



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2014

Carta nº: 4535815

A/C: JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

Sinistro: 2014335480
Vitima: josivaldo de castro ribeiro
Data Acidente: 17/02/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: josivaldo de castro ribeiro

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003848

Conta: 000004834-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Perda funcional completa de um dos membros inferiores, em grau médio =	R\$	7.087,50
52,50%		
Perda funcional completa de um dos membros inferiores, em grau intenso =	R\$	7.087,50
52,50%		
Total avaliado:	R\$	7.087,50
Valor de Multa / Juros:	R\$	0,00

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,

