

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190271624

Vítima: VALTER DA SILVA RABELO

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALTER DA SILVA RABELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190271624 **Vítima: VALTER DA SILVA RABELO**

Data do Acidente: 20/08/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALTER DA SILVA RABELO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: VALTER DA SILVA RABELO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003134

Conta: 0000020092-0

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, retorno 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CARTÓRIO HONORATO
1º Ofício
Morada Nova-Ce
CNPJ: 06.361.000/0001-21

Estado do Ceará
Manoel Honorato C. Nego Júnior
06

NOTARIAL II
Procurações e Escrituras
sem Valor Declarado
Nº AD 455090
EIGA

CARTÓRIO HONORATO

Rua Cel. Manoel Honorato, 105 A – Centro.

E-mail: cartoriohonorato@bol.com.br

Morada Nova – Ceará

Telefone (088) 422.1110

MANOEL HONORATO CAVALCANTE NETO

Tabelião

Traslado 1º.

Livro Nº 11

Fls. 251.

Nº 756.

Investprev Seguradora S/A

11 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Escritura Pública Declaratória de Seguro DPVAT, que faz **Valter da Silva Rabelo**, na forma abaixo.

SAIBA quanto este público instrumento de escritura Declaratória, virem que, aos oito (08) dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezenove (2019), nesta Cidade de Morada Nova, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, perante mim Tabelião, Compareceu como declarante em Cartório, **Valter da Silva Rabelo** brasileiro, união estável, agricultor, residente no Sítio Patos, no distrito de Aruarú, em Morada Nova- Ceará, CEP 62.940-000, portador da Carteira de identidade nº 2004032052557- SSP/DS- Ceará e CPF/MF sob nº 048.726.513-08, natural de Morada Nova - Ceará, nascido no dia 01 de abril de 1978, filho de: Francisco Freitas Rabelo e de dona Maria José da Silva Rabelo, pessoa reconhecida como o próprio pelos documentos identificados, que me foram apresentados em seus respectivos, originais de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé. Então, pelo outorgante declarante e reciprocamente outorgado, me foi dito sob as penas da Lei e na melhor forma de direito, 1º) O declarante, declara que perante a Caixa Econômica Federal Agencia, nº 3134 013, possui consta conta aberta na referida Caixa Econômica Federal; conta corrente/poupança número 00020092-0, e para o fim constitui provas junto ao Processo de SEGURO DPVART, após nos termos do artigo 299 do CPB, decorrentes da omissão ou inserção de declaração faço o instrumento público, bem como da responsabilidade civil decorrente de benefício indevido. DECLARO: 2º) AUSÊNCIA DE LAUDO DE IML- Estou impossibilitado de apresentar Laudo do Instituto Médico Legal – IML, para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT Lei 6.194/74, uma vez que não há estabelecimento do Instituto Médico Legal (IML), no nosso Município de Morada Nova – Ceará, de minha residência como objetivo de permitir o exame de meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de Invalidez permanente causada diretamente por Veiculo Automobilístico de Via Terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já em meu submeter a perícia medida às da SEGURADORA LÍDER DPVAT, para o correção, avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do artigo 3º da Lei nº 6.194/74. DECLARO Ainda, estou ciente que a autorização para realização

dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso do conteúdo; 3º - DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA - por este instrumento público, declaro que tenho comprovante de endereço em meu nome VALTER DA SILVA RABELO, que é, no Sítio Patos, no distrito de Aruarú, em Morada Nova – Ceará, e que resido neste endereço desde da minha infância neste mesmo endereço, SÍTIO PATOS, NO DISTRITO DE ARUARÚ, EM MORADA NOVA – CEARÁ, CEP 62.940 - 000, sendo certo e verdadeiro, constando o comprovante de endereço junto ao documentos de escritura Pública, apresento perante este Notário, constante Na qualificação feita, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INVALIDEZ DO SEGURO DPVAT - por este mesmo instrumento Público venho autorizar a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito, de acordo com as seguintes informações: CRÉDITO EM CONTA CORRENTE/POUPANÇA NA REFERIDA CAIXA ECONOMICA, já em aberta para os fins pagamento. DECLARO que a conta acima mencionada é de minha titularidade uma vez seja efetuado o pagamento e dou como quitado o valor da referida indenização. Assim convencionada me pediu que lavrasse em minhas notas esta escritura, a qual lhes foi lida e aceita em tudo por aquela que reciprocamente aceitou, outorga, e assinando a rogo do outorgante por declarar ser analfabeto Jhennefer Cristina Viana, brasileira, solteira, estudante residente na rua Cipriano Maia, nesta cidade. Dispensado Testemunhas. Eu, Manoel Honorato Cavalcante Neto, Primeiro Tabelião Público de Notas, fiz digitar. Subscrevo e assino - Manoel Honorato Cavalcante Neto. Subscrevo e assino em público e raso do que uso.

Em Testemunho (Assinatura) da verdade.
Arlene de Lima Viana Leandro
O Primeiro Tabelião

Valido somente com selo de autenticidade.

Arlene de Lima Viana Leandro

Escrevente Substituta

Investprev Seguradora S/A
11 ABR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

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: 30/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALTER DA SILVA RABELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03134

CONTA: 00000020092-0

Nr. da Autenticação 263CB4FB425D373B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271624 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALTER DA SILVA RABELO **Data do acidente:** 20/08/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR E TÍBIA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA. ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271624 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALTER DA SILVA RABELO **Data do acidente:** 20/08/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: F

Resultados terapêuticos: T

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00