

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)	<u>RUA: CÍCERO HERCULANO SILVA</u>
Número	<u>53</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>DISTRITO SÃO VICENTE</u>
Cidade	<u>ITAPERIM</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO,</u>
CEP	<u>56.720.000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9.8120-9937</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPERIM 20-09-2012

Assinatura do Declarante: X FABIO OLIVEIRA MOTA





Tarifa Social de Energia Elétrica - Cidade de São Paulo 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTADOR ENERGIA ELÉTRICA
Consumo Elétrico de Potência
Av. Jato de Balsa, 111 - Rua Vitor Rêgo, Pombal - CEP 05094-002
12411-035/330707-001 Insc. Est. 0003945-91 www.celpe.sp.br

DADOS DO CLIENTE
CALLEMI, TE MOAIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CILDA HERCULANO SIQUEIRA, 63
SAO VICENTE FERRER

CHF 133 705 288-43

SAO VICENTE/SAO VICENTE
CAPETIM PE
55720-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Microtensão

DATA DA NOTA FISCAL 25/07/2017
DATA DE VENCIMENTO 17/08/2017
VALOR A PAGAR R\$ 105,18

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	125,0000000	0,71566873	88,46
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,00
Contribuição de Iluminação Pública			1,32
ICMS Subvenção - CDE NF 000096-02-170517			0,70
Mutação de Tarifa - NF 001837597 - 170417			0,75
Atos de Tarifa - NF 001637597 - 170417			0,88

TOTAL DA FATURA 105,18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Tipo de Função	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
140115	BT	15-07-2017	174789	16-07-2017	175030	17	000	0,00	25,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DE INDIQUEDORES		DESCRIÇÃO DE INDIQUEDORES	
AL 17	125	BANK DE CÂMBIO	10,00	VALOR DO IMPORTE	21,88
JUN 17	43	ICMS	10,00	ICMS	21,88
MAI 17	112	PIS	10,00	PIS	21,88
ABR 17	61	COPINS	10,00	COPINS	21,88
MAR 17	50				
FEB 17	90				
JAN 17	48				
DEZ 16	48				
NOV 16	125				
OUT 16	74				
SET 16	118				
AGO 16	116				
JUL 16	141				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pelo CELPE - Companhia de Energia Elétrica de São Paulo, S.A. e representa o valor devido pelo consumidor pela utilização da energia elétrica.
A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pelo CELPE - Companhia de Energia Elétrica de São Paulo, S.A. e representa o valor devido pelo consumidor pela utilização da energia elétrica.
A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pelo CELPE - Companhia de Energia Elétrica de São Paulo, S.A. e representa o valor devido pelo consumidor pela utilização da energia elétrica.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pelo CELPE - Companhia de Energia Elétrica de São Paulo, S.A. e representa o valor devido pelo consumidor pela utilização da energia elétrica.
A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pelo CELPE - Companhia de Energia Elétrica de São Paulo, S.A. e representa o valor devido pelo consumidor pela utilização da energia elétrica.
A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pelo CELPE - Companhia de Energia Elétrica de São Paulo, S.A. e representa o valor devido pelo consumidor pela utilização da energia elétrica.

TENSÃO DE VARIAÇÃO (%)				TENSÃO DE VARIAÇÃO (%)	
CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
BT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



CAIXA ECONOMICA 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

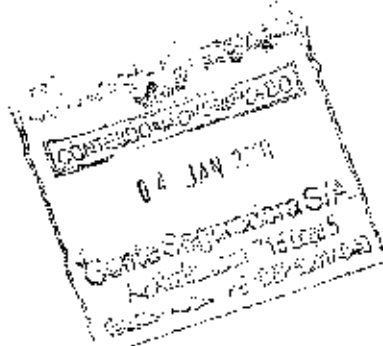
JK682961825BR



NSA-4511 OCR M899F001.0170707.THOJA

18794

CAIXA



ANEXO II



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

² 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 Emerson A. A. Silva, portador(a) do
RG nº 3272209, expedido por SSP/RJ, em
____/____/____, CPF/CNPJ nº 076.340256-50

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

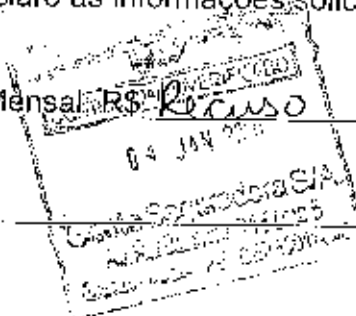
Guilherme Mota do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Fabio Oliveira Mota, e conforme

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

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recurso

Documentos comprobatórios: [assinatura]



Emerson A. A. Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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: PEX-1223

Chassi: 9C2 KCI 650 DRS 03141

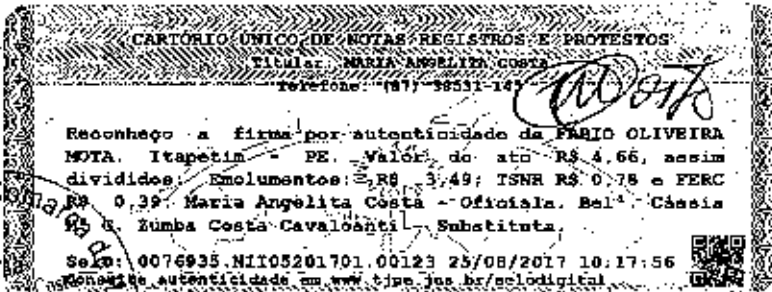
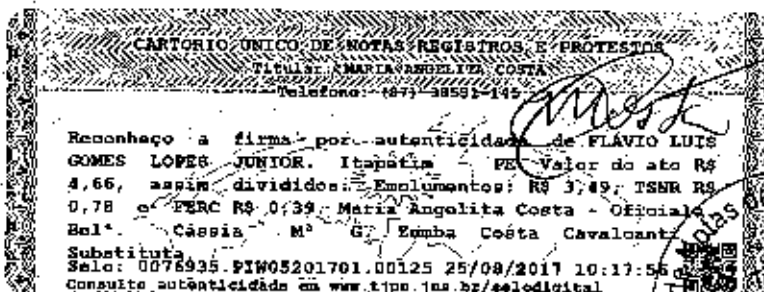
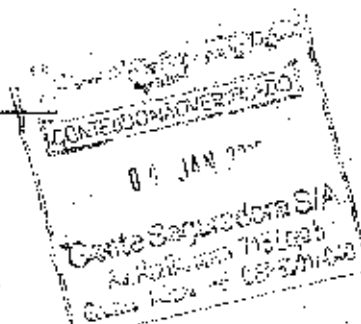
Data do Acidente: 23/05/2017

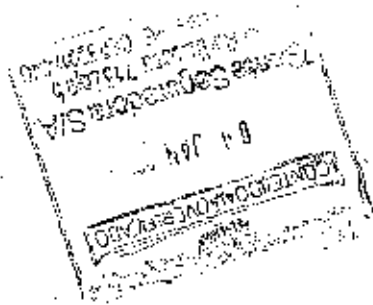
Local e Data: ITAPETIM, 24 de AGOSTO 2017

Flavio Luis G. L. Junior
Assinatura do Declarante

FABIO OLIVEIRA MOTA

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



[illegible]

Plantas do dia 23 a 24 de maio de 2017

Rafael Antonio

Ref. duce: Eric Antonio Valadarez

Tec de Bouf Rita de Cassia (Idm)

Indo de Bouf

Kawane

Ref. p. duce

Ref. p. duce: Ronaldo Rodrigues

Viga Ref. p. duce: Bernardo



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: Unidade 01
Nome: Salmo O. Costa
Registro Nº: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____

Vitima de acidente
de moto
em 23/5/2017.
fract. aberto D.
e fêmur E.
operado. fr.
amb. min.
fract. 61.
de fraturas
CID: 2094

Dr. Nilton F. Monteiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660

Data

15/8/17

Méico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício.
Elda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso: 89





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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

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

Plantas de dia 23 a 24 de maio de 2017

Plantonistas

Alf. deus. Sr. Antonio Valadares

Tec. de Enf. Rita de Cassia (dia) Hado em Porto (Noite)

Aparecida

Karine Almeida (Noite)

Af. deus. Ronaldo Rodrigues

Siga Af. deus. Bernardo

- Sempre tinham na unidade a pessoa sobra de
liberdade, mais de 21 anos de idade, com ferimentos
grave no MIO apresentando lesões e também cul-
do pelo médico de plantão Sr. Antonio Valadares
O mesmo foi encaminhado p/ outra unidade.

A pessoa foi entregue na unidade com outro
nome, um irmão de São Vicente. Seu da
unidade acompanhando de sua esposa Af. deus.
margem, endereço Rua Silva Marques de Sousa
São Vicente. Filho de 120x30 O mesmo em 1930
Seu da ambulância com Tec. de Enf. Ronaldo

- De 22.05.17 Margem na unidade na Unidade
Roupa Suave de Rua de 21 anos de idade, com
to 2 meses de gestação relatou que estava
na época engravidando e pouco antes no
São Vicente. 120x80, a mesma foi en-
caminhada a fim de repassar a procedimentos médicos
com outra unidade. Acompanhado Af. deus. Arnaldo

Af. deus. de Rua Porto com 337573

GRAFSET

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

Seguro 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

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

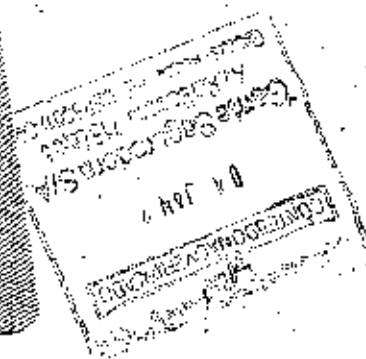
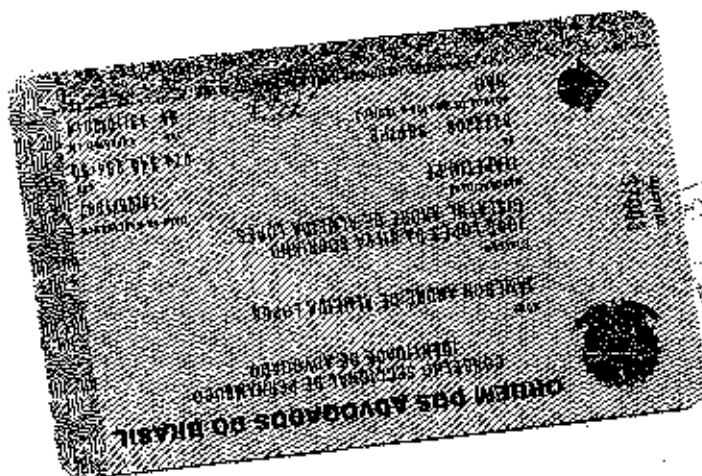
CEP. 56.720-000

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







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013127103700
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 508671094 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
FLAVIO LUIZ GOMES LOPES JUNIOR

ITAPETIM-PE

CPF / CNPJ 093.986.774-14 PLACA PFX1223

PLACA ANT. / UF ***** / PE Nº 9C2KC16500R303141

PAS / MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN E30 ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 28/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

CÓTA ÚNICA IPVA 2017 QUITADO VENC. CÓTA ÚNICA 1º *****

PAIXA / RUA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2º ***** 3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO PAGO IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

ITAPETIM DATA 28/01/17

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE



DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR S.A. CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013127103700 BILHETE DE SEGURO DPVAT
FLAVIO LUIZ GOMES LOPES JUNIOR

R 29 DE DEZEMBRO 81 56720-000
CE CENTRO ITAPETIM-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 28/01/17

VIA 1 CPF / CNPJ 093.986.774-14 PLACA PFX1223

RENAVAM 508671094 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN E30

ANO FAB. 2012 DATA 09 Nº CHASSI 9C2KC16500R303141

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO PAGO IOF (R\$) 10% A RESERVA DE RESCISÃO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE CUPAÇÃO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

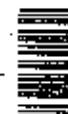


013127103700
RECIBO PE Nº

RECIBO CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

PFX1223

CÓD. RENAVAM
508671094



**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 - Orgão 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

UNION DA POLICIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
POLICIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CORPO DE BOMBEIROS MILITARES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Nome: **FLAVIO LUIS GOMES LOPES JUNIOR**

Doc. Identidade / Org. Envolvido / UF: **8500316-809-78**

CPF: **093.956.774-14** Data Nascimento: **21/12/1991**

Fluio: **FLAVIO LUIS GOMES LOPES**

Endereço: **ENDEREÇO MONTICHO DE BRITO GOMES**

Função: **PROTEÇÃO** AC: **PROTEÇÃO** CAP. MEX: **1.º**

Registro: **0538143277** Vencimento: **14/04/2021** Vigência: **17/12/2011**

Ocupação: **1.º**

Endereço Atual: **Endereço**

Para não gerar foto

Local: **1º BOMBEIROS DA INGENHEIRIA - PR** Data Exatidão: **19/07/2016**

Assinatura: *[Assinatura]*

05279883734
PRO72181589

UNION DA POLICIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
POLICIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CORPO DE BOMBEIROS MILITARES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

EXEMPLOS DE COMO DEVERIA SER O CARTÃO



04 JAN 20

Carta Seguradora SIA

Assinatura: [Assinatura]

Cartão de Identificação

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 8.500.416 DATA DE EMISSÃO 06/03/2008

<< FLAVIO LUIS GOMES LOPES JUNIOR >>

<< FLAVIO LUIS GOMES LOPES >>

<< ENAIDE MÔNICA DE BRITO GOMES >>

LOCALIDADE ITAPETIM - PE DATA DE NASCIMENTO 21/12/1991

DOC. ORIGEM << CN 12115-1-55 F. 142 CAP. ITAPETIM PE 02.01.1992 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 11.052 DE 24.08.03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

FLAVIO LUIS GOMES LOPES JUNIOR

06/03/2008

02115-1-55 F. 142 CAP. ITAPETIM

PE 02.01.1992

FLAVIO LUIS GOMES LOPES JUNIOR

06/03/2008

02115-1-55 F. 142 CAP. ITAPETIM

PE 02.01.1992

CONTROLE DE EMISSÃO

04 JUN 2008

Gentia Saneadora S/A

Karubutu - Molas

Gentia Saneadora S/A

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.

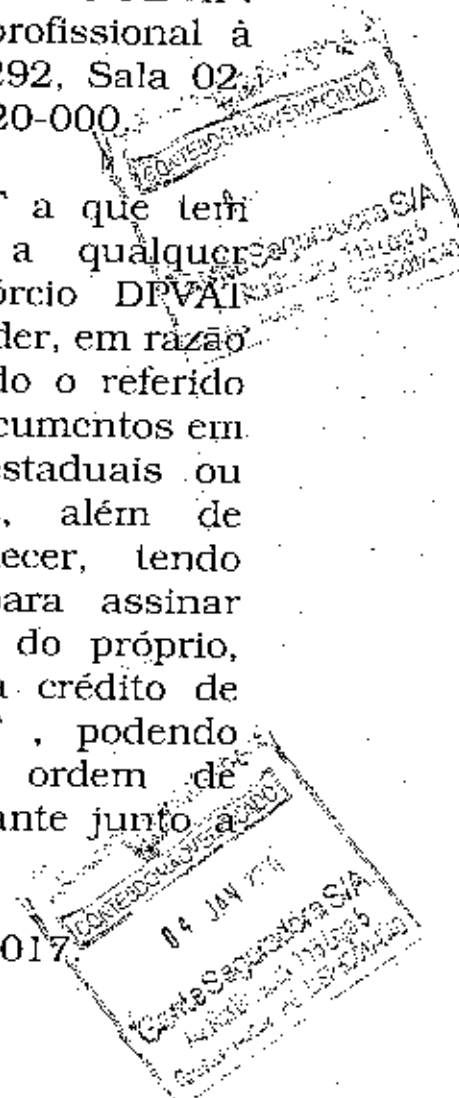
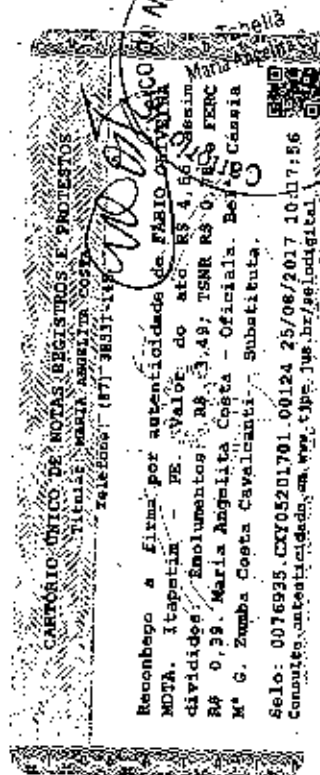
PODERES

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 a 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

CPF: 085.554.424-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/05/2017

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 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



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: 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** 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



Rio de Janeiro, 22 de Março 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: 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** 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



Rio de Janeiro, 14 de Setembro 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: 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** 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



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



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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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



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.

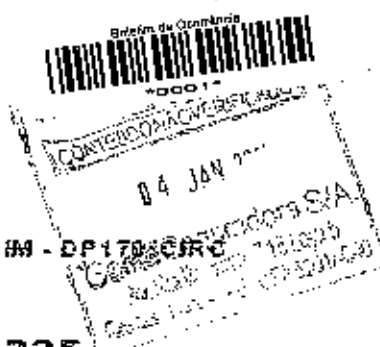
Atenciosamente,





400251

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



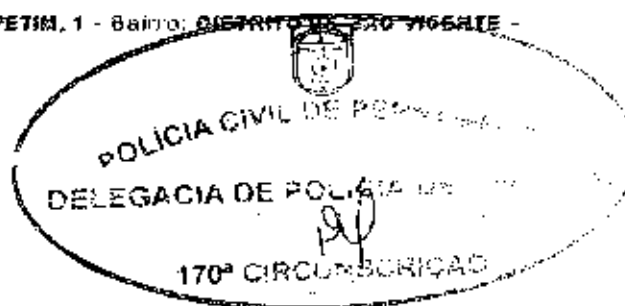
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0260000335

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:
DESCONHECIDO (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(s): 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: 11/4/1950
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: 2872170588/PB (RG), 02655442443 (CPF) Estado Civil: **ANUZIADO(A)** Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO
Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Telefones Celulares
- 21926978545

Residência: **RUA PIO F 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: 9488474506/PE (RG), 11131817444 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Residência: **ALTO BOQUEL - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

Próximo a: **MUNICIPIO DE ITAPETIM, 1 - CEP: 55030-000 - Bairro: CENTRO - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

FLÁVIO LUIS GOMES LOPES JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **ENADE MONICA DE BRITO GOMES** Pai: **FÁVIO LUIS GOMES LOPES** Data de Nascimento: 21/12/1991 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: 6603416/53SAFE (RG), 00035577414 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)
Residência: PRÓX. A ESCOLA SÁO. 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(a) Sr(a): **FLÁVIO LUIS GOMES LOPES JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FÁBIO OLIVEIRA MOTA**

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

Cor: **PRETA** - Quantidade: **UNIDADE NÃO INFORMADA**

Placa: **PEX1223** (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO) Renavam: **503871084** Chassi: **9C2KC1660R803141**

Ano Fabricação/Modelo:
2012/2013

Condutor(a): **ALGOBAGOL**

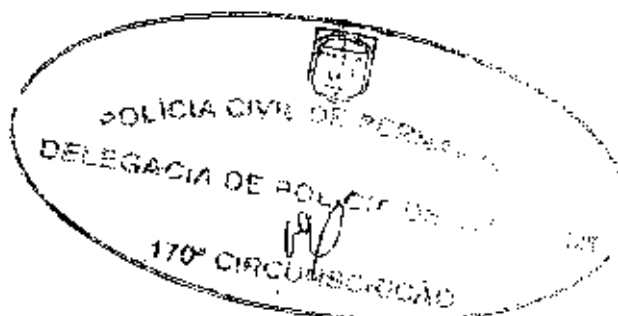
Complemento / Observação

O SR FÁBIO OLIVEIRA MOTA COMPREENDEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA NOTICIANDO QUE NO DIA 23 DE MARÇO DESTE ANO, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 TITAN ESD, COR PRETA, PLACA PEX1223, 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 PASSAIA 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 NÍO 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**



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

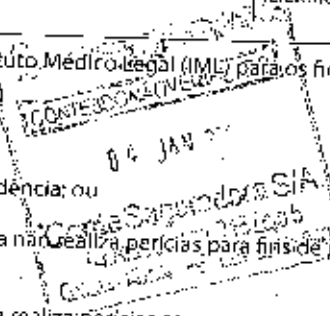
E-mail

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 de 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 Jonas de 2018
Local e Data

FABIO OLIVEIRA MOTA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

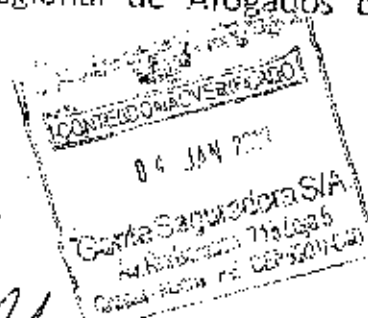
DECLARAÇÃO

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 de 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