



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 = 52,50%	R\$	7.087,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores, em grau intenso = 52,50%	R\$	7.087,50
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,

Seguradora Líder-DPVAT

