



---

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2016

Carta nº: 8854044

A/C: MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO

**Sinistro:** 3160203676  
**Vitima:** MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO  
**Data Acidente:** 27/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **12/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- DUT
- Declaração do Proprietário do Veículo

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 ARUANA SEGUROS S/A 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, 26 de Maio de 2016

Carta n°: 9129438

A/C: MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO

**Sinistro:** 3160203676 ASL-0144105/16  
**Vitima:** MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO  
**Data Acidente:** 27/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** KAROL LINLEY FERNANDES DE OLIVEIRA

**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:** MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO

**Valor:** R\$ 1.350,00

**Banco:** 001

**Agência:** 000001445-1

**Conta:** 0000015968-9

**Tipo:** CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	1.350,00

**Dano Pessoal:** Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

**Graduação:** Em grau completo 100%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (100% de 10%) 10,00%

**Valor a indenizar:** 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

**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](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: 20/05/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01445-1

CONTA: 000000015968-9

---

Nr. da Autenticação B3CA8C3FB84D9415

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160203676      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO HENRIQUE DA COSTA      **Data do acidente:** 27/12/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A  
FILHO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/05/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/4º DEDO DA MÃO ESQUERDA:10%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

