

MINUTA

Prezado(a) Senhor(a)

Ref.: Sinistro DPVAT nº _____ – Seguradora: _____

Vimos confirmar o pagamento das despesas médicas hospitalares relativas ao acidente do qual o (a) senhor(a) foi vítima, em ___/___/____.

Registramos que o referido pagamento, no valor de R\$ _____ (_____), foi efetuado diretamente ao proprietário do veículo envolvido no acidente e que foi o responsável pela quitação das suas despesas médicas hospitalares.

Por oportuno, também registramos que não tendo o pagamento ora informado, esgotado o limite da garantia de DAMS, ainda resta um saldo remanescente de R\$ _____ (_____), para eventuais despesas médicas complementares, relativas a tratamento decorrente do mesmo acidente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder DPVAT