

 **Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

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

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER

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

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
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 -

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 Jofe Rodrigues  
PORTADOR / A DO RG Nº 20080097105089 EXPEDIDO POR SS Place EM 13/11/2008  
CPF 839379368-3 / CNPJ 000000000000-0000-0000, 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 Jofe  
Rodrigues, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT  
A EFETUAR O CREDITO, 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 \_\_\_\_\_

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

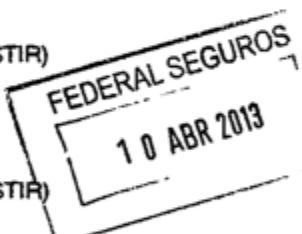
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 898-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-POUPANÇA 9.884-1

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 \_\_\_\_\_



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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Boa Viagem

DATA 15/03/13

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Antonio Jofe Rodrigues

## 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 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-6221204, 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  
009870870 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-----	
2802 SALDO ANT.	52,36C
-----Marco/2013-----	
NAO HA LANCAMENTOS NO PERIODO	
S A L D O	52,36C
VLR. BLOQUEADO	0,00D
DISPONIVEL	52,36C

SALDOS POR DIA BASE

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

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA  
RENDIMENTOS:  
SELIC IGUAL/MENOR QUE 8,5% A.A. TR+70% DA SELIC  
SELIC ACIMA DE 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

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

DATA DT.BS HISTORICO	VALOR
--Fevereiro/2013-----	
2802 SALDO ANT.	20,79C
-----Marco/2013-----	
NAO HA LANCAMENTOS NO PERIODO	

S A L D O	20,79C
VLR. BLOQUEADO	0,00D
DISPONIVEL	20,79C

SALDOS POR DIA BASE

06	20,79
----	-------

POUPANCA OURO E POUPEX - 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 informacões.





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O.**

<u>Nº da ocorrência:</u>	555/2013	<u>Data Registro:</u>	15/03/13	<u>Hora:</u>	15:30h
<u>Nome:</u>	<b>ANTONIO JOSE RODRIGUES</b>				
<u>Filiação:</u>	Antonio Rodrigues de Sousa e Maria Gonzaga de Sousa				
<u>Endereço:</u>	Localidade dos Capotes, zona rural desta cidade.				
<u>RG:</u>	2008097105089 SSP/CE	<u>CPF:</u>	819.274.368.34		
<u>Matureza da ocorrência:</u>	<b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>				
<u>Lugar da Ocorrência:</u>	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 9C2KD003208R030371, 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.

FEDERAL SEGUROS  
10 ABR 2013

Noticiante: Antonio Jose Rodrigues

Responsável pelo registro:



ENTRADA  
A presente fotocópia confere com o original:   
10 MAR. 2013

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Por este instrumento particular de declaração, eu abaixo assinado, Sr.(a) Antônio José 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: Fazenda São- Antônio dos Índios, Número 28, Bairro DT- Domingos da Costa Cidade de Bonfim, 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: Bonfim UF CE, 21 de 03 2013.

Antônio José Rodrigues  
(assinatura)

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

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

\*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



## Registro de Atendimento Medico Hospitalar

Declaro que: Antônio José Rodrigues, profissão: Agente de Limpeza, RG: 2008047165089, residente à rua: Fazenda Brumado nº —, Bairro: —. Deu entrada neste hospital no dia: 05/03/13, às 17:40 h com registro e Prontuário de nº —.

Deu entrada no SPA, com exames em 107 SP, e ficou no ambul. D. Realizado exame. Referencial com suspeita de fratura de braço e a D.

Acompanhado (a) pelo Médico: Dr. Paes

Submetido (a): Aludimerto, recebendo alta hospitalar em — ou transferido para o — a fim de dar continuidade a tratamento especializado, de acordo com o Livro de Registro

Boa Viagem Pág. nº 10 Verso

Boa Viagem - CE 07 de Março de 2013.

Amanda Vieira Oliveira Sampaio  
DIRETORA DA CSAM

FEDERAL SEGURANÇA  
10 ABR 2013

Antônio José Rodrigues  
Assinatura do Responsável



PREFEITURA DE  
**BOA VIAGEM**

HOSPITAL MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

C.S.A.M

SECRETARIA DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO



HOSPITAL  
AMIGO DA CRIANÇA

*Antônio José Rodrigues*

Paciente com fratura de clavícula direita com descolamento importante tecidual mineral do e fragmentos ósseos gênero daf.

Encontra-se a fratura fechada ortopédica e curvatura com immobilizações feitas.

Seguindo de atrofia e curvatura direita, limitações de movimentações de abduções das braços direitos > 70°

08/06/2013  
Data

*Dr. José Carlos Martins*  
Tratamento: Ortopedia  
CRM: 10055  
CRM: Medicina e Cirurgia  
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

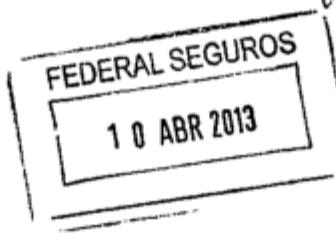
Antônio José Rodrigues.

Paciente com fratura de clavicula direita com lesões ligamentar escapulourâneas Dto e ligamento úmero-sênoidal.

Submeter-se a tratamento ortopédico in肯定会 com immobilização gessada.

Separação de artrose em ombro direito e limitação de abdução do braço Dto > 70°.

Boa projeção 01/03/13  
-CE, de 20

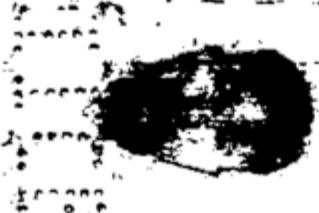


Dr. José Carlos Martins  
Traumatologia - Ortopedia  
CREMEC 6076  


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



TITULAR



TITULAR

*Antônio José Rodrigues*  
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME ANTONIO JOSE RODRIGUES

DATA DE EXPEDICAO 13/11/2008

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

PORTAL CEA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N°7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



Tel. plecosto

(88) 3427.7120

@@

(88) 9995 9596

FEDERAL SEGUROS

10 ABR 2013

Invalidez

DETAN - CE Nº 9510032013  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	154342076	0000000000	2012
NOME			
JOÃO JOSE RODRIGUES			
PEDERA BRANCA /CE			
CPF / CNPJ	PLACA		
31827436834	NRA5367/CE		
PLACA ANTO. UF	CHASSI		
CE	9C2KD03208R030371		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
VEHICULO/MOTOR/NAO APPLIC.	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/NXR150 BROS KS	2008	2008	
CAP. POT. CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
1490CC	PARTIC	AMARELO	
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
P *	** / ** / **	1***	
V FAIXA IPVA.	PARCELAMENTO / COTAS	2***	
A *	*** / *** / **	3***	

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
\*\* \*\* \*\*

DESENVOLVIMENTO  
OBSERVAÇÕES

JOÃO DE AGUIAR PIPÓ  
12/09/2012  
SUPERINTENDENTE-DETRAN- CE

CE Nº 9510032013 BILHETE DE SEGURO

EXERCÍCIO 2012  
CPF / CNPJ 81927436834  
PLACA NRA5367

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 9510032013 EXERCÍCIO 2012 12/09/2012

VIA	CPF / CNPJ
01	81927436834
RENAVAM	MARCA / MODELO
154342076	HONDA/NXR150 BROS KS
ANO FAB.	CAT. TARE
2008	09
Nº CHASSI	
9C2KD03208R030371	

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO
123,33	13,7	137,03
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL PAGAMENTO (R\$)
4,15	1,06	279,27
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO
		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 N°. 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:

Antônio José 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 sequelas.	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. Lider.	OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Lider.	Declaração de cônjuge e 2º 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 15/03/13 Boa Viagem 15/03/13

Antônio José Rodrigues  
Assinatura do Beneficiário

Visto do Funcionário

Telefone para contato com a vítima/beneficiário/intermediário: (88) 32127-7100

OUTROS

1004054

FEDERAL SEGUROS

10 ABR 2013

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio José Rodrigues, portador  
da carteira de identidade nº 83927436834 e inscrito no CPF/MF sob o nº  
2008097505089, residente e domiciliado na  
Azenda Sítio Antônio dos Dados, Cidade  
Boa Viagem, Estado Ceará, 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.

Antônio José Rodrigues

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Boa Viagem - ce 15.03.13

Local e data

FEDERAL SEGUROS

10 ABR 2013