



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2015

Carta nº: 6917378

A/C: IDALECIO MARINHO

**Sinistro:** 3150406922  
**Vitima:** IDALECIO MARINHO  
**Data Acidente:** 20/12/2013  
**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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2015

Carta nº: 7136614

A/C: IDALECIO MARINHO

Sinistro: 3150406922  
Vitima: IDALECIO MARINHO  
Data Acidente: 20/12/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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**



[illegible]



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO<sup>7</sup>

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Idalecio Marinho  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 838.724 EXPEDIDO POR SSP/AM EM 18/09/86 E  
 CPF 075129882-49 /CNPJ 000000000-0000-00. PROFISSÃO Agricultor  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 788,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Idalecio Marinho, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3743-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0512745-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Aruamaes - AM, 14 de Abril

LOCAL E DATA

de 2015

Idalecio Marinho

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO 08 MAI 2015

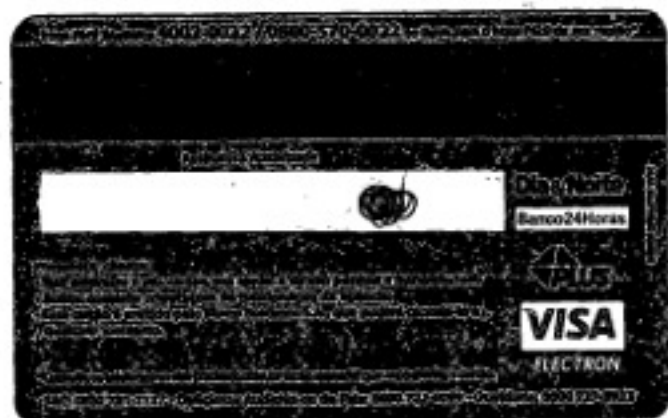
MEM  
SEGURADORA

SINISTRO DPVAT



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



MBM  
SEGURADORA  
08 MAI 2015  
SINISTRO DPVAT



**Bradesco**

**Dia & Noite**

BDN - Bradesco Dia e Noite  
Deposito Conta Corrente

Data: 14/04/2015 Term: 039363 Hora: 16:27  
N.Trans: 9904

Favorecido: Valor: 000

Banco: 237

Agencia: 3743 / TEFE

Conta: 0512745-9

Titular 1: IDALECIO MARINHO

Sujeito a conferencia.

Cheque Expresso Bradesco.  
Seu talao de cheques em segundos.  
Sem pedir no balcao,  
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco

SAC - Servico de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes  
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Duvidoria - 0800 727 9933  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado  
Tenha uma boa tarde

**MBM  
SEGURADORA**  
  
08 MAI 2015  
  
**SINISTRO DPVAT**



PCAM

Polícia Civil do Estado do Amazonas  
57ª Delegacia Interativa de Polícia Civil em Al



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Eu Rosimar Pereira de Lima – Escrivã "Ad Hoc" da 57ª Delegacia Interativa de Polícia Civil (DIPCA), certifico que o presente registro de ocorrência Policial foi transcrito fielmente de acordo com o requerimento verbal da parte interessada; o referido é verdade e DOU FÉ. Dígito e assino.

OCORRENCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL.

Nº. da Ocorrência: 103. Ano: 2015.

Data do Comunicado: 06/04/2015

Hora do Comunicado: 10h15min

Data do fato: 20/12/2013

Hora do fato: 14h00min

Comunicação:

End. Do fato: Estrada Alvarães Nogueira.

Complemento: Alvarães/Am.

**Narrativa:** Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil, por volta das 10h15min do dia 06/04/2015. O senhor IDALÉCIO MARINHO, portador da Carteira de Identidade RG Nº 838.724 SSP/AM, brasileiro, amazonense, natural de Tefé/Am, união estável, agricultor, com 64 anos de idade, nascido em 21/01/1951, filho de Francisco Marinho e Zuleide Nunes da Fonseca, residente e domiciliado na Rua Estrada Alvarães Nogueira, Nº 510, Centro, Alvarães/Am.

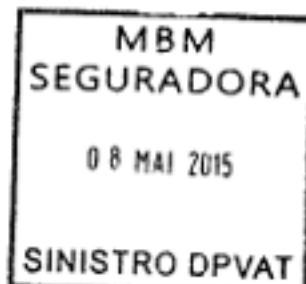
O mesmo veio nos comunicar que na data, hora e local acima citado, sofreu um acidente de trânsito, quando ia como passageiro na garupa de um mototaxista de dados e condutor não identificado e veio um cachorro atravessar na frente do veículo, causando o acidente onde a vítima sofreu um corte na orelha esquerda pegando oito pontos e algumas escoriações em partes do corpo, a vítima foi socorrida e encaminhada a Unidade Mista de Saúde São Joaquim por populares.

Despacho da Autoridade Policial

Dr. VINICIUS DE MELO SILVEIRA  
Delegado da Polícia Civil da 57ª DIPCA

*Rosimar P. Lima*  
ROSIMAR PEREIRA DE LIMA  
Escrivã Ad Hoc da 57ª DIPCA

*Rosimar Pereira Lima*  
ESCRIVÃ AD-HOC  
CPF: 752.388.882-67





# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Idalécio Marinho, portador da carteira de identidade nº 838.924 e inscrito no CPF/MF sob o nº 075.129.882-49 residente e domiciliado na ET ALVARAES Nogueira S/N Km 03 Cidade Alvarães Estado Amazonas declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Idalécio Marinho

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Alvarães - AM 14/04/15

Local e data







COMPARTILHAR  
ARQUIVOS



# GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

## FICHA ATENDIMENTO

Atendimento: ☐ Pediatria ☐ Cirúrgico ☐ Ortopédico ☐ Enfermagem ☐ Outro

Chegada: ☐ Saída: ☐ Preenchido por Código: ☐ Permanência: ☐

Nome do Usuário: Idalecia marinho  
Endereço: Estrada Alvarães noqueira  
Bairro: Centro Cidade: Alvarães Estado: AM CEP: 69540-000  
Sexo: M Data de Nascimento: 21-01-1951

Procedência (via de onde): ☐ S.O.S. ☐ Interior ☐ Serviço de Saúde ☐ Domicílio ☐ Outro

Motivo do Atendimento: Quebra de moto (motorista)

Idade: 62 Peso: ☐ Temperatura: 36.9°C FR: ☐ FC: ☐ PA: 120x190

Queixa e Duração:

Dados Clínicos:

Fervor contínuo, ruído auricular isquêmico, isquemia no antebraço e pé isquêmicos.

Exames Complementares:

☐ HTC+HB ☐ BILIRRUBINAS ☐ LEUCOGRAMA  
☐ TGO+P ☐ EAS URINÁRIO ☐ GAMA GT.  
☐ DIRETO FEZES ☐ ALBUMINA ☐ GLICEMIA  
☐ PROTEINAS TOT ☐ PLAQUETAS-TAP ☐ VHS  
☐ COLESTEROL ☐ MUCOPROTEÍNAS ☐ SÓDIO POTÁSSIO  
☐ LIPASE ☐ UREIA CREATININA ☐ AMILASE  
☐ RX TÓRAX ☐ RX CRÂNIO ☐ RX ABDOMEM

Outros Procedimentos

Diagnóstico Principal: Deficiência de trânsito

Outros Diagnósticos: Policoniúso.

Dr. Maria S. J. J. J.  
CRM - AM 1470

Acadêmico

Médico Responsável (assinatura Carimbo) CRM

Destino do Paciente

☐ Alta com Exatidão ☐ Transferido para ☐ Outro ☐ Escalonado no Ambulatório ☐ Internado ☐ Escalonado no ☐ ML ☐ EVO ☐ Alta e Pedido ☐ Encerrou

**MBM  
SEGURADORA**  
08 MAI 2015  
SINISTRO DPVAT

Esta Ficha não pode sair do Hospital. Deixar na Recepção.

Fca. Andros S. Oliveira  
Diretora  
Portaria: 347/2014 - GSUSAM  
PF: 320.521.202-97



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Idalécio Marinho

RG nº 838.724, data de expedição 18/09/86, Órgão SSP/Am

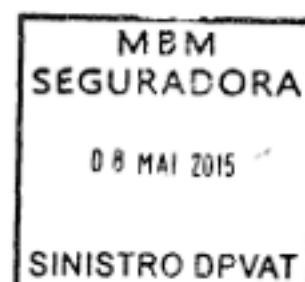
CPF nº 075.129.882-99 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	ET ALVARÃES NOGUEIRA
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	Estrada Km 04
Cidade	Alvarães
Estado	Amazonas
CEP	69475-000
Telefone de Contato	(97) 3343-3239
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alvarães - Am 14/04/15

Assinatura do Declarante: x Idalécio marinho



**AMAZONAS DISTRIB. DE ENERGIA**

AV 7 DE SETEMBRO, 2414

CACHOEIRINHA - MANAUS - AM - CEP: 69.005-141

CNPJ: 02.341.467/0001-20 IE: 42156092

 Atendimento: 0800 701 3001 [www.amazonasenergia.gov.br](http://www.amazonasenergia.gov.br)

Ouvidoria: 0800 095 1247 (08 às 18h/Dias úteis)

 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 522519  
 Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

**IDALECIO MARINHO**
**ET ALVARAES NOGUEIRA, S/N KM 04**
**COM NOGUEIRA -**
**CEP 69.475-000 - ALVARAES - AM**
**CPF 075.129.882-49 RG 838724 SSP AM 18-07-86**

 Para contato com a empresa  
 informe este número

**Código Único**  
**2060607-9**

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
19/02/2015	05/01/2015	04/02/2015	04/03/2015	30	04/03/2015	02/2015
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
3.1.3.1	Comercial Normal	Monofásica	99 99 99 999	Normal		
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido
Consumo	8016323	26956	26441	1,00000	5	515
						Cons. Faturado
						515

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Ítem Faturados	Tar. sem impostos	Valor
01/2015	546		Consumo 515 kWh a 0,320810	0,320810	166,21
12/2014	537		Correção Monetária Iqpm 11/2014-00		1,09
11/2014	510	Transmissão	Multa Por Atraso 11/2014-00		3,03
10/2014	550		Juros De Mora De Importe/Service 11/2014-00		1,11
09/2014	456				
08/2014	445				
07/2014	619				
06/2014	408				
05/2014	426				
04/2014	548				
03/2014	508				
01/2014	642				
Média		Pis/Pasep - 0,00			
12 meses	516	Cofins - 0,00			

Indicadores de Continuidade:					12/2014	Contas em Débito							
Cj 313 - MEDIO SOLIMOS E JU CM:					R\$ 84,58	Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor	Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual		12/2014	0	05/02/2015	175,56	09/2014	0	05/11/2014	13,46
DIC	27,01	0,00	54,03	108,06									
FIC	17,24	0,00	34,48	68,97									
DMIC	14,07	0,00	0,00	0,00									
Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 189,02													

**NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA**

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=&gt; Tensão Contratada - 127V Faixa Adequada - 116 a 133V

=&gt; Ligue para 0800 701 3001 e faça opção de vencimento de sua conta 1 5 10 15 20 25

=&gt; As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo 0,00 Aliquota 0,00 Valor do ICMS 0,00

Reservado ao Fisco

5815.0FE5.7139.9ACD.AACA.6C35.9A1A.3A25

 Vencimento  
**05/04/2015**

 Valor a Pagar  
**R\$ 170,44**

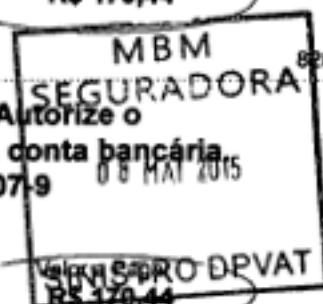
 Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o  
 débito de sua conta de energia em sua conta bancária.  
 Código para débito automático: 2060607-9

UC 20606079 Mês Faturado 02/2015 No. FD 00 TC 8

 Vencimento  
**05/04/2015**

 Valor a Pagar  
**R\$ 170,44**

83640000001 1 70440047000 8 00000002060 2 60790215008 7



## FICHA ATENDIMENTO


 Atendimento: ☐ Pediatría ☐ Cirúrgico ☐ Ortopédico ☐ Enfermagem ☐ Outro

Chegada: Data: 20-12-2013 Hora: 14:16 Saída: Data: Hora: Preenchido por: Código: Permanência:

 Nome do Usuário: Idalecio marinho  
 Endereço: Estrada Alvarães mequeira  
 Bairro: Centro Cidade: Alvarães Estado: AM CEP: 69540-000  
 Sexo: M Data de Nascimento: 21-01-1951

 Pai/Mãe/Responsável:  
 Procedência (veio de onde): ☐ S.O.S. ☐ Interior ☐ Rua ☐ Serviço de Saúde ☐ Domicílio ☐ Outro

Motivo do Atendimento: Queda de moto (motorista)

Idade: 62- Peso: Temperatura: 36,4°C FR: FC: PA: 180x70

Queixa e Duração:

Dados Clínicos:

Ferimento cortante retroauricular esquerdo, ferida com no antebraço e pé esquerdos.

Exames Complementares:

<input type="checkbox"/> HTC+HB	<input type="checkbox"/> BILIRRUBINAS	<input type="checkbox"/> LEUCOGRAMA
<input type="checkbox"/> TGO+P	<input type="checkbox"/> EAS URINÁRIO	<input type="checkbox"/> GAMA GT.
<input type="checkbox"/> DIRETO FEZES	<input type="checkbox"/> ALBUMINA	<input type="checkbox"/> GLICEMIA
<input type="checkbox"/> PROTEÍNAS TOT	<input type="checkbox"/> PLAQUETAS-TAP	<input type="checkbox"/> VHS
<input type="checkbox"/> COLESTEROL	<input type="checkbox"/> MUCOPROTEÍNAS	<input type="checkbox"/> SÓDIO POTÁSSIO
<input type="checkbox"/> LIPASE	<input type="checkbox"/> UREIA CREATININA	<input type="checkbox"/> AMILASE
<input type="checkbox"/> RX TÓRAX	<input type="checkbox"/> RX CRÂNIO	<input type="checkbox"/> RX ABDOMEM

Outros Procedimentos

Diagnóstico Principal: Queda de trânsito

Outros Diagnósticos: Policonusão

 Dr. Maria S. Sanchez  
 CRM - AM 7070

Acadêmico

Médico Responsável (assinatura e rubrica) CRM

Destino do Paciente

<input type="checkbox"/> Alta com Recusa	<input type="checkbox"/> Transferido para	<input type="checkbox"/> SVO
<input type="checkbox"/> Extensão em Ambulatório	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> SVO
<input type="checkbox"/> Alta e Pedido	<input type="checkbox"/> Exatidão	

SEGURADORA

Data: 08 MAI 2015 Hora:

SINISTRO DPVAT

Esta Ficha não pode sair do Hospital. Deixar na Recepção.

 Fca. A. dos S. Oliveira  
 Diretora  
 Portaria: 17/2014 - GSUSAM  
 CPF: 320.521.202-97

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150406922 **Cidade:** Alvarães **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IDALECIO MARINHO **Data do acidente:** 20/12/2013 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 06/06/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FCC EM PÉ E

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO MEDICA HOSPITALAR DISPONÍVEL NÃO EVIDENCIA SEQUELA QUE CARACTERIZA INVALIDEZ PERMANENTE

## 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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** ARNALDO KACELNIK

**CRM do médico:** 52.31291-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

