



Número: **0034759-55.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.906,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO OLIVEIRA MOTA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68152724	17/09/2020 17:24	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

# 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:	31/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	3.543,75
--------------	----------

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

CLIENTE: FABIO OLIVEIRA MOTA

BANCO: 756

AGÊNCIA: 04293

CONTA: 000000028219-7

---

---

Nr. da Autenticação 94CD57D355238A3F





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FABIO OLIVEIRA MOTA

RG nº 3.872.170, data de expedição 06/07/2010 Órgão SSDS/PB

CPF nº 085.554.424-43, 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/Prça)	RUA: CICERO HERCULANO SIQUEIRA
Número	53
Apto / Complemento	CASA
Bairro	DISTRITO SÃO VICENTE
Cidade	JOAPETIM
Estado	PERNAMBUCO,
CEP	56.720.000
Telefone de Contato	(84) 9.8120-9937
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOAPETIM, 20-09-2017

Assinatura do Declarante: X FABIO OLIVEIRA MOTA





Tarifa Social de Energia Elétrica - Estado do Rio de Janeiro, de 2014-2017  
NOTA FISCAL Nº 7001427815 - 07/2017  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Vila Militar, Recife, Pernambuco - CEP 55050-902  
CNPJ 10.557.332/0001-26 | Insc. Est. 06.05943-91 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
SUA CLIENTELA

CPF 133 705 288-43

CLASSIFICAÇÃO  
BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásica

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SUA CLIENTELA REBOCCANO SIQUEIRA S3  
SÃO VICENTE FERNER

SÃO VICENTE (SA) VICENTE  
ITAPETINI PE  
55720-000

Nº DA NOTA FISCAL 7001427815  
DATA DE EMISSÃO 07/2017  
Nº DO CLIENTE 13370528843  
DATA DE VENCIMENTO 25/07/2017  
Nº DO CONTRATO 1483824

7001427815 07/2017  
25/07/2017 17/08/2017  
TOTAL A PAGAR (R\$) 105,18

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	125,000000	0,71566673	89,46
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,09
Contribuição da Iluminação Pública			1,42
CMMS Subvenção - CDS NF 000026002-1125017			0,70
Multa por atraso - NF 201807597 - 170477			0,75
Juros por atraso - NF 011631591 - 170477			0,88

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL	
Nº DO MEDIDOR	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR
1483824	15-07-2017	17-07-2017	17-08-2017

HISTÓRICO DE CONSUMO		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL	
DATA	CONSUMO (kWh)	DATA	CONSUMO (kWh)
15-07-2017	125,00	15-07-2017	125,00
15-08-2017	125,00	15-08-2017	125,00
15-09-2017	125,00	15-09-2017	125,00
15-10-2017	125,00	15-10-2017	125,00
15-11-2017	125,00	15-11-2017	125,00
15-12-2017	125,00	15-12-2017	125,00
15-01-2018	125,00	15-01-2018	125,00
15-02-2018	125,00	15-02-2018	125,00
15-03-2018	125,00	15-03-2018	125,00
15-04-2018	125,00	15-04-2018	125,00
15-05-2018	125,00	15-05-2018	125,00
15-06-2018	125,00	15-06-2018	125,00
15-07-2018	125,00	15-07-2018	125,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
A fatura de energia elétrica é emitida pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e é válida para o pagamento da conta de energia elétrica. A fatura de energia elétrica é emitida em nome do titular da conta de energia elétrica e é válida para o pagamento da conta de energia elétrica. A fatura de energia elétrica é emitida em nome do titular da conta de energia elétrica e é válida para o pagamento da conta de energia elétrica.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
A fatura de energia elétrica é emitida pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e é válida para o pagamento da conta de energia elétrica. A fatura de energia elétrica é emitida em nome do titular da conta de energia elétrica e é válida para o pagamento da conta de energia elétrica. A fatura de energia elétrica é emitida em nome do titular da conta de energia elétrica e é válida para o pagamento da conta de energia elétrica.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL	
DATA	CONSUMO (kWh)	DATA	CONSUMO (kWh)
15-07-2017	125,00	15-07-2017	125,00
15-08-2017	125,00	15-08-2017	125,00
15-09-2017	125,00	15-09-2017	125,00
15-10-2017	125,00	15-10-2017	125,00
15-11-2017	125,00	15-11-2017	125,00
15-12-2017	125,00	15-12-2017	125,00
15-01-2018	125,00	15-01-2018	125,00
15-02-2018	125,00	15-02-2018	125,00
15-03-2018	125,00	15-03-2018	125,00
15-04-2018	125,00	15-04-2018	125,00
15-05-2018	125,00	15-05-2018	125,00
15-06-2018	125,00	15-06-2018	125,00
15-07-2018	125,00	15-07-2018	125,00

105,18  
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL  
15-07-2017 125,00  
15-08-2017 125,00  
15-09-2017 125,00  
15-10-2017 125,00  
15-11-2017 125,00  
15-12-2017 125,00  
15-01-2018 125,00  
15-02-2018 125,00  
15-03-2018 125,00  
15-04-2018 125,00  
15-05-2018 125,00  
15-06-2018 125,00  
15-07-2018 125,00





CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
R. GOVERNADOR VALFREDO SIQUEIRA, 15  
SAO JOSE DO EGITO - PE  
56700-000

JAMESON ANDRE A LOPES  
TV MANOEL PEREIRA 292  
ITAPETIM - PE  
56720-000

JK682961825BR



NSA-1511 OCR M99R301.D 170707.TN04

18734

CAIXA



## ANEXO II



### DECLARAÇÃO

#### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Samuel A. A. Lima, portador(a) do

RG nº 272209, expedido por SSP/B3, em

1 / 1 / 2020, CPF/CNPJ nº 076.340.254-50,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Felício

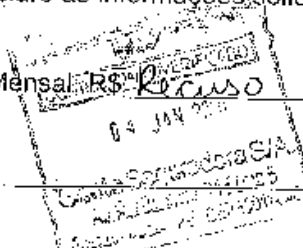
Guilherme Mota do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

da vítima Felício Oliveira Mota, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recurso

Documentos comprobatórios: [assinatura]



ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

[assinatura]



# Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, FLAVIO LUIS GOMES LOPES JUNIOR

RG nº 8.500.416, data de expedição 06/03/2008

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 093.956.774-14, com

domicílio na cidade de ITAPETIM, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: 29 DE DEZEMBRO, nº 81,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima FABIO OLIVEIRA MOTA, cujo o condutor era

FABIO OLIVEIRA MOTA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 TITAN ESD

Ano: 2012 - MOD. 2013

Placa: PFX-1223

Chassi: 9C2KC1650DR503141

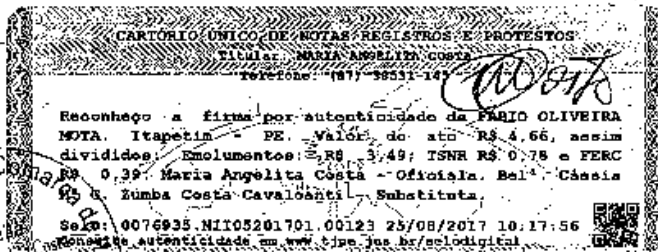
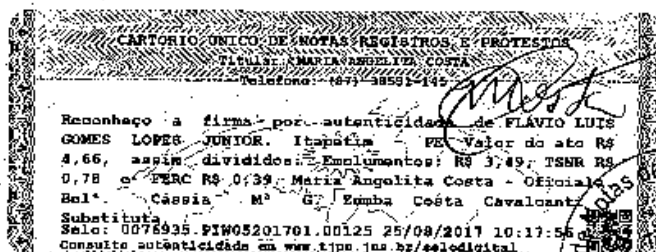
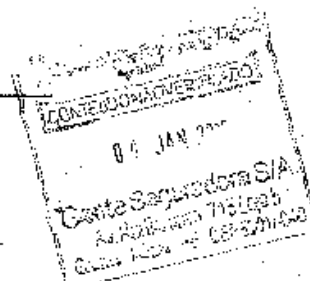
Data do Acidente: 23/05/2017

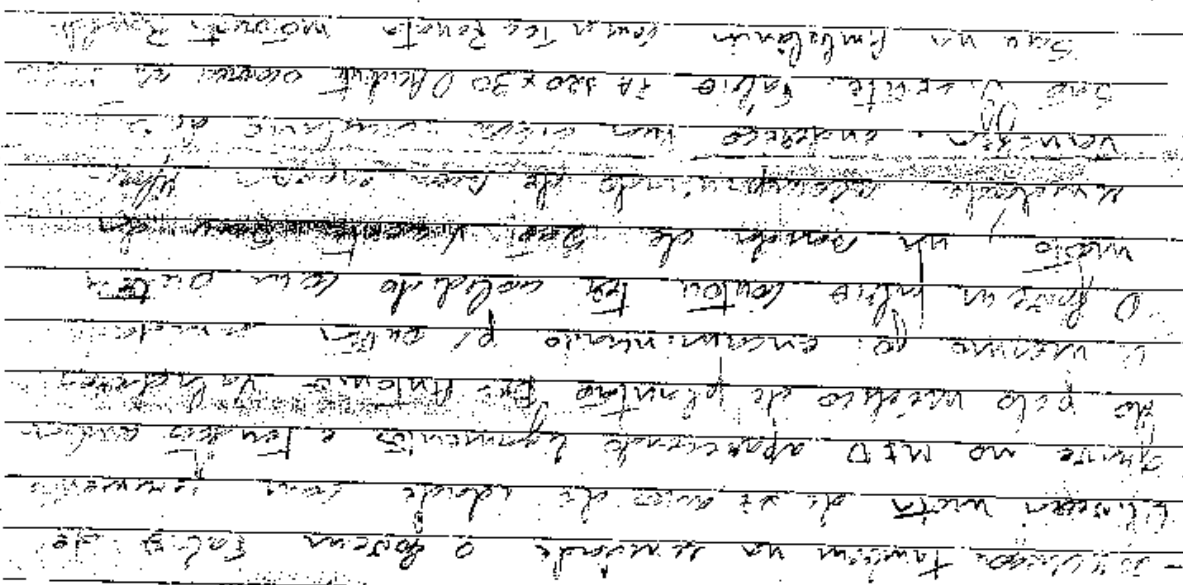
Local e Data: ITAPETIM, 24 de AGOSTO 2017

Flavio Luis Gomes Junior  
Assinatura do Declarante

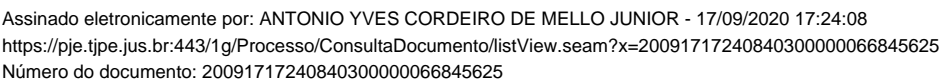
FABIO OLIVEIRA MOTA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Plantas do dia 23 a 24 de maio de 2017









CONSTRUINDO NO PRESENTE, PENSANDO NO FUTURO



**Unidade Mista Maria Silva**  
Código: 2703505 CNPJ: 11.358.157/0001-00  
Rua Paulino Soares, s/n- Itapetim - Pernambuco.  
CEP: 56720-000  
Telefone: (87) 3853.1006  
Umms\_ita@hotmail.com

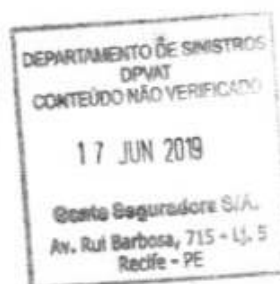
## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o jovem Fábio de Oliveira Mota, 28 anos, reside no sítio Três Umbuzeiros zona rural de São Vicente - Itapetim-Pe, foi vítima de um acidente automobilístico (colisão) com uma moto no dia 23 de maio de 2017, deu entrada nesta Unidade de saúde às 20:00 horas, o mesmo estava acordado, orientado apresentando escoriações e ferimento grave no MID aparecendo ligamentos e tendões, o mesmo foi atendido pela equipe de plantão e transferido para a cidade de Afogados da Ingazeira.

Itapetim-PE, 13 de Fevereiro de 2019.

Alysson Magno da Silva Salvador  
Diretor UMMS

Alysson Magno da Silva Salvador  
Diretor Administrativo  
Unidade Mista Maria Silva



11.358.157/0001-00

Unidade Mista Maria Silva  
Rua Paulino Soares S/N

CEP. 56.720-000

ITAPETIM - PE

Rua Paulino Soares, S/N- Centro-CEP 56.720-000-Itapetim-PE-Fone-(0xx87)3853-1006 -

CNPJ: 11.358.157/0001-00-E\_mail: umms\_ita@hotmail.com



Plantas de dia 23 a 24 de maio de 2017

Antenioter

Ref: Don Antonio Salazar

Tec. de Exp. Rita de Cassia (adm)

4 parceras

145 de la Rue Verte (Alente)

Korone algaenata (white)

afirmar: Ronaldo Rodriguez

Luca Marcel Bernado

- Alguém também se candidatou a formar parte do  
Vale do Voto de 27 anos de idade com o intuito  
de ir ao MID apresentando documentos e tendo o  
depoimento de pessoas de confiança. O nome  
do candidato é: António Valente  
O mesmo foi encaminhado p/ outra comissão.

Foram 119 contos traolidos com outro  
muito na praia de São Vicente. São de  
medida comprimentos de um e outro e  
muito. medidos em cinco metros de Siqueira  
São Vicente. Entre 12 e 30 de Abril entre as 17:30  
São de Paulinho com a Te. Bonita morada Raulo

— do ed. 10. O livro, em unidades de 100 páginas, contém 10 volumes de livros de 100 páginas cada, com 10 volumes de gráficos relativos que estão em 100 páginas. O livro, em 100 páginas, a menos por 100 unidades a fim de responder a problemas relativos com estas unidades. Acompanhado de 100 unidades.

Além de 100 unidades com 53753

GRAPSET

GRAFSIT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAQ MEMORIA

17 JUN 2019

Santa Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
 Recife - PE



05/02/2019

Email - Robson Ayala - Outlook

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE	
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	
RECEITUÁRIO	
Unidade:	
Nome:	Felipe D. Costa
Registro Nº:	
Clinica:	Enterrado
Vítima de acidente de trânsito em 23/5/2017. frat. após D e fraco E operada fr. amb. min frat. fr. av. p1 fr. de direitos CID: 2094	
Data:	15/8/17
Médico: CRM	
O presente Cigno é uma passagem para o ciclo Elaide Mariano de Souza	
1º Lugar	2º Concurso 80

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JUN 2019
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE





CONSTRUINDO NO PRESENTE, PENSANDO NO FUTURO



Unidade Mista Maria Silva  
Código: 2703505 CNPJ: 11.358.157/0001-00  
Rua Paulino Soares, s/n- Itapetim - Pernambuco.  
CEP: 56720-000  
Telefone: (87) 3853.1006  
Umms\_ita@hotmail.com

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o jovem Fábio de Oliveira Mota, 28 anos, reside no sítio Três Umbuzeiros zona rural de São Vicente - Itapetim-Pe, foi vítima de um acidente automobilístico (colisão) com uma moto no dia 23 de maio de 2017, deu entrada nesta Unidade de saúde às 20:00 horas, o mesmo estava acordado, orientado apresentando escoriações e ferimento grave no MID aparecendo ligamentos e tendões, o mesmo foi atendido pela equipe de plantão e transferido para a cidade de Afogados da Ingazeira.

Itapetim-PE, 13 de Fevereiro de 2019.

Alysson Magno da Silva Salvador  
Diretor UMMS

11.358.157/0001-00

Unidade Mista Maria Silva  
Rua Paulino Soares S/N

CEP. 56.720-000

ITAPETIM - PE

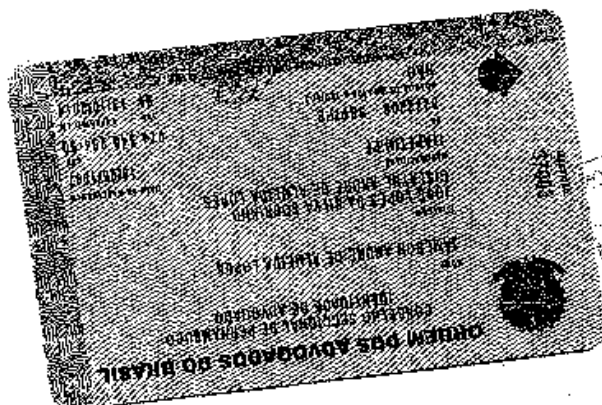
Rua Paulino Soares, S/N- Centro-CEP 56.720-000-Itapetim-PE-Fone-(0xx87)3853-1006 -  
CNPJ: 11.358.157/0001-00-E\_mail: umms\_ita@hotmail.com

15/07/2019 09:27













**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180023524

**Nome do(a) Examinado(a):** FABIO OLIVEIRA MOTA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Cicero Herculano Siqueira, 53 -  
Itapetim/PE - CEP 56720-000

**Identificação - Órgão Emissor/UF/Número :** 3872170 - SDS - 06/07/2010

**Data e Local do Acidente :** 23/05/2017 - Itapetim

**Data e Local do Exame :** 25/07/2019 CLINICA CLESAN-AV FREI CANECA,  
240 - GARANHUNS/PE - CEP 55295-515

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no  
acidente relatado e comprovado.**

Fratura de Tíbia distal esquerda

fratura de metatarso de 5º pododáctilo do pé direito

Luxação de falange proximal do 4º pododáctilo do pé direito

Luxação de falange média do 3º pododáctilo do pé direito

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da  
alta.**

Tratamento cirúrgico com colocação de placa metálica em Tíbia esquerda

tratamento cirúrgico-sutura no pé direito.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao  
diagnóstico relatado.**

Apresenta o 3º dedo do pé direito com flexão viciosa

Tornozelo esquerdo com rigidez articular e limitação dos movimentos  
solicitados em torno de 75%.

Alta no dia 02-08-2017

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente  
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a  
qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais  
permanentes) resultantes do acidente:**

Apresenta o 3º dedo do pé direito com flexão viciosa

Tornozelo esquerdo com rigidez articular e limitação dos movimentos  
solicitados em torno de 75%.



**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não  
existem lesões diretamente  
decorrentes de acidente de trânsito  
que não sejam suscetíveis de  
amenização proporcionada por  
qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

3º pododáctilo do pé direito

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

Tornozelo esquerdo

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

Realizou 22 sessões de fisioterapia



Dr. Cleudo Miranda Filho  
Médico  
CRM-PE 19091

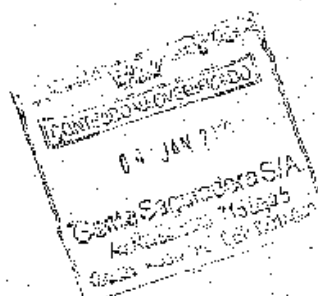
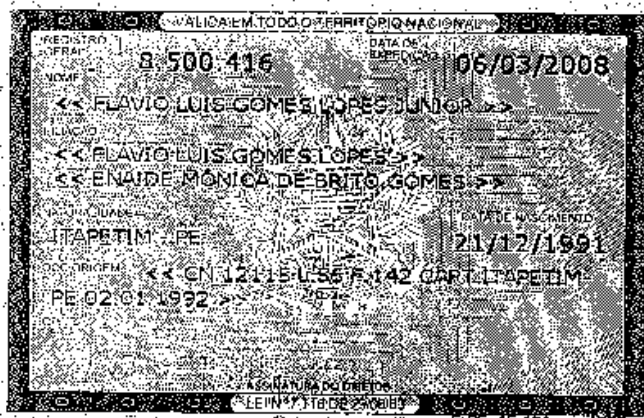
---

CLEUDO MIRANDA FILHO CRM : 19091 / UF :PE



\*0028\*





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180023524

Cidade: Itapetim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO OLIVEIRA MOTA

Data do acidente: 23/05/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de Tíbia distal esquerda, fratura de metatarso de 5º pododáctilo do pé direito, Luxação de falange proximal do 4º pododáctilo do pé direito e Luxação de falange média do 3º pododáctilo do pé direito

**Descrição do exame físico:** Apresenta o 3º dedo do pé direito com flexão viciosa Tornozelo esquerdo com rigidez articular e limitação dos movimentos solicitados em torno de 75%.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com colocação de placa metálica em Tíbia esquerda tratamento cirúrgico-sutura no pé direito. Alta médica.

**Sequelas permanentes:** Debilidade funcional severa do III pododáctilo direito e tornozelo esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do tornozelo esquerdo e III pododáctilo direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75





## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE: FABIO OLIVEIRA MOTA**, brasileiro, pernambucano, união estável, agricultor, portador do RG nº. 3.872.170 SSDS/PB, CPF-MF 085.554.424-43; Fone (87) 9.8120-9937, residente e domiciliada na Rua Cicero Herculano Siqueira, nº.53, Distrito de São Vicente, Município de Itapetim - PE, CEP: 56.720-000.

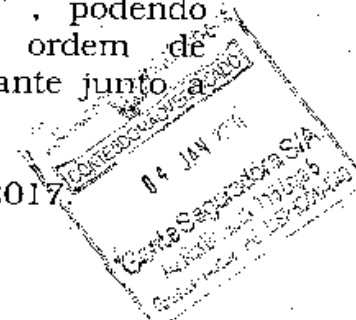
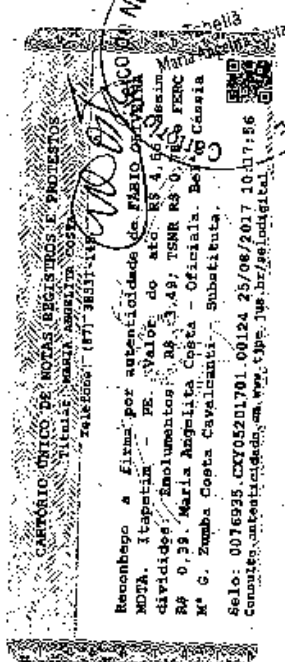
**OUTORGADOS: ÂNDERSON ANDRÉ DE ALMEIDA LOPES**, brasileiro, pernambucano, casado, advogado, inscrito na OAB-PE nº. 26094; **JAMESON ANDRÉ DE ALMEIDA LOPES** brasileiro, pernambucano, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PE nº. 37008 e **ELAYNE JOISSY BARBOSA LOPES**, brasileira, alagoana, casada, advogada, inscrita na OAB-PE nº. 44.743, todos com endereço profissional à travessa Amâncio Pereira, nº. 292, Sala 02, centro, Itapetim - PE, CEP: 56.720-000.

### PODERES

Para requerer o seguro DPVAT a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto rede bancária.

Itapetim - PE, 24 de agosto de 2017

**FABIO OLIVEIRA MOTA**  
**FABIO OLIVEIRA MOTA**  
Outorgante





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004932/18

Número do Sinistro: 3180023524

Vítima: FABIO OLIVEIRA MOTA

Data do acidente: 23/05/2017

CPF: 085.554.424-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO OLIVEIRA MOTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Comprovação de ato declaratório

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/02/2019  
Nome: JAMESON ANDRE DE ALMEIDA LOPES  
CPF: 074.340.254-50

JAMESON ANDRE DE ALMEIDA LOPES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO OLIVEIRA MOTA**

Nº Sinistro: **3180023524**

Vitima: **FABIO OLIVEIRA MOTA**

Data do Acidente: **23/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JAMESON ANDRE DE ALMEIDA LOPES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180023524**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12239319

Pag. 00029/00030 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO OLIVEIRA MOTA**

Nº Sinistro: **3180023524**  
Vítima: **FABIO OLIVEIRA MOTA**  
Data do Acidente: **23/05/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JAMESON ANDRE DE ALMEIDA LOPES**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180023524**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01943/01944 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12239326



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO OLIVEIRA MOTA**

Nº Sinistro: **3180023524**  
Vítima: **FABIO OLIVEIRA MOTA**  
Data do Acidente: **23/05/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JAMESON ANDRE DE ALMEIDA LOPES**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180023524**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00815/00816 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12557922



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO OLIVEIRA MOTA**  
Nº Sinistro: **3180023524**  
Vítima: **FABIO OLIVEIRA MOTA**  
Data do Acidente: **23/05/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JAMESON ANDRE DE ALMEIDA LOPES**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180023524**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00111/00112 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13365586





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180023524

Vítima: FABIO OLIVEIRA MOTA

Data do Acidente: 23/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAMESON ANDRE DE ALMEIDA LOPES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIO OLIVEIRA MOTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00491/00492 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060246



Carta nº 13955713





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180023524

Vítima: FABIO OLIVEIRA MOTA

Data do Acidente: 23/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAMESON ANDRE DE ALMEIDA LOPES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIO OLIVEIRA MOTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

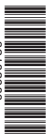
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01517/01518 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050759



Carta nº 14464136





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180023524

Vítima: FABIO OLIVEIRA MOTA

Data do Acidente: 23/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAMESON ANDRE DE ALMEIDA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01945/01946 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050973



Carta nº 14585042







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180023524**

**Vítima: FABIO OLIVEIRA MOTA**

**Data do Acidente: 23/05/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAMESON ANDRE DE ALMEIDA LOPES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FABIO OLIVEIRA MOTA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%  
Graduação: Em grau intenso 75%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%  
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer  
um dos dedos do pé 10%  
Graduação: Em grau intenso 75%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%  
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

**Recebedor: FABIO OLIVEIRA MOTA**

**Valor: R\$ 3.543,75**

**Banco: 756**

**Agência: 4293**

**Conta: 0000028219-7**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

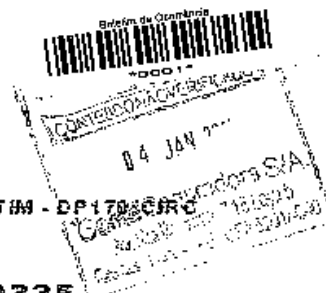
Atenciosamente,





400251

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 170ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPETIM - DP170-CR  
DINTER2/20ª DESEC



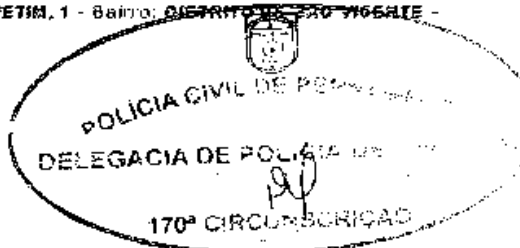
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17EO260000335

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/08/2017 às 10:54

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 23/8/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAPETIM, 1 - Bairro: DISTRITO DE SAO VICENTE - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONECIDO (AUTOR AGENTE)  
FLÁVIO LUIS GOMES LOPES JUNIOR (OUTRO)  
ELIELSON DE FREITAS SILVA (TESTEMUNHA)  
FÁBIO OLIVEIRA MOTA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(a): **FÁBIO OLIVEIRA MOTA**

#### Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**FÁBIO OLIVEIRA MOTA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: **MARIA DO SOCORRO MOTA DE OLIVEIRA** Pai: **MARTINHO MOTA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: 11/4/1959  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Documentos: 38721785BP/PE (RG), 02656442443 (CPF) Estado Civil: **ANASIDO(A)** Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO  
Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Telefones Celulares  
- 21996678545  
Residência: **RUA PIO VASCONCELOS/PROX. CLUBE ZELOPÃO - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Próximo a: **MUNICIPIO DE ITAPETIM, 45 - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO DE SAO VICENTE - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ELIELSON DE FREITAS SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: **MARIA SALOMÉ DE FREITAS SILVA** Pai: **EDMUNDO DE FARIAS SILVA** Data de Nascimento: 21/3/1954 Naturalidade:  
**NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Documentos: 64884745DS/PE (RG), 11131817444 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Residência: **RUA MIGUEL - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Próximo a: **MUNICIPIO DE ITAPETIM, 1 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FLÁVIO LUIS GOMES LOPES JUNIOR** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: **ENADE MONICA DE BRITO GOMES** Pai: **FÁBIO LUIS GOMES LOPES** Data de Nascimento: 21/12/1991 Naturalidade de:  
**NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

File://CAUsers\POLICIA CIVIL\info\Bxm\REOE\Preview.html

3/24/2017



Documentos: 680416/23/FE (RG), 0995577414 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)  
Residência: PRÓX. A ESCOLA SATO, ANTÔNIO - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL  
Próximo a: MUNICÍPIO DE ITAPETIM, - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido  
Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

#### Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): FLÁVIO LUIS GOMES LOPES JUNIOR, que estava em posse de  
(a) Sr(a): FÁBIO OLIVEIRA MOTA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: UNIDADE NÃO INFORMADA

Placa: PFX1223 (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO Renavam: 502871084 Chassi: 8C2KC1660DR03141

Ano Fabricação/Modelo:  
2012/2013

Combustível: ALCOOL ABOL

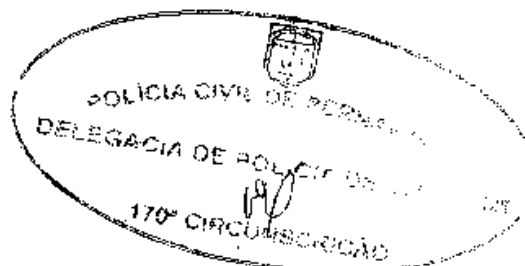
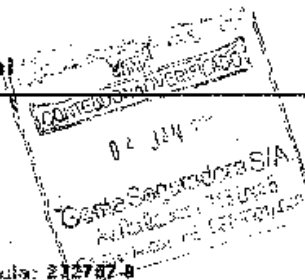
#### Complemento / Observação

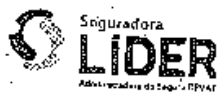
O SR FÁBIO OLIVEIRA MOTA COMPRESENTE A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA NOTICIANDO QUE NO DIA 23 DE MARÇO DE 2017, ANO, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 TITAN ESD, COR PRETA, PLACA PFX1223, NO SENTIDO ITAPETIM/DISTRITO DE SÃO VICENTE, QUANDO SE DEPAROU COM UMA MOTONETA TIPO BIZ PARADA NO MEIO DA RUA ESTANDO A CONDUTORA SOB O MENCIONADO VEÍCULO. NESTE MOMENTO, O SR. FÁBIO TENTOU DESVIAR A MOTOCICLETA QUE CONDUZIA, MAS VEIO A COLIDIR COM O SEU PÉ DIREITO NA MOTONETA E CAIU PARA O LADO ESQUERDO, QUEBRANDO O PÉ ESQUERDO. O SR. ELIELSON PASSAVA NO MESMO LOCAL EM QUE OCORREU O ACIDENTE E VIU A VÍTIMA NO CHÃO, CHAMOU A AMBULÂNCIA, E A VÍTIMA FOI CONDUZIDA ATÉ O HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO, SENDO DIAGNOSTICADO PELO MÉDICO PLANTONISTA COM FERIMENTOS GRAVES NO MIO APARECENDO LIGAMENTOS E TENDÕES, TENDO O MESMO SIDO ENCAMINHADO IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial:

FÁBIO OLIVEIRA MOTA  
FÁBIO OLIVEIRA MOTA  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: DANIELLE DOS SANTOS EVANGELISTA - Matrícula: 212782-8





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FABIO OLIVEIRA MOTA

CPF da Vítima

085-554-424-43

Data do Acidente

23.05.2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Itapiranga de junho de 2018  
Local e Data

FABIO OLIVEIRA MOTA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI 1.001 V001/2017



GOVERNO MUNICIPAL DE

**ITAPETIM**



Unidade Mista Maria Silva

Código: 2703505 CNPJ: 11.358.157/0001-00

Rua Paulino Soares, s/n- Itapetim - Pernambuco.

CEP: 55720-000

Telefone: (87) 3853-1006

Umms\_ita@hotmail.com

Unidade Mista Maria

Rua Paulino Soares, s/n

CEP: 55720-000

**ITAPETIM - PE**

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o jovem Fábio Oliveira Mota, 27 anos, reside na rua Cícero Herculano de Siqueira, zona urbana de São Vicente Itapetim-PE, foi vítima de um acidente automobilístico (colisão) com uma moto no dia 23 de maio de 2017, deu entrada nesta Unidade de saúde às 20:00 horas, o mesmo estava acordado, consciente, com ferimentos grave no MID aparecendo ligamentos e tendões, avaliado pelo médico da plantão e encaminhado para o Regional de Afogados da Ingazeira.

Itapetim-PE, 01 de Agosto de 2017.

Alysson Magno da Silva Salvador  
Diretor UMMS

Alysson Magno da Silva Salvador  
Diretor Administrativo  
Unidade Mista Maria Silva

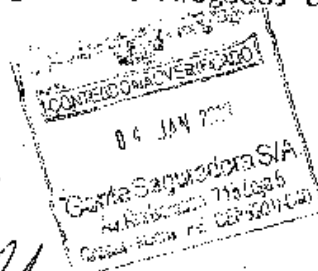
358.157/0001-00

Unidade Mista Maria

Rua Paulino Soares, s/n

CEP: 55720-000

**ITAPETIM - PE**



Rua Paulino Soares, S/N- Centro-CEP 56.720-000-Itapetim-PE-Fone-(0xx87)3853-1006  
CNPJ: 11.358.157/0001-00-E\_mail: umms\_ita@hotmail.com

