

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2015

Carta nº: 7406481

A/C: KATIA DAVID PEREIRA

Sinistro: 3150619657
Vitima: MIKAELY JULIA PEREIRA SANTOS
Data Acidente: 19/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/07/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/04/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Investprev Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2015

Carta nº: 7593685

A/C: KATIA DAVID PEREIRA

Sinistro: 3150619657
Vítima: MIKAELY JULIA PEREIRA SANTOS
Data Acidente: 19/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: KATIA DAVID PEREIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001020

Conta: 0000031658-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|---|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 05/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KATIA DAVID PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01020

CONTA: 000000031658-3

Nr. da Autenticação A6CA52A32D4BDC49

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150619657 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIKAELY JULIA PEREIRA SANTOS **Data do acidente:** 19/04/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/08/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DA MÃO ESQUERDA (TTO CIRÚRGICO)

Resultados terapêuticos: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2,3 QD ESQUERDO

Sequelas permanentes: PERDA DO 2,3 QD ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / 50% DE 70% = 35%

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 uma das mãos | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

