

---

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **SEBASTIAO ALVES DA COSTA**

Nº Sinistro: **3180388979**

Vitima: **SEBASTIAO ALVES DA COSTA**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180388979**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **SEBASTIAO ALVES DA COSTA**  
Nº Sinistro: **3180388979**  
Vitima: **SEBASTIAO ALVES DA COSTA**  
Data do Acidente: **08/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180388979**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



digitei, subscrevo, dou fé e assino em público e  
munho (sinal público) verdade. ASS.) MAURÍCIO ALV

Está conforme o original, dou fé.  
Boa Viagem(Ceará), 15 de agosto de 201  
Em testemunho SF da verdade.

Zilma Lopes Rodrigues  
Escrevente Compromissada





## 2º Ofício Notarial e de Registro

Bel. MANUEL VIEIRA DA COSTA - Titular

Tabelionato Protesto de Títulos, Registros de Imóveis, de Títulos e Documentos e Civil e Criminal  
Praça Mons. José Cândido, 80 (Centro) – CEP. 63.870-000 – Fone/fax: (88) 3427-1480 – Boa Viagem

Livro 07, fls. 006  
ESCRITURAS DIVERSAS

Escrivuta Pública  
nestas notas faz **S**  
**COSTA**, na forma ab

**SAIBAM** quantos e  
strumento de escritura declaratória virem que,  
dia(s) do mês de agosto do ano dois mil e dezo  
cidade de Boa Viagem, sede da comarca do mesmo  
Ceará, República Federativa do Brasil, neste  
nesta cidade, na Praça Monsenhor José Cândido  
mim, 2º Tabelião Público, compareceu como outo

**SEBASTIÃO ALVES DA COSTA**, CTPS. 3619214, SÉRIE  
CPF. 491.754.403-34, brasileiro, solteiro, ma  
residente e domiciliado no lugar denominado “  
distrito de Domingos da Costa, nesta comarca,  
no final desta assinada, de cuja identidade e c  
ca dou fé. Então, o (a)(s) outorgante(s) declar  
dos os fins de direito, sob as penas da lei, e  
provas junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS**

o seguinte: **1) Que, SEBASTIÃO ALVES DA COSTA**, C  
RIBE 002-0, UF CE, CPF. 491.754.403-34, brasi  
maior, agricultor, sem renda mensal, na qualida  
rio (a)(s) do valor referente à indenização/re  
obrigatório da vítima **SEBASTIÃO ALVES DA COSTA**,  
radora Lider dos consórcios do Seguro DPVAT a e  
de acordo com as informações abaixo prestadas  
**conta corrente, do Banco do Nordeste do Brasil**  
**agência 153, número da conta 31730, dígito 2 nº**

**Que**, por não possuir comprovante de residência  
clara residir no lugar denominado “Fazenda Jaca  
Domingos da Costa, nesta comarca, CEP. 63.870-  
clara, sob as penas da lei, que está impossibili  
sentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI  
requerimento de indenização do Seguro DPVAT (1)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIAO ALVES DA COSTA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00153

CONTA: 000000031730-2

---

Nr. da Autenticação 142C7404BFDFEB24

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180388979      **Cidade:** Boa Viagem      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEBASTIAO ALVES DA COSTA      **Data do acidente:** 08/01/2018      **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE)  
ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Souza".