



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > [Peticionamento E](#) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01614078-8** em **14/12/2020 14:30:46**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0176413-66.2013.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01614078-8
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Espécies de Contratos
Data/Hora : 14/12/2020 14:30:46

Partes

Solicitante : Maritima Seguros S.A

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2773765_CONTESTACAO_01 - 1-15.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2773765_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013200644**Cidade:** Boa Viagem**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ANTONIO JOSE RODRIGUES**Data do acidente:** 05/03/2013**Emissor do parecer:** Jorge da Silva Motta**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 52313984

PARECER

Data da análise:	22/04/2013
Valoração do IML:	
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	TRAUMA DE OMBRO DIREITO
Resultados terapêuticos:	DEFICIT FUNCIONAL
Sequelas permanentes:	DEBILIDADE MODERADA DE OMBRO D
Sequelas:	Com sequela
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	OMBRO 50%
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	JORGE MOTTA
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/04/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOSE RODRIGUES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00898-2

CONTA: 000010009884-3

Nr. da Autenticação CB98B3B7C745B50E

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -

Seguradora Líder nos
Consórcios do Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

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, Antonio Jose Rodrigues
PORTADOR / A DO RG Nº 2008097105089 EXPEDIDO POR SSP/ce EM 13/11/2008
CPF 819079368-34 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Jose Rodrigues
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESC

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERI

Nº CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 898-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA 9.884-1

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



FEDERAL SEGUROS
10 ABR 2013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Baa Viagem DATA 15/03/13

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Antonio Jose Rodrigues

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos 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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, 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.

BANCO DO BRASIL S.A.
07/03/2013 - AUTO-ATENDIMENTO - 14,44,46
089870870 00191
EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANCA OURO

RENDIMENTOS:

RENDIMENTOS: TR + 0,5% AO MES

AGENCIA: 0898-2 CONTA: 9.884-1 VAR: 01
CLIENTE: ANTONIO JOSE RODRIGUES

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
--Fevereiro/2013--			
2002		SALDO ANT.	52,36C
-----	Marco/2013		
NAO HA LANCAMENTOS NO PERIODO			
S A L D O			52,36C
VLR. BLOQUEADO			0,000
DISPONIVEL			52,36C

SALDOS POR DIA BASE

04	0,05	13	52,31
----	------	----	-------

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
RENDIMENTOS:
SELIC IGUAL/MENOR QUE 0,5% A.A. TR+70% DA SELIC
SELIC ACIMA DE 0,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

AGENCIA: 0898-2 CONTA: 9.884-1 VAR: 51

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
--Fevereiro/2013--			
2002		SALDO ANT.	20,79C
-----	Marco/2013		
NAO HA LANCAMENTOS NO PERIODO			
S A L D O			20,79C
VLR. BLOQUEADO			0,000
DISPONIVEL			20,79C

SALDOS POR DIA BASE

08	20,79		
----	-------	--	--

POUPANCA OURO E POUPLEX - RENDEM TRANQUILIDADE E
COMODIDADE.

CENTRAL DE ATENDIMENTO BB 4004 0001 (CAPITAIS)
OU 0800 729 0001 (DEMAIS LOCALIDADES)
SAC 0800 729 0722
DEFICIENTES AUDITIVOS OU DE FALA 0800 729 0088.

DEVIDO A MP 567/2012 FORAM CRIADAS
NOVAS VARIACOES DE POUPANCA.
FIQUE ATENTO A ESCOLHA DA VARIACAO QUANDO
MOVIMENTAR SUA CONTA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.





ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DPI/DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.

Nº da ocorrência:	555/2013	Data Registro:	15/03/13	Hora:	15:30h
Nome:	ANTONIO JOSE RODRIGUES				
Filiação:	Antonio Rodrigues de Sousa e Maria Gonzaga de Sousa				
Endereço:	Localidade dos Capotes, zona rural desta cidade.				
RG:	2008097105089 SSP/CE	CPF:	819.274.368.34		
Natureza da ocorrência:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
Local da Ocorrência:	Localidade Águas Claras, zona rural desta cidade.				

HISTÓRICO:

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para informar que no dia 05/03/2013, por volta das 17:00h, pilotava a motocicleta HONDA/NXR150 BROS KS, cor amarelo, ano/modelo 2008, placa NRA-5367, chassi 9C2K003208R030371, licenciada em nome de Antonio Jose Rodrigues; QUE na garupa vinha ANTONIO ALVES DA COSTA; QUE outra motocicleta não identificada atravessou na frente da motocicleta, ocasião em que houve a colisão e ambos caíram; QUE o noticiante e ANTONIO foram socorridos ao hospital, onde no noticiante apresentou fratura de clavícula direita e escoriações pelo corpo; QUE em ANTONIO apresentou fratura na mão direita e quadril. Nada mais disse.

Noticiante: Antonio Jose Rodrigues

Responsável pelo registro:

[Assinatura]
Delegado de Polícia Civil
Boa Viagem, Ceará



FEDERAL SEGUROS
10 ABR 2013

AUTENTICAÇÃO	
Este documento apresenta fotocópia confere com o original. Dou fé.	
MAR. 2013	
[Assinatura]	
Joaquim Bezerra Sobrinho - Titular	
Luis Elardo Gardeira da Silva - Substituto	
Antonio Alves de Sousa - Escrivão	

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Por este instrumento particular de declaração, eu abaixo assinado,
Sr.(a) Antonio Jole Rodrigues,
Brasileiro (a), profissão agricultor, portador (a) da carteira de
identidade nº 2008097105089 e CPF nº 83927436834,
declaro para os devidos fins, e repetirei em juízo se necessário for, que sou
residente e domiciliado (a) na Rua:
Lazenda - STO - Antonio dos Odo,
Número 28, Bairro DT - Domingos da Costa Cidade de
Ba. Viagem, UF ce, Código de Endereçamento Postal
(CEP) nº 63870.000.

Declaro, ainda, que me responsabilizo por qualquer prejuízo que
porventura a Seguradora possa ter, no presente e no futuro, face às
informações acima prestadas.

Pôr ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que
surtam seus efeitos legais.

Cidade: Ba. Viagem UF ce, 21 de 03 20 13.

Antonio Jole Rodrigues
(assinatura)

OBS: Numero de telefone ou complemento de endereço : (88)3427.7120 ou
(88)9995.9596

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013200644

Cidade: Boa Viagem

Natureza: Invalidez

Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES

Data do acidente: 05/03/2013

Emissor do parecer: Jorge da Silva Motta

Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A

Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

CRM do médico: 52313984

PARECER

Data da análise: 22/04/2013

Valoração do IML:

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MODERADA DE OMBRO D

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 50%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: JORGE MOTTA

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
Rua: São Vicente de Paula, Nº 100, Centro
Tel.: (88) 3427-1699 - (88) 3427-1136
CNPJ: 07.806.680/0001-84



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Declaro que: Antonio José Rodrigues,
profissão: Agente, RG: 2008047105089, residente à

rua: Fernandes Cupate nº 4 Bairro: 4

Deu entrada neste hospital no dia: 05/03/13, às 17:40 h com
registro e Prontuário de nº 4

Deu entrada no SPA, com exames em
10/5/13 + exames no ambulatório. Realizado
exame. Supervisionado com prescrição de
medicamento.

Acompanhado (a) pelo Médico: Dr. Paulo

Submetido (a): Amendado, recebendo alta
hospitalar em 4 ou transferido para o

4 a fim de dar continuidade a
tratamento especializado, de acordo com o Livro de Registro

Amendado Pág. nº 10 Vinte

Boa Viagem - CE 07 de março de 2013.

Amanda Vieira Oliveira Sampaio
DIRETORA DA CSAM

FEDERAL SE (111115)
10 ABR 2013

Antonio José Rodrigues
Assinatura do Responsável

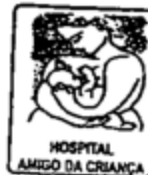
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



PREFEITURA DE
BOA VIAGEM

HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
C.S.A.M
SECRETARIA DE SAÚDE - SUS



RECEITUÁRIO

Antônio José Rodrigues

Paciente com fratura
de clavícula direita com
lesão ligamentar capsulo-
humeral distal e ligamentos
acromioclaviculares.

Submeter-se a tratamen-
to ortopédico com
imobilização gessada.

Seguindo de atende-
mento clínico, limitação
de movimentos de abdu-
ção do braço direito $> 70^\circ$

08/06/2013

Data

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CREMESP nº 6976
Assinatura e Carimbo
do Profissional

Nosso Hospital foi premiado pela Organização Mundial de Saúde,
Unicef e Ministério da Saúde



Dr. José Carlos Martins Filho

Ortopedia-traumatologia

CREMEC 6076

Antônio José Rodrigues.

Paciente com fratura
de clavícula direita com
lesão ligamentar escapulo-
umeral Dto e ligamento
âncero-glenoidal.

Submeter-se a tratamento
ortopédico com
imobilização gessada.

Separação de artrose no
ombro direito e limitação de
abdução do braço Dto $> 70^\circ$.

Realizar exame 09/03/13

-CE,

de

de 20

FEDERAL SEGUROS

10 ABR 2013

Dr. José Carlos Martins
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 6076

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

MOLENA DENTISTA

Antonio Jose Rodrigues

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008097105089 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/11/2008

NOME ANTONIO JOSE RODRIGUES

FILIAÇÃO ANTONIO RODRIGUES DE SOUSA E MARIA GONZAGA DE SOUSA

NATURALIDADE PEDRA BRANCA-CE DATA DE NASCIMENTO 14/8/1956

DOC ORIGEM CERT. CASAM. 913 L B-4(33) F

203 PEDRA BRANCA-CE

CPF 81927436834 ID. ANT. 675532

PORTALIZA-CE ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

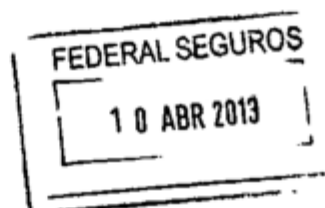
1004037



Telex pleantato
(88) 3427.7120

ou

(88) 9995.9596



Invalides

DETRAN - CE Nº 9510032013
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 154342076 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2012

NOME

ANTONIO JOSE RODRIGUES

PEDEIRA BRANCA

/CE

CPF / CNPJ

31827436834

PLACA

NRA5367/CE

PLACA ANT. / UF

ICE

CHASSI

9C2KD03208R030371

ESPECIE TIPO

VEICULO/NAO APPLIC.

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB.

2008

ANO MOD.

2008

CAP. POT. CIL.

150/14500

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

AMARELO

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

1*****

FAIXA LPVA.

PARCELAMENTO / COTAS

2*****

3*****

PREMIO TARIFARIO (RS)

IOF (RS)

PREMIO TOTAL (RS)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL

PEDEIRA BRANCA

DATA

12/09/2012

JOÃO DE AGUIAR PILO
SUPERINTENDENTE-DETRAN - CE

CE Nº 9510032013 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2012

CPF / CNPJ

81927436834

NRA5367

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 9510032013 EXERCÍCIO 2012 12/09/2012

VIA: 01 81927436834 NRA5367

RENAVAM 154342076 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB. 2008 CAT. TARE. 09 Nº CHASSI 9C2KD03208R030371

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (RS) 123.33 DENATRAM (RS) 13.7 CUSTO DO SEGURO 137.03

CUSTO DO BILHETE (RS) 4.15 IOF (RS) 1.06 TOTAL 279.27

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE PAGAMENTO 10/09/2012

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

02264

DUT

1004032



FEDERAL SEGUROS

10 ABR 2013

AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº. 01/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta Companhia a ocorrência do acidente em questão:

Nome da Vítima: Antonio Jose Rodrigues

A Vítima era:
☒ Motorista () Passageiro () Pedestre

O resultado do acidente foi:
 () DAMS () IPA () MAC

Em cumprimento ao item 10 da resolução nº. 01/75 do CNSP, segue junto ao presente aviso de sinistro os documentos listados abaixo:

Documentos necessários nos processos de:

DAMS	IPA	MAC
Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro
Ficha de Autorização de Pagamento	Ficha de Autorização de Pagamento	Ficha de Autorização de Pagamento
Relatório Médico de 1º Atendimento Hospitalar	Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência
Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia do RG/CPF da vítima	Cópia do RG/CPF da vítima
Cópia do RG/CPF da vítima	Comprovante de residência da vítima	Certidão de óbito (autenticada)
Comprovante de residência da vítima	Laudo do I.M.L. ou declaração de inexistência de I.M.L. acompanhado de Relatório médico qualificando as seqüelas.	Laudo cadavérico ou prontuário médico completo, da internação ao óbito (somente para casos onde óbito não tenha ocorrido na mesma data do acidente).
Nota Fiscal emitida pelo Hospital	Procuração (caso exista)	Documento comprobatório do(s) beneficiário(s) legal (ais)
Fatura Hospitalar	Cópia do RG e CPF do procurador (caso exista)	Cópia do RG e CPF do(s) beneficiário(s)
Recibos Médicos (caso existam)	Comprovante de residência do procurador (caso exista)	Comprovante de residência do beneficiário(s) legal (ais)
Relatórios Médicos Complementares	Relatório de 1º atendimento hospitalar	Procuração (caso exista)
Requisições de Exames (caso existam)	Relatórios hospitalares de evolução ou internação (prontuário médico).	Cópia do RG e CPF do procurador (caso exista)
Laudos de Exames (caso existam)		Comprovante de residência do procurador (caso exista)
		Declaração de únicos herdeiros
		Declaração de únicos herdeiros para menor beneficiário (caso exista)
OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Líder.	OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Líder.	Declaração de cônjuge e 2ª via da certidão de casamento (pós óbito) caso exista cônjuge (autenticada).

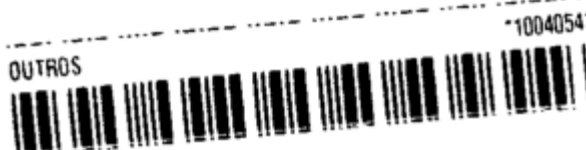
Nota: Para cada vítima deverá ser emitido um Aviso de sinistro, mesmo que tenha havido diversas vítimas no mesmo acidente.

Local do Aviso Data Local Data
Boa Viagem UF CE 15.03.13 Boa Viagem UF CE 15/03/13

Antonio Jose Rodrigues
 Assinatura do Beneficiário

Visto do Funcionário

Telefone para contato com a vítima/beneficiário/intermediário: (88) 3427-7100



FEDERAL SEGUROS
 10 ABR 2013

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Jose Rodrigues, portador
da carteira de identidade nº 83927436834 e inscrito no CPF/MF sob o nº
2008097105089, residente e domiciliado na
fazenda Sto Antonio dos dodo, Cidade
Boa Viagem, Estado ceara, 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.

Antonio Jose Rodrigues

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa Viagem - ce 15.03.13.

Local e data

FEDERAL SEGUROS

10 ABR 2013