

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, 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, 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.

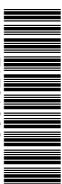
ATENÇÃO:

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,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2015

Carta n°: 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.

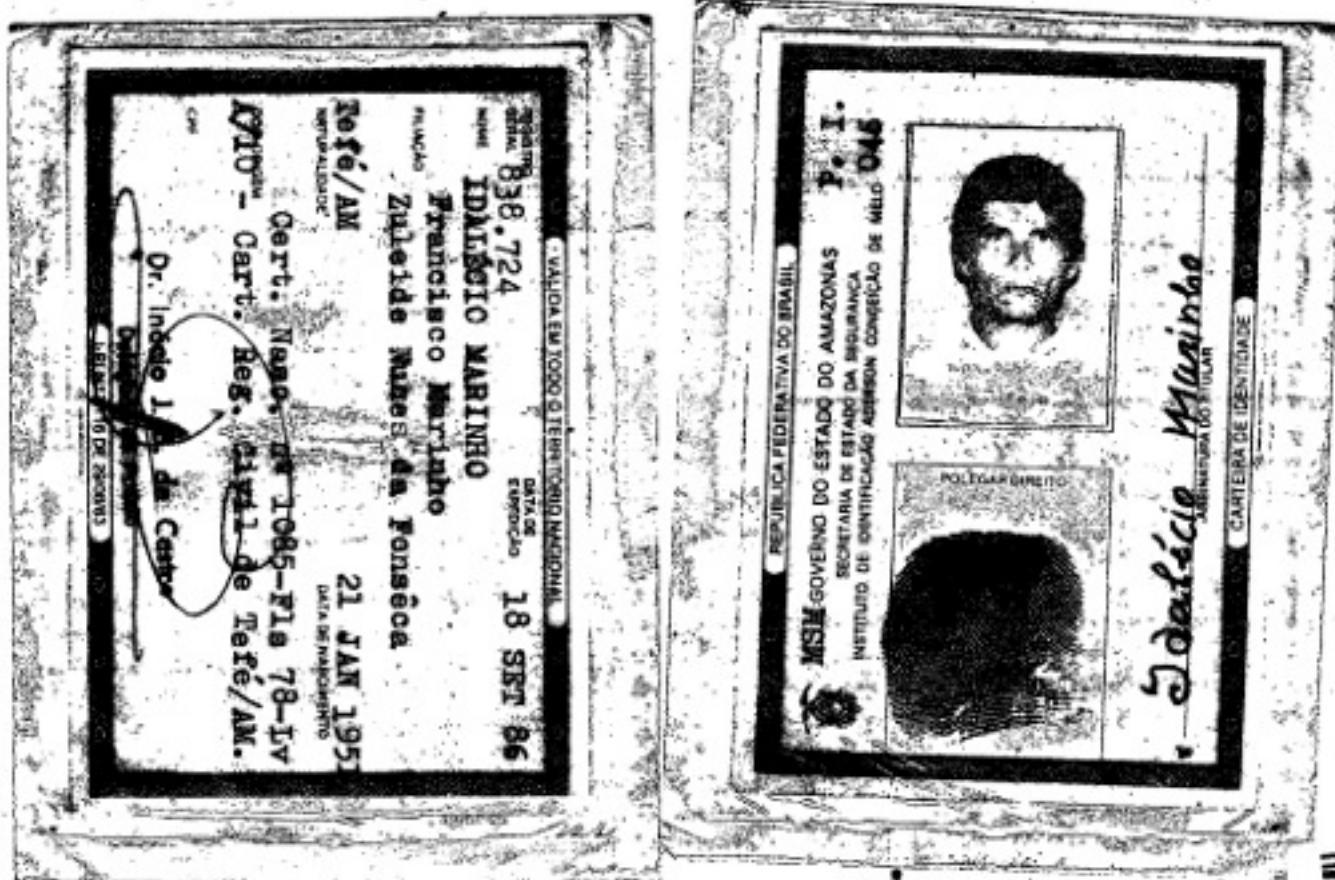
Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





MBM
SEGURADORA
06 MAI 2015
SINISTRO DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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, Idalécio MarinhoPORTADOR(A) DO RG Nº 838.724EXPEDIDO POR SSP/AMEM 18/09/86CPF 095129880-49 /CNPJ 00000000000000000000, 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 Idalécio 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, 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Assine em 14 de Abril de 2015

LOCAL E DATA

Idalécio MarinhoASSINATURA DO BENEFICIÁRIO 08 MAI 2015MBM
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 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: 6.00
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 784 8363
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

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

Obrigado
Tenha uma boa tarde

**MBM
SEGURADORA**

06 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 Policia 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. Digito 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 transito, 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 Policia Civil da 57ª DIPCA

Rosimar Pereira Lima
ROSIMAR PEREIRA DE LIMA
Escrivã Ad Hoc da 57ª DIPCA

Rosimar Pereira Lima
ESCRIVÃ AD-HOC
CPF: 752.388.882-87

MBM
SEGURADORA
08 MAI 2015
SINISTRO DPVAT



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Idalécio Marinho, portador da carteira de identidade nº B38.924 e inscrito no CPF/MF sob o nº 075.129.882-49, residente e domiciliado na ET Alvaráén Nogueira 5/N Km 03, Cidade Alvaráes, 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 pericia médica às custas da Seguradora Lider 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 pericia 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

Alvaráes - AM 14/04/15

Local e data





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Idalécio Marinho

RG nº 838 724, data de expedição 18/09/86, Órgão SSP/Am,

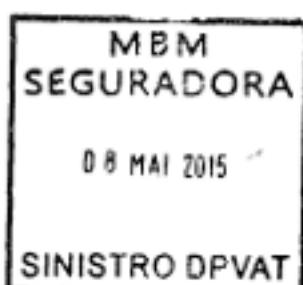
CPF nº 075.129.882-99, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ET ALVARATES NOGUEIRA</u>
Número	<u>5 / N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Estrada Km. 04</u>
Cidade	<u>Alvanáus</u>
Estado	<u>Amazonas</u>
CEP	<u>69475-000</u>
Telefone de Contato	<u>(97) 3343-3219</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Beiraões - AM 14/04/16

Assinatura do Declarante: Idalécio Marinho



FICHA ATENDIMENTO

Atendimento: Podiatria Cirúrgico Ortopédico Enfermagem Outro

Chegada

Data: 20-12-2013
Hora: 14:16

Saída

Data: _____
Hora: _____

Preenchido por Código

Permanência

Nome do Usuário: Idalécio marinho
Endereço: estrada Alvaro de souza moqueira
Bairro: Centro Cidade: Alvaro de souza Estado: AM CEP: 69940-000
Sexo: M Data de Nascimento: 21-01-1951

Pai/Mãe/Responsável:

Procedência (veio de onde): S.O.S
 Rua
 Domicílio

Interior
 Serviço de Saúde
 Outro

Motivo do Atendimento: queda de mete (motorista)

idade: 69 Peso: _____ Temperatura: 36 4/5 FR: _____ FC: _____ PA: 180x170

Queixa e Duração:

Dados Clínicos:

Fevereiro contont-retro
articulares esquerdo, doria
cas no antebraço e pé
esquerdo.

Exames Complementares:

<input type="checkbox"/> HCT+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"/> PROTEINAS 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
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Outros Procedimentos

Diagnóstico Principal: eljerito de trânsitoOutros Diagnósticos: ① Policonus

Dr. Mário S. Oliveira
CRM - AM 26175

Acadêmico		Médico Responsável (assinatura) CRM	
Destino do Paciente		SEGURADORA	
<input type="checkbox"/> Alta com Recado	<input type="checkbox"/> Transferido para _____	Data: <u>08 MAI 2015</u> Hora: <u>_____</u>	
<input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório	<input type="checkbox"/> Internado	Nome: <u>_____</u>	
<input type="checkbox"/> Alta e Pôsto	<input type="checkbox"/> Pôsto	<input type="checkbox"/> Encaminhado no:	<input type="checkbox"/> SVO
SINISTRO DPVAT			

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

Fca. Adelio S. Oliveira
Dir. Adelio S. Oliveira
Portaria: 30/7/2014 - 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:

