicações

1 - DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML IM

APRAZAMENTO

Pág: 1

Obs	16	18	20	22	00	02	04	06	08	10	12	14

Maria Noeme Cruz Landim Sampaio
CRM 8857

MARIA NOEME CRUZ LANDIM SAMPAIO
8857 / CE

Policlínica

João Pereira dos Santos

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte – CPSMJN



NOME: FLAVIO FRANÇA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 06-10-1990
NOME DA MÃE: CICERA FRANÇA DA SILVA
ENDEREÇO: JUAZEIRO DO NORTE / CE
MEDICO SOLICITANTE: DR. PAULO MACEDO
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 29/09/2020
TIPO DE EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

RELATÓRIO:

Detalhes técnicos: Foram feitos cortes tomográficos axiais contíguos de 3 mm de espessura com 3 mm de intervalo.

Relatório:

Traços de fraturas alinhados no terço distal da clavícula e sem calo ósseo evidente.

Planos gordurosos preservados.

Grupos musculares simétricos, de espessura e densidade normais.

Espaços articulares preservados.

FLAVIO FRANÇA DA SILVA
JUAZEIRO DO NORTE / CE
MÉDICO SOLICITANTE

CARIZIA SAMPAIO SARAIVA

Médica Radiologista

CRM-CE 10013

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



Flávio França da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

DATA DE
EXPEDIÇÃO

15 / 08 / 2011

REGISTRO
GERAL 2007956139 - 4

NOME

FLÁVIO FRANÇA DA SILVA
FILIAÇÃO

DAMIÃO CANDIDO DA SILVA

CÍCERA FRANÇA DA SILVA

NATURALIDADE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO

06 / 10 / 1990

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MARROCOS TERMO: 33.363 FOLHA: 90

LIVRO: 32 JUAZEIRO DO NORTE - CE

CPF 052.051.093-35

ASSINATURA DO DIRETOR

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: 052.051.093-35 4 - Nome completo da vítima: FLÁVIO FRANÇA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: FLÁVIO FRANÇA DA SILVA 6 - CPF: 052.051.093-35
7 - Profissão: AUTOVALISTA 8 - Endereço: RUA: INES PEREIRA DA SILVA 9 - Número: 187 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: MARROCOS 12 - Cidade: SUAZUIRO NORTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63010-000
15 - E-mail: osilfranca@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (88) 9.96708660

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: BRADESCO

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0456 1 CONTA: 0352506 6
(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) Divorçado 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 (vai nascer)? 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, _____

Flavio França da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 7160 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/11/2020 15:24:22**
Data / Hora da Ocorrência: **12/09/2020 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DR JOSÉ PARACAMPOS, JOÃO CABRAL - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PROX A AV AÍLTON GOMES**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FLÁVIO FRANÇA DA SILVA**
Nascimento: **06/10/1990** CPF: **052.051.093-35**
RG: **20079561394** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **CÍCERA FRANÇA DA SILVA**
DAMIÃO CANDIDO DA SILVA
Endereço: **RUA INES PEREIRA DA SILVA, 187**
Bairro: **VILA SÃO GONÇALO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98120-6719**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HXR7745 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: 9C2KC08108R092192 Renavam: 945610939 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano Fabricação: 2007 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: JOSE FERREIRA GOMES Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crime de falso testemunho, relata a Vítima/Noticiante QUE NÃO POSSUI CNH e conduzia a Motocicleta supra descrita, ocasião em que realizou uma manobra brusca para evitar a colisão com outra motocicleta, tendo perdido o equilíbrio e sofrido uma queda daquele veículo, e conseqüentemente sofrido as lesões que constam nos documentos médicos que ora apresenta, cujas cópias estão anexas. Que o SAMU foi acionado e acionado e foi ao local, contudo, achava que não tinha se ferido com gravidade e por conta disso não foi conduzido pelos socorristas para algum Hospital, contudo, no dia seguinte sentia fortes dores no obro direito, optando por procurar atendimento médico na UPA 24h e posteriormente atendido no Hospital Tasso Ribeiro Jereissati. E nada mais disse.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE ORISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Flavio Franca da Silva



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
Impresso nº 2020853456



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 7160 / 2020

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

CARLA NOGUEIRA GUEDES - MAT.: 30104919

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200431680

Vítima: FLAVIO FRANCA DA SILVA

Data do Acidente: 12/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DE ASSIS ZACARIAS LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FLAVIO FRANCA 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

Recebedor: **FLAVIO FRANCA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000456-1**

Conta: **00000352506-6**

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

