

Membro da Associação Internacional de Direito de Seguros - AIDA

P R O C U R A Ç Ã O

OUTORGANTE:

FRANCISCO DIONÍSIO DE FREITAS CPF 006.886.253-98
RG 200200502866 ENDEREÇO RUA JOSÉ SALU 413
CENTRO PENTECOSTE-CE

OUTORGADO: **PAULO RICARDO MARINHO TIMBÓ**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 15.285, com escritório na Av. Antônio Sales, 1516, sala 04, Dionísio Torres, CEP: 60.135-101, em Fortaleza-CE.

PODERES: O Outorgante confere ao Outorgado amplos e ilimitados poderes, com a cláusula "AD JUDICIA" e "AD NEGOCIA" para o fôro em geral, especialmente para, onde com esta ou certidão desta se apresentar, defender o Outorgante e seus interesses, propondo cobrança Administrativa e /ou judicial de Seguro DPVAT, podendo interpor Ação Judicial de Cobrança de Seguro DPVAT, recorrer, peticionar, indicar e nomear prepostos e/ou Procuradores, receber intimações (inclusive para audiências), transigir, passar recibos e dar quitação, fazer acordos, levantar numerários depositados em juízo, receber e endossar cheques, efetuar pagamentos, assinar documentos, tudo que se fizer necessário para o fiel cumprimento de suas obrigações, podendo inclusive, substabelecer com ou sem reservas de poderes; por tais serviços, Outorgante pagará ao Outorgado o equivalente a 30% da quantia total recebida na cobrança (administrativa e/ou judicial) do seguro DPVAT, independentemente dos honorários advocatícios sucumbenciais arbitrados em juízo. A presente procuração é passada de forma irrevogável e irretratável.

Fortaleza, de de 2012.

Francisco Dionísio de Freitas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polegar Direito

Francisco Dionísio de Freitas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002005025866 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/12/2009

NOME FRANCISCO DIONÍSIO DE FREITAS
FILIAÇÃO ANTONIA LIDUINA DE FREITAS

NATURALIDADE GENERAL SAMPAIO - CE DATA DE NASCIMENTO 31/01/1983

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 3.698 FOLHA: 132V
LIVRO: B-13 PENTECOSTE - CE

CPF 2. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR FRANCISCO DIONÍSIO DE FREITAS

DATA DE NASCIMENTO 31/01/1983 Nº INSCRIÇÃO 0662 9067 0787 ZONA 050 SEÇÃO 0160

MUNICÍPIO / UF PENTECOSTE/CE DATA DE EMISSÃO 18/01/2010

JUIZ ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Francisco Dionísio de Freitas
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
006.886.253-98

Nome
FRANCISCO DIONÍSIO DE FREITAS

Nascimento
31/01/1983

REALIZAÇÃO

IDENTIDADE

CORREIOS

Este documento é de propriedade do Estado do Ceará, protocolado em 31/01/2013 às 07:11, sob o número 01667006723-38060001. Para conferir o original, acesse o site <http://resajce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0166700-67.2013.8.06.0001 e código 072261.

2ª VIA
MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
 25ª CSM
 Nº **671816** SÉRIE: A
 RA 251482034526

FRANCISCO DIONÍSIO DE FREITAS

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE
 Emissão: Maracanaú, CE, 12/11/2010
 SUBSTITUI O CDI Nº 6991356 SÉRIE: 6

FILIAÇÃO
 PAI **NAO DECLARADO**

MÃE **ANTÔNIA LIDUINA DE FREITAS**

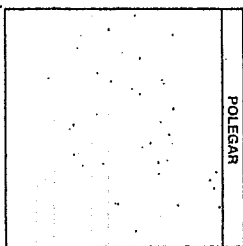
DATA NASC.
 31/01/1983

NATURALIDADE
 GENERAL SAMPAIO - CE

Dispensado do Serviço Militar inicial em 05 de agosto de 2002
 por residir em município não tributário

Cmt/Ch ou Dir. *[Assinatura]*

JURANDIR XAVIER DE SAUVA - 1. TEN
 Delegado de Polícia Militar - 25ª CSM



Francisco Dionísio de Freitas
 DISPENSADO

DECLARAÇÃO DE POBREZA

FRANCISCO DIONÍSIO DE FREITAS CPF 006.876.253-98 RG: 2002005025966

FUNELECO RUA JOSÉ SALU 413 CENTRO PENTECOSTE - CE

DECLARA, com fundamento no artigo 1º da Lei nº 7.115/83, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, as informações e declarações constantes no processo judicial e, também, ser pobre na acepção jurídica do termo (na forma da lei), enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1060/50 e posteriores alterações, pois sua 'situação econômica' não lhe permite pagar as 'custas' e demais 'despesas' do processo e os honorários de advogado 'expert' sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Fortaleza, de de 2012.

Francisco Dionísio de Freitas



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: LESÃO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO
Nº B.O.: 525-00078/2012 CIOPS: -
DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 17/01/2012 15:56
DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 01/01/2012 05:00
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: AV JOSÉ DE BORBA VASCONCELOS
CENTRO PENTECOSTE/CE

PONTO DE REFERÊNCIA:

DOCUMENTO(S):

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: O NOTICIANTE VEM INFORMAR QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADOS, GUIAVA A MOTOCICLETA DAFRA/SPEED 150, COR AMARELA, ANO FAB./MOD. 2008/2008, PLACA HZA1223, CHASSI 95VCA1E288M010094 SEGUINDO SENTIDO BAIRRO CENTRO À PRAÇA DO GINÁSIO, TENDO COMO GARUPEIRA SUA COMPANHEIRA RAIMUNDA NONATA GOMES DE OLIVEIRA OCASIÃO EM QUE POR UMA DISTRAÇÃO, PASSOU POR CIMA DE UM BURACO VINDO A CAIR AO SOLO. QUE NAQUELA OPORTUNIDADE DESMAIOU, TENDO TIDO LESÕES NA CABEÇA E ALGUMAS RALADURAS NOS BRAÇOS E BARRIGA QUE DIZ TER RECOBRADO OS SENTIDOS SOMENTE NO HOSPITAL LIF-CENTRO EM FORTALEZA, PARA ONDE FOI SOCORRIDO DIRETO DEPOIS DO ACIDENTE. QUE SUA ESPOSA RAIMUNDA TAMBÉM RECEBEU ATENDIMENTO NO LIF-CENTRO, A QUAL TEVE ALGUMAS ESCORIAÇÕES NO CORPO ESPECIALMENTE NA PERNA ESQUERDA QUE NÃO FORAM SUBMETIDOS A NENHUMA CIRURGIA. QUE PERMANECERAM EM OBSERVAÇÃO NAQUELA DATA E FORAM LIBERADOS POR VOLTA DAS 14:00 HORAS DAQUELA DATA. QUE O DOCUMENTO DO VEICULO REFERIDO AINDA SE ENCONTRA EM NOME DE FRANCISCO MARINHO DE LIMA, MAS O DECLARANTE ESCLARECE QUE A TRANSFERENCIA JÁ FOI ASSINADA E AGUARDA NOVA DOUCMENTAÇÃO. NADA MAIS DISSE.

➤ DADOS DA VÍTIMA

NOME: FRANCISCO DIONISIO DE FREITAS
OUTROS: 0732275 ORG?O EMISSOR: MIN. TRABA UF: CE

FILIAÇÃO: NC

ANTONIA LIDUINA DE FREITAS

ENDEREÇO: R JOSÉ SALÚ 413

CENIRO 62.640-000

PENTECOSTE/CE

Francisco Dionisio de Freitas

106.331.77

Declaração Anual de Isento

Informamos que a Declaração Anual de Isento (DAI) da Secretaria da Receita Federal do Brasil foi instituída com o objetivo de manter atualizado o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF).

Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008.

A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83.

Assuntos Relacionados:

[Verifique se seu CPF está regular](#)

[Saiba como regularizar seu CPF](#)

[Atualize sua página](#) [Política de Privacidade e Uso](#) [Página Inicial](#) [Unidades de Atendimento](#) [Fale Conosco](#) [ReceitaFone - 146](#) [Ouvیدena](#)

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO : A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

Nome completo da vítima: Thomaz Donisio de Freitas Número do sinistro: _____
DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente: 01/01/2012 Data do início do tratamento médico: 01/01/2012
Nome completo e CRM do médico: Dr. Márcio Salmito Almeida CRM 4411
Lesões resultantes do acidente: TCE - Trauma cranio cervical C6-C7 - Trauma + fratura no fêmur
Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas): Limpada da ferida, tratamento conservador de TCE
Existe algum defeito físico ou doença pré-existente? ☐ Sim ☒ Não
Com relação a invalidez pode-se concluir que :
☐ a invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura.
☒ a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura .
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º CICATRIZ NO SUPRACILIO ESQ. FIBROSE
2º CÉFALIA DIÁRIA
3º Transtornos de ansiedade, distúrbio de memória (RIC).
4º Sequela de TCE.
5º

Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima no período de 01/01/2012 a 17/04/2012 e que as respostas acima são completas e verdadeiras.
LOCAL: Freitas DATA: 17, 04, 2012 ASSINATURA E CARIMBO: Márcio Salmito Almeida CRM 4411
ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE
LOCAL: _____ DATA: _____ ASSINATURA DA VITIMA: Francisca Dionísia Brito



Prefeitura de
Fortaleza

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				EMITIDO EM: 01/01/2012	
				HORARIO: 05:32:12	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE					
NOME DO PACIENTE: FRANCISCO DIONISIO DE FREITAS				N REGISTRO: 20550	
TIPO DOC.: NI	N DOC.: NI	NASC.: 01/01/1985	SEXO: M	RAA COR: NI	
NOME MAE: N.I				CONTATO: NI	
NOME RESP.: SILVANIA TEC.				CONTATO: NI	
ENDEREÇO: RUA JOSE SALU S/N CENTRO PENTECOSTE				CONTATO: NI	
MUNICIPIO: PENTECOSTE		COD.IBGE:	UF: CE	CEP: NI	
OCORRENCIA					
LOCAL DA OCORRENCIA: p ACIDENTE DE MOTO					
TRANSPORTE: AMB. PENTECOSTE		DADOS DO ACIDENTE: PLACA: NI LOCAL: NI VEIC.: HORA: NI CONDUT: ELISVAN			
ACOLHIMENTO					
QUEIXA: PANCADA NA CABECA TEVE DESMAIO				MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO	
ANAMNESE: DOR FORTE					
ESCALA DE DOR: escala criança 0 pontos nips 0 escala adulto 8 SINAIS VITAIS: peso NI pressao arterial NI freq.resp. NI temperatura NI					
ESCORE DE TRAUMA REVISADO					
VALOR	"x"	ESCALA GLASGLOW	"x"	PA SISTOLICA	"x"
4		13 a 15		>89	
3		09 a 12		76 a 89	
2		06 a 08		50 a 75	
1		04 a 05		01 a 49	
0		00 a 03		00	
CLASSIFICACAO: Vermelho				DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 01/01/2011 07:01:31	
REFERENCIA:				RESP.ACOLHIMENTO: FRANCISCO AUZENIR	
AREA DE ATENDIMENTO					
AREA ATENDIMENTO: 01 - EMERGENCIA ADULTO					
ATENDIMENTO MEDICO					
ANAMNESE: <i>Doença de MOTO</i> <i>Alto, Consultar</i> <i>Escola de Educação Física</i>					
DIAGNOSTICO: <i>Politrauma</i>		COD.PROCED.:		CID:	
SADT SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☒ US Abdominal ☒ TC Cranio ☒ Raio-x ☐ Outros					
CONDUT:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA: <i>Dr. Sérgio D.</i>			
ARQUIVO GERAL 1.35 ESTA CÓPIA CONFERE COM A ORIGINAL DATA 26/04/12 <i>[Assinatura]</i>					

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

VALOR-R\$ _____

NOME DO COMPRADOR:

Francisco Dionísio de FreitasRG: 2002005025866CPF/CGC: 006.886.253-98

ENDEREÇO:

Rua Raimundo Lopes de Andra-
de, 30700 - Gomes da Silva - Pentecoste

LOCAL E DATA:

Pentecoste - CE, 05/12/2011

Francisco Dionísio de Freitas
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

ATENÇÃO:

- a) O **VENDEDOR** SE ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL OU CRIMINAL A PARTIR DA DATA ACIMA, CABENDO AO **COMPRADOR** A IMEDIATA TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO DO VEÍCULO PARA O SEU NOME.
- b) A TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO PODERÁ SER COMUNICADA PELO VENDEDOR, REMETENDO CÓPIA DESTES DOCUMENTO AO **DETRAN**, APÓS DEVIDAMENTE PREENCHIDO E FIRMADO.

DE ACORDO:

Francisco Dionísio de Freitas
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

Reconheço a(s) firma(s) Francisco
Moninho de Lima e Fran-
cisco Dionísio de Freitas

Dou fé, Pentecoste - CE, 05/12/2011

Em test. da verdade

Francisca Leda Duarte da Silva
FRANCISCA LEDA DUARTE DA SILVA - Esc. Subst.



1201010529

fls. 22



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar a 1ª via a Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ CEP: 62.649-001

Distrito Sanitário: _____ Município: PENTECOSTE

Nome: Francisco Dionísio de Freitas Telefone: _____Sexo: M ☒ F ☐ Data Nascimento: ____/____/____ RG: _____

Pai: _____ Mãe: _____

Endereço: Rua José Salé Bairro: _____

Agente de Saúde: _____ RLP: _____ Nº Solicitado: _____

Histórico do Paciente: Paciente vítima de TCE por queda de moto com lesão frontal supratentorial esquerda com abaixamento do nível de consciênciaExames solicitados e resultados: 8 exames.Medicamentos utilizados: 1. 3F.O.2.1. 500ml. EV.Impressão Diagnóstica: TCE.

Dr. Danilo Rocha Paz
MÉDICO
CRM: 13.385

Assinatura e Carimbo do Médico

Data: ____/____/____

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: IJF. Data: 01/01/12 Hora: 05:45

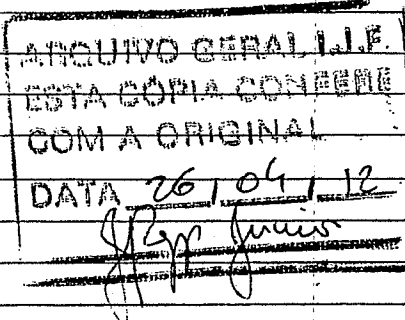
FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____



Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

PARECER MÉDICO 1				
ESPECIALIDADE:	DATA/ HORA DA SOLICITAÇÃO:	CARIMBO E ASS. MÉDICO SOLICITANTE:		
EXAME CLÍNICO:				
DIAGNÓSTICO:	CÓDIGO:	CID:		
CONDUTA:				
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			
PARECER MÉDICO 2				
ESPECIALIDADE:	DATA/ HORA DA SOLICITAÇÃO:	CARIMBO E ASS. MÉDICO SOLICITANTE:		
EXAME CLÍNICO:				
DIAGNÓSTICO:	CÓDIGO:	CID:		
CONDUTA:				
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			
PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL				
PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES		
TIPO DE ALTA/SAÍDA				
☐ Decisão Médica ☐ A Pedido ☐ Evasão	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:		DATA:	HORA:
☐ Transferência ☐ Internação ☐ Óbito				
INTERNAÇÃO				
PROCEDIMENTO:	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:		DATA:	HORA:
ÓBITO				
ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS?	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:		DATA ÓBITO:	HORA:
☐ SIM ☐ NÃO				
OBSERVAÇÕES:				

TELEFONE:

➤ DADOS DO INFORMANTE

NOME: VÍTIMA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENITENCIÁRIO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: uf

MATRÍCULA: 106331-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco de Assis de Brito

VISTO DO DELEGADO(A): _____

*** Depósito em Conta Corrente ***

Banco Postal

Agência : 12301957-AC PENTECOSTE
 Terminal: 12319502
 Nro Aut : 104314
 Data : 09/04/2012
 Hora : 10:43
 Caixa : 81782900
 Id.Trx.: 425116
 (Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL
 5757804252
 0176

QUVIDORIA BB 0800 729 5678
 COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
 EM DINHEIRO

CLIENTE: FRANCISCO D FREITAS
 AGENCIA: 0962-8
 CONTA: 26.758-9

DATA 09/04/2012
 NR. DOCUMENTO 57.578.042.520.176
 VALOR DINHEIRO 8,00
 VALOR TOTAL 8,00

NR. AUTENTICACAO 5.21E.3C4.7



Departamento
Estadual de
Trânsito

**COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
ELETRONICA DE VEÍCULOS
RECONHECIMENTO DE FIRMA**

PROTOCOLO Nº 0000386467

RECONHECIDO POR: 1º OFÍCIO DE PENTECOSTE - JOÃO GOMES DA SILVA

A SER REGISTRADO POR: OFÍCIO DE PENTECOSTE - CARTÓRIO SOARES GONDIM

INFORMAÇÕES DO REGISTRO

CHAVE DE VALIDAÇÃO:	HZA1223
PLACA:	7339342940
CRV:	DAFRA/SPEED 150
MARCA/MODELO:	AMARELO
COR:	05/12/2011
DATA DE AUTENTICAÇÃO:	AA950934
SELO REC FIRMA:	AA950935
SELO COMPRADOR:	0000386467
CODIGO DO PROTOCOLO:	05/12/2011
DATA DO PROTOCOLO:	
SELO DO REGISTRO:	
NÚMERO DO REGISTRO:	

INFORMAÇÕES DO COMPRADOR

COMPRADOR:	FRANCISCO DIONISIO DE FREITAS
CPF ou CNPJ:	006.886.253-98
ENDEREÇO:	RUA RAIMUNDO LOPES DE ANDRADE
COMPLEMENTO:	
NÚMERO:	30700
BAIRRO:	GOMES DA SILVA
UF:	CE
CEP:	62640000
MUNICÍPIO:	PENTECOSTE

OBS.: Acesse www.duteletronico.com.br/consulta informe seu cpf/cnpj e a chave de validação para acompanhar o seu processo.

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, _____,
RG nº _____ e CPF nº _____, declaro
que resido na Rua JOSE SALV Bairro
CENTRO do município de PETECOSTE, CEP nº
413.

Declaro também que não possuo comprovante de endereço e que a presente
declaração atende a Circular DPVAT-SIN 043/2005 de 08 de Agosto de
2005.

Fortaleza/CE, _____, _____, _____

Atenciosamente,

X^m Francisco Dionísio de Freitas
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado na _____, Cidade _____, Estado _____, 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.

x Francisco Dionísio de Freitas

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data