

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Carta n°: 12789145

A/C: LEILIANE ALVES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180184847
Vitima: LEILIANE ALVES DA SILVA
Data do Acidente: 28/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

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: LEILIANE ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 0000098792-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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 inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

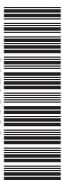
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

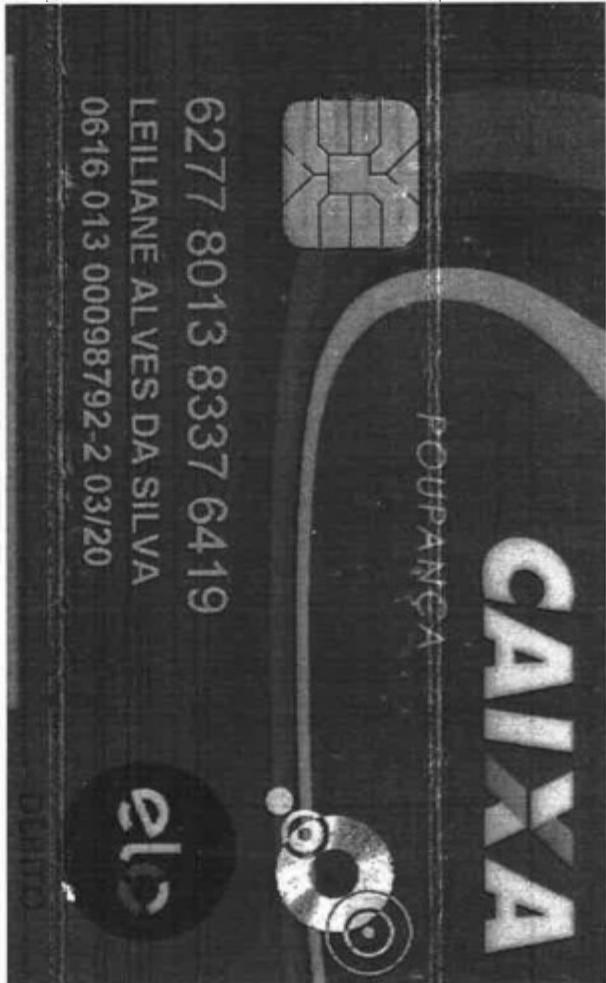
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.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: 07/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEILIANE ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 00000098792-2

Nr. da Autenticação A10F75CFC99A15DC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184847 Cidade: Campo Maior Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LEILIANE ALVES DA SILVA Data do acidente: 28/01/2018 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE Perna DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO 25% DE 70%

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson L D Andrade".