



---

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5974123

A/C: KARLA CRISTINA SANTOS DA SILVA

Sinistro: 3140152016  
Vitima: KARLA CRISTINA SANTOS DA SILVA  
Data Acidente: 17/06/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/12/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/06/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

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 Companhia Mutual de Seguro 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6162385

A/C: KARLA CRISTINA SANTOS DA SILVA

Sinistro: 3140152016  
Vítima: KARLA CRISTINA SANTOS DA SILVA  
Data Acidente: 17/06/2014  
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: KARLA CRISTINA SANTOS DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000840

Conta: 0000023773-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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 |
|---|-----|----------|

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](http://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: 19/01/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARLA CRISTINA SANTOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00840

CONTA: 000000023773-1

---

Nr. da Autenticação EA47BB2D7E530A35

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140152016**Cidade:** Maceió**Natureza:** Invalidez**Vítima:** KARLA CRISTINA  
SANTOS DA SILVA**Data do acidente:** 17/06/2014**Emissor do parecer:** Elvis  
Moises  
Melo de  
Oliveira**Seguradora:** Companhia Mutual de  
Seguro**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA  
ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 52.31291-  
5

## PARECER

|                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Data da análise:</b>            | 15/01/2015                           |
| <b>Valoração do IML:</b>           | 0,00                                 |
| <b>Perícia médica:</b>             | Não                                  |
| <b>Diagnóstico:</b>                | TRAUMA EM MSE                        |
| <b>Resultados terapêuticos:</b>    | TRATAMENTO CIRÚRGICO                 |
| <b>Sequelas permanentes:</b>       | DANO FUNCIONAL EM ANTEBRAÇO ESQUERDO |
| <b>Sequelas:</b>                   | Com sequela                          |
| <b>Conduta mantida:</b>            |                                      |
| <b>Quantificação das sequelas:</b> | DANO LEVE EM MSE                     |
| <b>Documentos complementares:</b>  |                                      |
| <b>Observações:</b>                |                                      |
| <b>Valor pleiteado:</b>            | 13.500,00                            |
| <b>Médico avaliador:</b>           |                                      |
| <b>UF do CRM do médico:</b>        |                                      |

## DANOS

| Dano  | %  | Dimensão | Graduação |
|---|----|----------|-----------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 | 1        | 25        |

**Valor avaliado:** 2.362,50