

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

Carta nº 13281834



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: SEBASTIAO ALVES DA COSTA

Nº Sinistro: 3180388979

Vítima: 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** 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 da verdade.

Zilma Lopes Rodrigues

Zilma Lopes Rodrigues
Escrevente Compromissada

VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE





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
Praça Mons. José Cândido, 80 (Centro) - CEP. 63.870-000 - Fonefax: (88) 3427-1480 - Boa Viagem

Livro 07, fls. 006
ESCRITURAS DIVERSAS

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

SAIBAM quantos e
trumento 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, SÉR.
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 o
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
RIE 002-0, UF CE, CPF. 491.754.403-34, bras
maior, agricultor, sem renda mensal, na qualid
rio (a)(s) do valor referente à indenização/re
obrigatório da vítima **SEBASTIÃO ALVES DA COSTA**,
radora Líder dos consórcios do Seguro DPVAT a e
de acordo com as informações abaixo prestadas
conta corrente, do Banco do Nordeste do Brasi
agência 153, número da conta 31730, dígito 2 n°
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 impossibil
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 FÊMUR 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 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza