



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2016

Carta nº: 9044309

A/C: JAKELINE MUNIZ DA SILVA

Sinistro: 3160272037 ASL-0856587/16
Vitima: JAKELINE MUNIZ DA SILVA
Data Acidente: 12/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANA MARIA BEZERRA DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2016

Carta nº: 9121817

A/C: JAKELINE MUNIZ DA SILVA

Sinistro: 3160272037 ASL-0856587/16
Vítima: JAKELINE MUNIZ DA SILVA
Data Acidente: 12/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANA MARIA BEZERRA DA SILVA

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: JAKELINE MUNIZ DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001140-1

Conta: 000010024935-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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 POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/05/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAKELINE MUNIZ DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01140-1

CONTA: 000010024935-3

Nr. da Autenticação 0834EA63C4ECEAD3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160272037

Cidade: São Miguel

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAKELINE MUNIZ DA SILVA

Data do acidente: 12/02/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / PUNHO ESQUERDO: 50% DE 25%

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160272037

Cidade: São Miguel

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAKELINE MUNIZ DA SILVA

Data do acidente: 12/02/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / PUNHO ESQUERDO: 50% DE 25%

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

