

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2016

Carta nº: 9832084

A/C: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160598959 ASL-1090537/16
Vitima: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 14/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2016

Carta nº: 9841107

A/C: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160598959 ASL-1090537/16
Vítima: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 14/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10261357

A/C: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160598959 ASL-1090537/16
Vítima: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 14/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2017

Carta nº: 10590541

A/C: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160598959 ASL-1090537/16
Vitima: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 14/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO 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, Emilson Eduardo de Oliveira
PORTADOR(A) DO RG Nº 3000293 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 07/04/2009
CPF 0711130174-36 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Administrativo
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou-se NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Emilson Eduardo de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1269 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17.191-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Casapora/PB 25 de Maio de 2016
LOCAL e DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a 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 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0771204.

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB



Ourocard

International

4001 7860 7840 9130

09/19

ELFENILSON OLIVEIRA

1262-9

17.191-3

VISA

ELECTRON

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

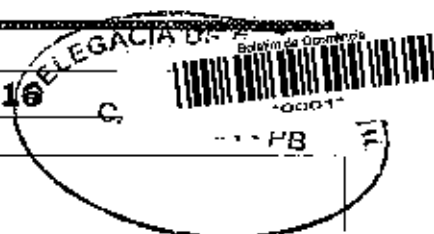


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAAPORÃ
Rua Augusto Correia Veloso, 56 - Centro CEP 58.326-000 Tel/Fax: (83) 3286 1402



tBOLETIM DE Ocorrência nº 2471/2016



Versando sobre: Acidente Automobilístico

Data do ocorrido: 14 de Janeiro de 2016

Hora e data que a Delegacia tomou conhecimento: 12h10min, do dia 14 de Abril de 2016.

Local do ocorrido: Caaporã - PB

COMUNICANTE:

Nome: Elenilson Eduardo de Oliveira

Nacionalidade: brasileiro

Naturalidade: Golana/PE

Estado civil: solteiro

Idade: 29 ANOS

Data de nascimento: 18/08/1986

Profissão: Aux. Administrativo

RG: 3000281 SDS/PB

CPF: 071.130.174-36

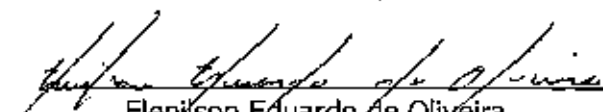
Filiação: Eduardo Severino Neto e de Lindalva Marina de Oliveira


Endereço: R- das Margaridas, n.º 78, Mangabeira, Caaporã/PB

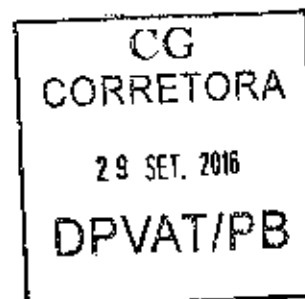
Telefone: (83) 993862245

Ponto de Referência:

HISTORICO: Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica) declarou QUE: No dia 14/01/2016, por volta das 20:30hs, conduzia uma moto Honda Biz de cor Rosa de placa-PEP-6202-PE, ano 2012/2013, CHASSI-9C2J4820DR023212, de propriedade do Sr. Gizelio Cosmo Rufino da Silva, sentido Destilaria TABÚ Bairro Piquete, Pb-044, neste Município, quando colidio em uma pedra, caindo ao solo sofrendo traumas na cabeça e no ombro, conforme documentos em anexo. Requer registro de ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao Órgão Competente.


Elenilson Eduardo de Oliveira
COMUNICANTE


Hegerson Melo de Azevedo
Apc. Mat. 106.813-0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Elenilson Eduardo de Oliveira
portador da carteira de identidade nº 3000281 e inscrito no
CPF nº 071.130.174-36, residente e domiciliado na
Rua Projetado Sine Mangabeira - 58326-000
Cidade Caipora

Estado PB, 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 da 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 Impugnação, caso discorde do seu conteúdo.

X Elenilson Eduardo de Oliveira
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Caipora/PB - 25/05/2016
Local e data





(ATO)

AGRO INDUSTRIAL TABU S.A.
DESTILARIA TABU

ASSISTÊNCIA MÉDICA/SOCIAL
GUIA: TRÂNSITO- AMBULÂNCIA

DATA	SAÍDA	HORA	CHEGADA	SAÍDA	CHEGADA	QUILOMETRAGEM	RODADA
14/01/16	21:02	03:50	34:192	34:556			

AO HOSPITAL: *Hosp. Tabu* LOCAL: *Toda Pessoa*

NOME DO PACIENTE: *Roberto Eduardo* IDADE: *11* SEXO: *M*

MATRÍCULA: *100000000* FUNÇÃO: *Ass. Técnica* SEÇÃO:

DEPENDENTE: *0 Mãe* PARENTESCO: *Mãe*

ENDEREÇO:

NATUREZA DO SERVIÇO:

ACIDENTE DE TRABALHO:

ACOMP. ACIDENTE TRABALHO:

DOENÇA/EMPREGADO:

ACIDENTE COM DEPENDENTE:

DOENÇA DE DEPENDENTE:

PARTURIENTE:

OUTROS:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVAÇÕES:

Acidente no Colaboreador colado a máquina de trator da usina, causou o ferimento grave da perna esquerda acompanh. Foe de Raul Almeida Costa

DATA	MOTORISTA	AUTORIZAÇÃO
14/01/16	<i>Raul Almeida Costa</i>	<i>[Assinatura]</i>

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

[Assinatura]
Diretor Geral
União Nacional
1990-1994



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elenilson Eduardo de Oliveira

RG nº 3000291, data de expedição 07/09/2002
Órgão SSP/PB, CPF nº 071.130.174-36, 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
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Rua Projetada</u>
Número	<u>5159</u>
Aptº / Complemento	<u>"</u>
Bairro	<u>Mangabeira</u>
Cidade	<u>Caapona</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58326-000</u>
Telefone de contato	<u>83 99628.3967</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caapona / PB, 23/05/2016

Elenilson Eduardo de Oliveira
Assinatura do Declarante



LUCINEIDE MARIA DA SILVA
RUA PROJETA DA SILVA, 11 - MANGABEIRA
CAAPORA / PB CEP: 58328-000 (AG-18)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRACADA MONOFÁSICA
Roteiro: 1 - 18 - 20 - 3100
Nº medidor: 00009341933

Referência: Jan/2016
Emissão: 05/01/2016

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 200, Km 25 - Cuiabá - João Pessoa / PB - CEP 58071-890
CNPJ 08.065.182/0001-40 Insc. Est. 16.016.829-0

Nota Fiscal/Contrato Energia Elétrica Nº 000.043.124
Código para Consulta Autônoma: 0001080544

Atendimento ao Cliente: 0800-083-0196 Acesso: www.energisa.com.br

1366 d0c8 1056 e4d11 1508 e2f4 B3a3 31e8

Conta referente a: **UG (Unidade Consumidora) 5/1100054-4**

Jan/2016

Canal de contato

Apresentação

Tarifa Sujeita de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.
Não deve ser paga. Torna-se obrigatória a partir de 01/01/2016.

06/01/2016

Data prevista da próxima leitura

02/02/2016

CPF/CNPJ/RAN

70786667400

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Data	Leitura	Data	Leitura	Consumo	Dias
------	---------	------	---------	---------	------

Data	Leitura	Data	Leitura	Consumo	Dias
------	---------	------	---------	---------	------

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 31/12/2015 PAGAS
OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

Histórico de consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Dez/15	30
Nov/15	30
Out/15	30
Set/15	30
Ago/15	118
Jul/15	118
Jun/15	118
Mai/15	334
Abr/15	121
Mar/15	124
Fev/15	120
Jan/15	128

Média dos últimos meses
89 kWh

VENCIMENTO

12/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 6,30

Indicadores de Qualidade 2015 - Companhia

Limites da ANEEL

Apurado

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Limite de Tensão (V)

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

Composição do Valor da Conta

ATENÇÃO

Sua unidade foi instalada como BARRACADA MONOFÁSICA.

Cabe ao medidor, com visto embaixo dele.

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

Para mais informações consulte o site: www.energisa.com.br

83880000000-9 08300054000-3 11000542016-8 01800180019-8





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gizelio Carlos Rufino da Silva
RG nº 06119143512 data de expedição 17/07/2015 Órgão Detran/PE
portador do CPF nº 07034119422, com Domicílio na
cidade de ITAQUILINA, no Estado de Pernambuco, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Machado
nº 192, complemento, _____, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Elenilson Eduardo de Oliveira
cujo o condutor era Elenilson Eduardo de Oliveira.

Veículo: HONDA/BI2 125 ES
Ano: 2012
Modelo: 2013
Placa: PEP 6202
Chassi: 9C2JC4820PB023212
Data do acidente: 14/01/2016

Local e data: Goiana 28/04/2016

X Gizelio Carlos Rufino da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Elenilson Eduardo de Oliveira
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA
RUA DR. MANOEL BOHRA, Nº 83, CENTRO - GOIANA / PE - CEP: 55.900-000
TEL: (011) 3536-0518 - OUTROS: 3536-0518/3536-0519 - CNPJ: 11.483.606/0001-99

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: GIZELIO CARLOS RUFINO DA
SILVA, dou fe. Goiana/PE 28/04/2016 09:06:35 Emol:3,26; TSNR:0,73;
PERC:0,37; TOTAL: 4,36. OF:110 Selo digital nº
0073585.YMM04201601.00197.
TORNAR TABELADO Consulte autenticidade em
www.tpe.jus.br/selodigital



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA
RUA DR. MANOEL BOHRA, Nº 83, CENTRO - GOIANA / PE - CEP: 55.900-000
TEL: (011) 3536-0518 - OUTROS: 3536-0518/3536-0519 - CNPJ: 11.483.606/0001-99

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: ELENILSON EDUARDO DE
OLIVEIRA, dou fe. Goiana/PE 28/04/2016 09:06:35 Emol:3,26;
TSNR:0,73; PERC:0,37; TOTAL: 4,36. OF:110 Selo digital nº
0073585.YMM04201601.00198.
TORNAR TABELADO Consulte autenticidade em
www.tpe.jus.br/selodigital



CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR ELYBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ELENILSON EDILARDO DE OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO	18/08/86
NOME DA MÃE	LINDALVA MARINA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	893.469
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	14/01/16
HORA DO ATENDIMENTO	22:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	TCE
CID 10	V 29 + S 06

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ENCAMINHADO POR SERVIÇO DE SAÚDE DE CAAPORÁ, ALCOOLIZADO (SIC), COM FERIMENTO CORTICOCONTUSO EM COURO CABELUDO + ABRASÕES EM OMBRO ESQUERDO + CONFUSÃO MENTAL. GLASGOW 11 (2 + 4 + 5).

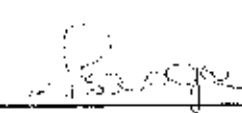
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO- RELATO NCR- SEM HEMATOMA E COM MUITO ARTEFATO.
TC DE CRÂNIO- CONTROLE- NDN

TRATAMENTO

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO NCR + SUTURA DO FCC + MEDICAÇÃO

ALTA HOSPITALAR:	15/01/2016
DATA DA EMISSÃO:	27/01/2016


Drª. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: OMI, NSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.900




CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

071.130.174-36

ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA

18/08/1986



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL

3000281-3

07 ABR 2012

ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA

Eduardo Severino Neto
Lindalva Marina de Oliveira
Golana-PE

18.08.1986

Cert.Nasc.24527.Pls.261V9.Oliv.A-22

Cart.Golana-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIFIC. (RG, EMISSOR, UF)
3000281 SEP PE

CPF
071.130.174-36

DATA NASCIMENTO
18/08/1986

FUNÇÃO
EDUARDO SEVERINO NETO

LINDALVA MARINA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

REGISTRO
0552494109

VALIDADEZ
08/03/2017

EXPIRAÇÃO
17/09/2012

USUÁRIO
Exerce Ativ. Remunerada

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
GOLANA - PE

DATA EMISSÃO
20/09/2013

CPF
05527215483

PE055621970

07
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PE



CC
CORRETORA
29 SET. 2015
DPVAT/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - PE Nº **011970685284**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 500611386 ***** 2015

GIZELIO COSMO RUFINO DA SILVA

ITAQUITINGA-PE

070.341.194-22 PEP6202

***** 9C2JC4820DR023212

PAS MOTONETA ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 E3 2012-2013

2P/124CL PARTIC ROSA

1	IPVA 2015 QUITADO	1º	*****
P		2º	*****
V		3º	*****
A	1 *****		

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

Carlos Eduardo Bocas Amorim

ITAQUITINGA-PE 29/05/15

Carlos Eduardo Bocas Amorim Casa Nova
MOTORISTA REGISTRADO DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIAGEM, RECREIO OU POR SUA CARGA, APESAR DA
TRANSFERÊNCIA DO QUINTO SEGURO DPVAT

PE Nº **011970685284** POLÍCIA DE SEGURO DPVAT

GIZELIO COSMO RUFINO DA SILVA

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

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

ITAQUITINGA-PE 2015 29/05/15

1 070.341.194-22 PEP6202

500611386 HONDA/BIZ 125 E3

2012 99 9C2JC4820DR023212

PRÊMIO TARIFÁRIO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

100% - APOSLAR O DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
PARA NÃO SE DESEMPENHAR

5102-433
FEV-2015

mbm

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE - DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Elenilson Eduardo de Oliveira
 DATA DO ACIDENTE 29/05/2016 CPF DA VITIMA 071.130.174-36
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA E
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Projeta
 Nº Sine COMPLEMENTO _____ BAIRRO Mangabeira
 CIDADE Caapora UF PB CEP 58320-000
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE DO PELA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO MÉDICO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMC, DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DE LAUDO DO IMC (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE.

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEMPENHO DE ATIVIDADE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS (HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS)
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMACIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 15.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 1555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE


DATA 29/05/2016
 CPF 071.130.174-36
 ASSINATURA Elenilson Eduardo de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

DATA 29 SET 2016
 NONE
 ASSINATURA CG CORRETORA

DPVAT/PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1090537/16
Vítima: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA
CPF: 071.130.174-36

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/01/2016
Titular do CPF: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA : 071.130.174-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

Portador da documentação entregue

Data: 29/09/2016
Nome: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 071.130.174-36

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 29/09/2016
Nome: Adriana Cirne Aragao
CPF: 885.178.454-04

ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA

Adriana Cirne Aragao

