



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2016

Carta nº: 9551713

A/C: VANDERLANIO MATIAS DE MACEDO

**Sinistro:** 3160492249 ASL-0998827/16  
**Vitima:** VANDERLANIO MATIAS DE MACEDO  
**Data Acidente:** 24/05/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

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

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2016

Carta n°: 9642213

A/C: VANDERLANIO MATIAS DE MACEDO

Sinistro: 3160492249 ASL-0998827/16  
Vitima: VANDERLANIO MATIAS DE MACEDO  
Data Acidente: 24/05/2015  
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: VANDERLANIO MATIAS DE MACEDO

Valor: R\$ 1.889,73

Banco: 104

Agência: 000001953

Conta: 000006078-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 200,46   |
| Juros:           | R\$ | 1,77     |
| Total creditado: | R\$ | 1.889,73 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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: 30/08/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.889,73

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

CLIENTE: VANDERLANIO MATIAS DE MACEDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01953

CONTA: 00000006078-6

---

Nr. da Autenticação D456423C52A3B36D

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160492249      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDERLANIO MATIAS DE MACEDO      **Data do acidente:** 24/05/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/08/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** OMBRO 50%

**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> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %  | Em grau médio - 50 %  | 12,5%            | R\$ 1.687,50                 |
| <b>Total</b>                                  |   |   | <b>12,5 %</b>    | <b>R\$ 1.687,50</b>          |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

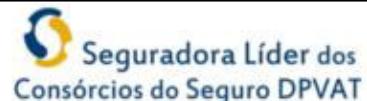
**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160492249      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDERLANIO MATIAS DE MACEDO      **Data do acidente:** 24/05/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/08/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** OMBRO 50%

**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> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %  | Em grau médio - 50 %  | 12,5%            | R\$ 1.687,50                 |
| <b>Total</b>                                  |   |   | <b>12,5 %</b>    | <b>R\$ 1.687,50</b>          |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**