



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 inicio 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,



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 inicio 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 inicio 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, Eduardo de OliveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 30.002.93EXPEDIDO POR SSP/PBEM 07/04/2008

CPF 091.113.017-436 /CNPJ 00000000-0000-000, PROFISSÃO Administrativo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Eduardo de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASO PRESTADAS. Eduardo de Oliveira

(*) A Circular Susep 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 aparecem 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica 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 (TÓPICOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 N° da AGENCIA (com dígito, se existir) 1269-9 N° da CONTA (com dígito, se existir) 17.191-3

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

Nº do BANCO _____ N° da AGENCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Caaporé/PB 25 de Maio de 2016
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.000,00 em caso de morte (valor que será pago aos/legítimos 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 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 0800-0721204.

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB



Ourocard

International

4001 7860 7240 9130

0979

ELCILSON OLIVEIRA

1262-9

17.191-3

VISA

ELECTRON

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB



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



BOLETIM 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: Goiana/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:

HISTÓRICO: 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 colidiu 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

Hégeson 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 é inscrito no
CPF nº 071.130.174-36, residente e domiciliado na
Rua Projetação 31 ne Mangabeira - 59326-000
Cidade Caapora,
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 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 future avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Caapora/PB - 25/05/2016

Local e data

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB



ATO

AGRO INDUSTRIAL TABU S.A.
DESTILARIA TABUASSISTÊNCIA MÉDICA/SOCIAL
GUIA-TRÂNSITO-AMBULÂNCIA

DATA	HORA	QUILOMETRAGEM			
		SAINTE	CHEGADA	SAÍDA	CHEGADA
14/01/16	21:02	03:50	34.190	34.556	

AO HOSPITAL: *Belém* LOCAL: *036 - Picos*

NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO
<i>Alencarino Estevão</i>		<i>M</i>
MATRÍCULA:	FUNÇÃO:	SEÇÃO:
	<i>Alm. Trag. fuga.</i>	
DEPENDENTE:		PARENTESCO:
<i>O MUNDO</i>		

ENDERECO:

NATUREZA DO SERVIÇO:

ACIDENTE DE TRABALHO:

ACOMP. ACIDENTE TRABALHO:

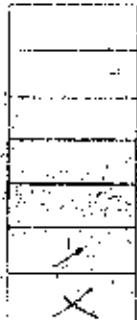
DOENÇA/EMPREGADO:

ACIDENTE COM DEPENDENTE:

DOENÇA DE DEPENDENTE:

PARTURIENTE:

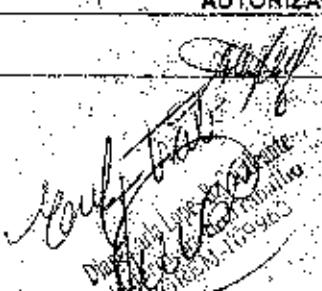
OUTROS:



OBSERVAÇÕES:

*Locação ao Colaborador cida de aeroporto
de Belém de maneira ontem foi o anel de
grau de Belém. Acima de São José Belém*

DATA	MOTORISTA	AUTORIZAÇÃO
14/01/16	<i>RJ</i>	<i>CG</i>





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elenilson Eduardo de Oliveira,

RG nº 30.002.91, data de expedição 07/09/2002,

Órgão SSP/PB, CPF nº 071.130.174-36, venho perante a este instrumento declarar que não posso 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/Praca)	<u>Rua Projetada</u>
Número	<u>3109</u>
Aptº / Complemento	<u>***</u>
Bairro	<u>Mangabeira</u>
Cidade	<u>Caapóia</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: Caapóia / 16/03/2016

Elenilson Eduardo de Oliveira
Assinatura do Declarante



LUCINEIDE MARIA DA SILVA
RUA PROJETADA 539 - MANGABEIRA
CAIAPORÁ / PB CEP: 58328001 (AG. 18)

ENERGIA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
B120, km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
LNU09 005 182/0001-40 - Ins. E4 16016.823-0

Classificada RESIDENCIAL / BAHIA REINDA MONOFASICO
Rodovia 1 - 18 - 20 - 3100
Referência Jan/2016
Nº medidor 0000941993 - Emissor 05/01/2016

Info Fazal/Controle Entrega Elétrica N2000043.124
Código para Dívida Ativa/Debito: 00910800044

Atendimento ao Cliente: **ENERGIA 0800-083-0196** - Acesse www.energia.com.br

1996 0068 1056 4401 1608 2014 83a3 3168

Conta referente a:

UC (Unidade Consumidora) - 5/1100054-4

Jan / 2016

Canal de contato:

Área Sul da Energia Elétrica - TEE foi criada pela Lei
Nº 10.458, de 28 de abril de 2002.
Nº 10.458, de 28 de abril de 2002. Tudo o que é devedor é cumprido.

Apresentação:

05/01/2016

Data prevista da
próxima leitura:

02/02/2016

CPF/CNPJ/RAM:

70738087400

Faturamento 2015/2016

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 31/12/2016 PAGAS
- OBRIGADO!

Histórico de consumo
(kWh)

Dez/15 30
Nov/15 30
Out/15 30
Set/15 30
Ago/15 118
Jul/15 118
Jun/15 118
May/15 130
Apr/15 121
Mar/15 124
Feb/15 130
Jan/15 128

Média dos últimos meses
88 kWh

Calculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
DIA - Leitura	DIA - Leitura			
03/12/15 - 1454	04/01/16 - 1464		30	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Outro de Disponibilizac.	30	0,14468	4,33
Adm. B. Vermelha			0,41
Stabiliz.			0,00

ADOSTOS E ENLIGADOS

ICMS (99710)	0,21
PS	0,07
OPRIB	0,00
JUROS DE MORA 11/2015	0,01
JUROS DE MORA 12/2015	0,10
MULTA 11/2015	0,12
MULTA 12/2015	0,04

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2015	0,00
-------------------------------	------

Divulgação Guia do

Consumo	0,00
---------	------

VENCIMENTO

12/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 6,30

Composição do valor a pagar:

Descrição	Valor	%
Envio de DSI de Energia PB	4,84	30,16
Comprende Energia	7,42	48,21
Envio de Transmissão	0,36	2,34
Energia Sótilic	1,47	9,66
Impostos Diretos e Indiretos	1,48	9,48
Outros Serviços	0,04	0,26
Total	16,30	100,00

Vale do Enviando Usado Serviço de Dívida

Ref 10/2016 (R\$ 2,20)

ATENÇÃO

Sua unidade foi registrada como Bahia Flora, tendo Largura de 0,90 m
Casa do medidor com 1000 m² em área útil.

Enunciado privativo da Fazenda - Art. 67 da Res. 414 - ANEEL

01207-09-0

PARABÉ

VENCIMENTO

12/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 6,30

Rotelro: 1 - 18 - 20 - 3100

Matrícula: 1100054-2016-01-B

836800000000-9 08300054000-3 11000542016-8 01600180019-8



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gizelio Lemos Rufino da Silva

RG nº 061.191.435.12 data de expedição 17/07/2015 Órgão Detran/PE, portador do CPF nº 070.341.194.22, com Domicílio na cidade de Ita Guilenga, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) 1222 Leme, 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 / BIZ 125 FS

Ano: 2012

Modelo: 2013

Placa: PEP 6202

Chassi: 9C2JC4820DR023272

Data do acidente: 14/01/2016

Local e data: Goiânia 28/04/2016

X Gizelio Lemos 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 GOIÂNIA

RUA DR. MÁRCIO BORBA, nº 83, CENTRO - GOIÂNIA / PE - CEP: 56.900-000

TEL: (87) 3636-0518 - E-MAIL: autodenotarizado@outlook.com - CNPJ: 11.489.466/0001-59

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: GIZELIO LEMOS RUFINO DA SILVA, doc. f.º: Goiânia/PE 28/04/2016 09:06:35 Eml: 3/26; ISNR: 0,73; FERC: 0,32; TOTAL: 4,36. Selo digital nº 0073585.TMNR4201601.00177. CARLOS G. DE TORRES TABELIAO Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seledigital



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIÂNIA

RUA DR. MÁRCIO BORBA, nº 83, CENTRO - GOIÂNIA / PE - CEP: 56.900-000

TEL: (87) 3636-0518 - E-MAIL: autodenotarizado@outlook.com - CNPJ: 11.489.466/0001-59

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA, doc. f.º: Goiânia/PE 28/04/2016 09:06:35 Eml: 3/26; ISNR: 0,73; FERC: 0,32; TOTAL: 4,36. Selo digital nº 0073585.TMNR4201601.00198. CARLOS G. DE TORRES TABELIAO Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seledigital



CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAJANO SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

DADOS EXTRAIOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	893.469
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
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 MOTOCICLÍSTICO, ENCAMINHADO POR SERVIÇO DE SAÚDE DE CAAPORÁ, ALCOOLIZADO (S/C), COM FERIMENTO CORIOCONTUSO 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 CCM MUITO ARTEFATO.

TC DE CRÂNIO- CONTROLE- NDN

TRATAMENTO

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO NCR + SUTURA DO FCC + MEDICAÇÃO

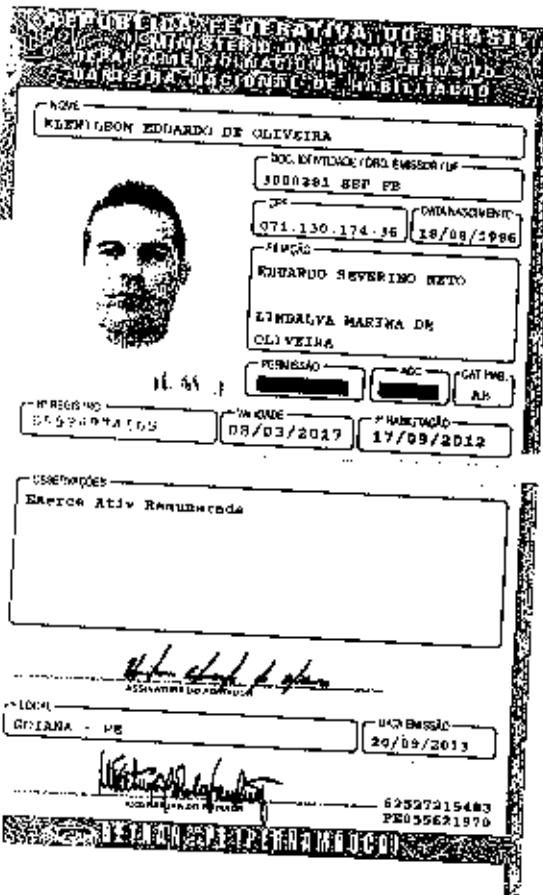
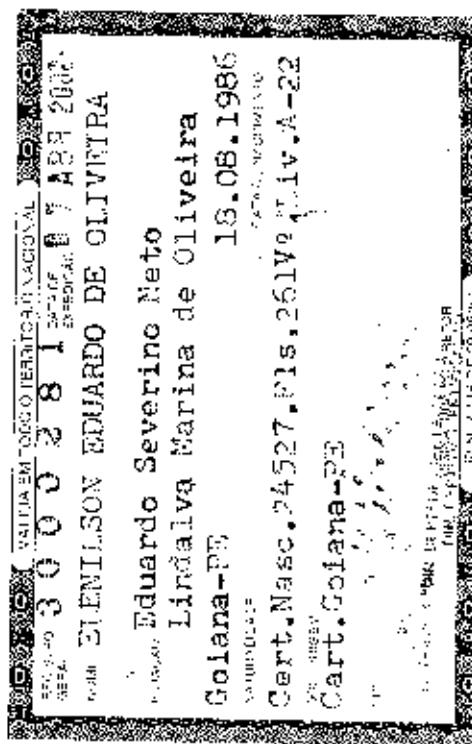
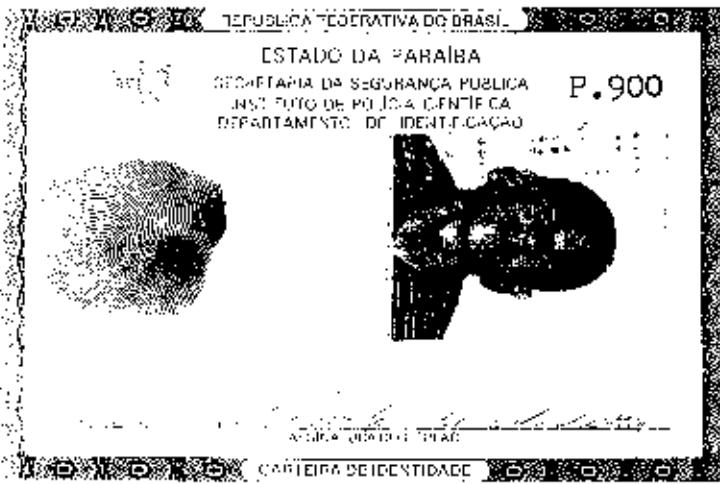
ALTA HOSPITALAR 15/01/2016

DATA DA EMISSÃO: 27/01/2016

Drº. Joacila Braga Brandão

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para OMI, NSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MUNISTÉRIOS, TECNÁCIOS, DIRETORES, CUSTOS, CUSTEADORES DE TRATAMENTO.

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB





זט – זט

CORRECTORA

DRAFT/0

29 SEI, 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN FF		Nº 011970685284
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS		
VENCIMENTO DE PAGAMENTO DE impostos - PRATIC - PESSOAL		
1	500611386	***** 2015

GIZELIO COSMO RUFINO DA SILVA

ITACUITINGA - RJ

070-341-194-22 PEP5202

PAS MOTONETAS		ELCO/GASOL
MOTOR: MOTO 125		ANIO: 2012 - 2013
HONDA/BIZ 125 E3		2012 - 2013
2P/124CL		PARTIC
		ROSA
IEVA 2015 QUITADO		*****
P	IEVA 2015 QUITADO	*****
V	IEVA 2015 QUITADO	*****
A	IEVA 2015 QUITADO	*****

SEGUNDO PAGO

3EM RESERVA

中學各科教學法

Carlos Eduardo Pocas Amorim Casa No.
1675/2000 P-00042000-1 DEPEN/DF

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS DURANTE O SEGURO DE VIAGEM.

EE 92 011970585284 2017-01-26 21:40:07 907

SIMEON COSMO RUEFINO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguro.com.br
516 DPVAT 0650 022 1294

ITACUATINGA-PE 2015 20/05/15

670-341-194-22	PEP6202
500611386	HONDA/BIZ 125 ES
2012 09	9C2JC4B20DR023212

• 1976 年 6 月 10 日《人民日报》第 1 版

卷之三十一 七言律詩 214

ESTAQUE E GUARDE O BILHETE DEPART
EIXADA E DE VOLTA ARREBATADA

FEB-2005



0029

SEGURO DAMS - PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE - DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Elenilson Edimundo de Oliveira
 DATA DO ACIDENTE 19/01/2016 CPF DA VÍTIMA 091.130.174-36

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL (CÔU PARANTE) DO COM
A VÍTIMA

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Projeta

Nº Sine Complemento BAIRRO Mangabeira
 LOCALIZAÇÃO Caapora UF PB CEP 57326-000

E-MAIL _____ TELEFONE _____

MARQUE OS PÁGINAS DE DOCUMENTO ENTREGUE

Declaração do Proprietário

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL)
- LAUDO DE MÉDICO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- TRA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS FADOS BANCÁRIOS, TANCS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

contas bancárias

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PATRIMÔNIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL)
- TRA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS FONDES DIFERENAS DA CORRÊNCIA DO ACIDENTE, P. E. O. TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL)
- DOCUMENTOS PROVATIVOS (ORIGINAIS) DAS DESpesAS MÉDICAS (OSPITALAR, CURTAS)
- DESPESAS FISCAIS (URGÊNCIAS E EXPEDIÇÕES) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITADO MÉDICO (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS FADOS BANCÁRIOS, TANCS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SÍMPLA E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PATRIMÔNIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTAL - R\$ 15.000,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 33.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABUCA DE SEGURO PRÉVISTA 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, PODERÁ SER SOBREITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO.
- PARA ACORRER A O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MBMOPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 1555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/05/2016CPF 091.130.174-36ASSINATURA Flávia de Queiroz

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURODORA

DATA

NOME

ASSINATURA

CORRETORA

DATA 29 SET 2016

DR. VAI/PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

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 médica-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

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 29/09/2016

Nome: ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 071.130.174-36

Data: 29/09/2016

Nome: Adriana Cirne Aragão
CPF: 865.178.454-04

ELENILSON EDUARDO DE OLIVEIRA

Adriana Cirne Aragão

