



---

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2016

Carta n°: 10046192

A/C: FRANCISCO WESCLEY DA SILVA

**Sinistro:** 3160574349 ASL-1073727/16  
**Vitima:** FRANCISCO WESCLEY DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/01/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FRANCISCO VIEIRA DE MELO

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **14/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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 MBM SEGURADORA 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, 19 de Dezembro de 2016**

**Carta nº: 10210492**

**A/C: FRANCISCO WESCLEY DA SILVA**

**Sinistro:** 3160574349 ASL-1073727/16  
**Vítima:** FRANCISCO WESCLEY DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/01/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FRANCISCO VIEIRA DE MELO

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

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

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

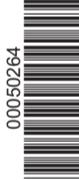
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10293598

A/C: FRANCISCO WESCLEY DA SILVA

**Sinistro:** 3160574349 ASL-1073727/16  
**Vitima:** FRANCISCO WESCLEY DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/01/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FRANCISCO VIEIRA DE MELO

**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:** FRANCISCO WESCLEY DA SILVA

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

**Banco:** 104

**Agência:** 000003483

**Conta:** 0000010887-9

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

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:** Perda funcional completa de ambos os membros inferiores 100%

**Graduação:** Em grau residual 10%

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

<b>Valor a indenizar:</b> 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**





---

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2016

Carta nº: 9758285

A/C: FRANCISCO WESCLEY DA SILVA

**Sinistro:** 3160574349 ASL-1073727/16  
**Vitima:** FRANCISCO WESCLEY DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/01/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FRANCISCO VIEIRA DE MELO

**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, 23 de Setembro de 2016

Carta n°: 9761178

A/C: FRANCISCO WESCLEY DA SILVA

**Sinistro:** 3160574349 ASL-1073727/16  
**Vitima:** FRANCISCO WESCLEY DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/01/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FRANCISCO VIEIRA DE MELO

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **19/09/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Documentos de identificação não conclusivo

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 MBM SEGURADORA 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, 03 de Novembro de 2016

Carta n°: 9966874

A/C: FRANCISCO WESCLEY DA SILVA

**Sinistro:** 3160574349 ASL-1073727/16  
**Vitima:** FRANCISCO WESCLEY DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/01/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FRANCISCO VIEIRA DE MELO

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **24/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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 MBM SEGURADORA 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**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160574349      **Cidade:** Severiano Melo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO WESCLEY DA SILVA      **Data do acidente:** 29/01/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/12/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES, TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO, Perna Direita e COTOVELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** LAERTE FELIX DE MATTOS

**CRM do médico:** 52.34636-3

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160574349      **Cidade:** Severiano Melo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO WESCLEY DA SILVA      **Data do acidente:** 29/01/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 03/11/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES, TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO, Perna Direita e COTOVELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** RESULTADO DE EXAMES DE IMAGEM, TRATAMENTO REALIZADO E PERÍODO INTERNAÇÃO REFERENTE A DATA DO SINISTRO

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** LAERTE FELIX DE MATTOS

**CRM do médico:** 52.34636-3

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160574349      **Cidade:** Severiano Melo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO WESCLEY DA SILVA      **Data do acidente:** 29/01/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Trauma em membros inferiores(bilateral),sem fratura.

**Descrição do exame** Apresenta sequelas residuais em membros inferiores, sem deformidade óssea ou instabilidades articulares.  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** Tratado com AINES oral,nao apresentou exames de imagem,nao realizou fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** Limitação Funcional residual em ambos os membros inferiores.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/12/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** Cotovelo direito sem sequela.

**Médico examinador:** Dixon Fradik Medeiros Lima

**CRM do médico:** 5997

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**