

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2016

Carta nº: 9313694

A/C: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

Sinistro: 3160379331 ASL-0925372/16
Vitima: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS
Data Acidente: 20/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2016

Carta nº: 9313695

A/C: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

Sinistro: 3160379331 ASL-0925372/16
Vitima: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS
Data Acidente: 20/02/2016
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 COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2017

Carta nº 10287491

a/c: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

Sinistro: 3160379331 ASL-0925372/16
Vitima: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS
Data Acidente: 20/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA PATOS-PB
1ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA SOUSA-PB
2ª DELEGACIA DISTRITAL DE POMBAL-PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 154/2016



Natureza da ocorrência: Acidente de Trânsito.

Data e Hora do Fato: 20/02/2016, Às 15h.00min.

Data e hora da comunicação: 22/03/2016, às 09h.54min.

Local do Ocorrido: Sítio Santo Amaro, Município de São Domingos – PB.

Do comunicante/Vítima: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS, brasileiro, natural de Pombal – PB, solteiro, nascido em 24/03/1986, agricultor, alfabetizado, RG. nº. 3806584-SSP-PB, CPF, 107.715.714-29, filho de José Felizardo dos Santos e de Josefa Eugenia de Sousa Santos, residente no Sítio Santo Amaro, Município de São Domingos – PB.

Testemunhas:

- 1 – Gessení Rodrigues de Sousa, residente na rua Domingos de Medeiros, s/n, Conjunto Francisco Paulino, nesta cidade.
- 2 – Temistocles Henrique de Sousa neto, residente no Sítio Santo Amaro, Município de São Domingos – PB.

Narração do fato: Notícia a vítima que na data, horário e local supra mencionado, saiu da cidade de Pombal – PB, com destino a sua residência no endereço supra mencionado, conduzindo a Motocicleta Honda/CG 150 Titan KS, Placa MON-5316/PB, Cor Preta, Ano 2008, Chassi nº. 9C2KC08108R235371, licenciada em nome de José Willame de Sousa Santos, de propriedade da vítima, que no endereço supra mencionado, a vítima perdeu sua mão de direção, chegando a cair ao solo, que a vítima foi socorrida para o Hospital Regional de Pombal – PB, onde teve fratura no braço esquerdo.

Pombal - PB, 22/03/2016.

Comunicante/Vítima: Ediglei de Sousa Santos

Testemunha: Gessení Rodrigues de Souza

Testemunha: Temistocles Henrique de Sousa

Escrivão:

DAUSDETE GUILHERME DA SILVA

Escrivão de Polícia

Nº 070.045-1

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

TIT. JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sub. ANDRÉ LIEZELIAS DE QUEIROGA

A presente fotocópia, confira com a original expedida nos autos. Dou fé
POMBAL-Paraíba, 11/05/2016.

Selo Digital de Autenticação: Tipo [Normal] C-ADG39307-MPCF
Confira os dados do ato em <http://portal.digital.pb.gov.br>
[EM 8.70][FA 1.13][FE 0.48][SS 0.48][TT 2.27]



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

27-MAR-2016 16:47 131227 1/1

27-MAR-2016 16:47 131227 1/1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, EDIGLEI DE SOUSA SANTOS, portador da carteira de identidade nº 3.806.584 e inscrito no CPF/MF sob o nº 107.715.714-29, residente e domiciliado na RUA ZONA RURAL SETO SANTO AMARO, Cidade SÃO DOMINGOS, Estado PARAIBA, 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 aforização do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ediglei de Sousa Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

POMBAL - PB, 18 DE MAIO DE 2016

Local e data

27-MG-2016 1647 131225 1/1

533000001 LIDER DPVAT 5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

RG nº 3.806.584, data de expedição 30/10/2009 Órgão SSP-PB

CPF nº 102.715.714-29, 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/Praça)	<u>SÍTIO SANTO AMARO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>SÃO DOMINGOS</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58853-000</u>
Telefone de Contato	<u>99843-8790</u>
E-mail	<u>bergner@yaho.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL-PB, 18 DE MARÇO DE 2016.

Assinatura do Declarante: Ediglei de Sousa Santos

22-MAR-2016 18:46 131220 1/1

5 2002 0001 00000005

MARCONES QUEIROGA DE MOURA
SIT ALTO VERMELHO, 718 REMÍSTO AMARILHO, 2111-000
SÃO DOMINGOS DE MINAS, 38.900-000 (M.G.)

Desseguir e RESIDENCIAL RESIDENCIAL ADEQUADA CO. RISCO, 1430
Roteiro: 229-58-1430 Referência: Abr/2016
Nº de cadastro: CEC06213413 Emissão: 16/04/2016

GRUPO PARANÁ DISTRIBUIDORA ENERGIA S.A.
CNPJ: 08.046.189/0001-46 Ins. Est: 19.045.623-0

Via Fisco/Conta de Energia Elétrica nº 000.605.541
Código para Dúvidas Atendimento: 04007774628

Atendimento ao Cliente: **0800 083 0196** Acesso: www.eenergisa.com.br

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora): 5/777152-0**

Abr/2016

Canal de contato

Apresentação

14/04/2016

Data prevista da próxima leitura

16/05/2016

CPF/CNPJ/RAN

1711907166

Faturas em Atraso

Data	Letra	Data	Letra
18/04/16	0210	24/04/16	0311

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	95	0,41817	39,86
Adic. B. Amarela			0,72
ICMS			13,79
PIS			0,31
COFINS			1,43
LAVAGEM POR EMPRANHOS			
CUSTO DE EMISSÃO DE FATURAMENTO			2,50
IMPRES. MEMORIA ANUAL			0,70
MULTA 180216			1,20
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/16			0,00

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16	96
Fev/16	81
Jan/16	80
Dez/15	79
Nov/15	82
Out/15	87
Set/15	81
Ago/15	85
Jul/15	79
Jun/15	81
Mai/15	77
Abr/15	82

Média dos últimos meses:
84 kWh

	BASE DE FATURAMENTO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	68,12	20,00	13,62
PIS	68,12	0,6500	0,44
COFINS	68,12	2,0100	1,37

VENCIMENTO: 22/04/2016
TOTAL A PAGAR: R\$ 59,18

b61c.a2d1.830c.9b81.365c.7b86.549d.dd4e.

Indicadores de Qualidade 2013-2014

Limites de ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
D. CENSA	1,60	3,02	Serviço de Emergência	4,80	24,72
D. CENSA	28,18	3,02	Serviço de Emergência	19,18	32,61
D. CENSA	48,30	3,02	Serviço de Emergência	1,15	1,94
D. CENSA	15,84	3,02	Serviço de Emergência	4,24	7,64
D. CENSA	31,28	3,02	Serviço de Emergência	17,06	28,79
D. CENSA	6,26	3,02	Serviço de Emergência	2,50	4,56
D. CENSA	10,80	3,02	Serviço de Emergência		
Total				69,18	100,00

Valor do ELSD (R\$) 2/2016: R\$ 20,21

ATENÇÃO

AVISO: Parâmetros em atraso por DEBITOS em atraso. A responsabilidade pelo pagamento das faturas é do consumidor. O não pagamento das faturas pode acarretar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve pagar as faturas em tempo hábil para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Fatura

Folha: 0 - 265 - 561 - 1440
Módulo: 77752 2016-04-16

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

22/04/2016

R\$ 59,18

63690000000-8 59180054000-5 67771522016-4 04602330019-0

27-04-2016 16:16 131221 14

5
SUSPENSÃO DE FOLHA 16/04/2016

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, JOSE WILLAME DE SOUSA SANTOS

RG nº 2782175-2 ^{VIA}, data de expedição 14/04/11,

Órgão SSDS, portador do CPF nº 04413329430, com

domicílio na cidade de SÃO DOMINGOS, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO SANTO AMARO, nº _____,

complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima EDIGLEI DE SOUSA SANTOS, cujo o condutor era

EDIGLEI DE SOUSA SANTOS.

Veículo: HONDA MOTOCICLETA

Modelo: HONDA 150 TITAN KS

Ano: 2008

Placa: MON 5316/PB

Chassi: 9C2KC08108R235371

Data do Acidente: 20/02/2016

Local e Data: Pombal, 22 de março de 2016



Jose Willame de Sousa Santos
Assinatura do Declarante

Ediglei de Sousa Santos

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
MOL: JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sub.: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Escritório (FOR ASSINATURA) e firma de: JOSE WILLAME DE SOUSA SANTOS
Em _____, testamento _____, verdade. Dou
se POMBAL-Paraíba, _____, a um de março de dois mil e dezesseis
SP10252 Sala Digital de Registro do Tipo Normal B-ADD10254-S-111
Cópia de dados do não em linha/registro do tipo B-111
ESROLLM R\$ 7,75 FARPEN R\$ 0,23 FEPJ R\$ 0,30
VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

Cartório Avelino Assis de Queiroga
CNPJ: 08.309.006/0001-68
Serviços Notarial e Registrais
Telefone: (83) 3431-3065 - Pombal-PB

27-MAR-2016 10:46 131212 14

SECRETARIA DE DEF. JUR.



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL

☒ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

LEITO: 101 10215

ENFERMARIA: _____

PACIENTE: _____

NOME: _____

SINAIS VITAIS:

PA: 90x60mmHg SPO: 98% FC: 107 bpm R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: Tralacac

MEDICAÇÃO EM USO: Diclofenaco e cefalexima

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ASS. DO(A) ENFERMEIRO(A) - CARIMBO

Laryssa Ramos

Enfermeira

COREN-PR

27-MAY-2016 16:46 13:223 14

SECRETARIA / INFO IMPR

SUS



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.268/0004-03
 NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
 ENDEREÇO: RUA CEL. JOÃO LEITE
 CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Paciente: **EDIGLEI SOUSA SANTOS**
 Mãe: JOSEFA EUGENIA DE SOUSA SANTOS
 Nascimento: 24/03/1986 Idade: 29 Cor: PRETA Sexo: M
 Profissão: AGRICULTOR(A)
 Endereço: SITIO SANTO AMARO Num.:
 Bairro: ZONA RURAL Fone:
 Cidade: SAO DOMINGOS - PB - 58853-000 Identidade: 3.806.584
 CNS: 206-2956-2894-0003 Reg. Nasc.:
 CPF: Recepcionista: MARIA DA CONCEICAO
 Data / Hora: 24/02/2016 15:01:46 Ficha Número: 11971 8298
 Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA

SPO: _____ FC: _____ HGT: _____ GESTANTE: SIM() NAO() SEMANAS _____

PESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

22-02-2016 15:01:46

S. 00000000000000000000

☐ 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
 PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

☐ 1. PRESCRITA
☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	1	0	0	7	2
2 -										
3 -	2	2		5	2	7	0		9	9

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Cfm / Cns

DENIS ROCHA FORMIGA - 7054 - 111-1111-1111-1111

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

D. DENIS ROCHA FORMIGA
 Médico
 CRM-PP 7054

Santa Cecília
CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Edifício de soro Santa

Solente
Rx do Cotovelo E.

01/04/2016

Dr. Paulo Neide Melo Fraga
CRM 5374
CNS: 898090435552267

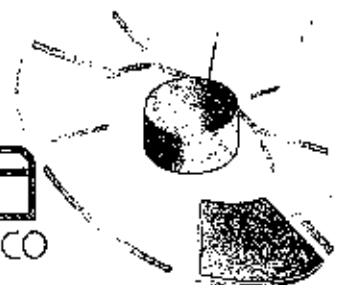
Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone: (83) 3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB

27-Mai-2016 18:46 131215 1/1

SEAL000000 LINEA 000000

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

Nº do Paciente: 1500040338

Data de Nascimento: 24/03/1986

Solicitante:

Data do Exame: 01/04/2016

Nº do Exame:

Procedência: Paciente Interno

Sexo: M

Convênio:

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO COTOVELO ESQUERDO AP/PERFIL

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Fratura.

TÉCNICA:

Incidências em AP e perfil.

RELATÓRIO:

Taia gessada.

Fratura impactada do colo do rádio com angulação posterior da diáfise radial.

Relações articulares mantidas.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Carla Fanchiotti Costa

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa | CRM 10231-ES através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1984-55 em Laudo Radiológico Criado em 01/04/2016 17:59:26 GMT -3 (Brasília Time)

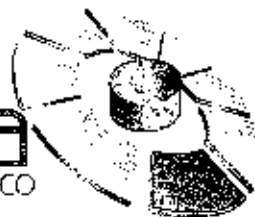
Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relatório se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

77-9811-2000 | 131216 1/1

5

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Atestado

Atesto para o Sr. Edilson
que Edigley de Sousa Santos
com Patologia CID 10 S52.1
com Cetocele Rígido em mão
Esquerda, seu condico de Trabalho
e nem de Ausência Percepção
do INSS.

05/12/2016

Dr. Paulo Weide Melo Fragoso
CRM 5374
NS: 80808943552467

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone: (83) 3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB

EDIGLEI DE SOUSA SANTOS
30S.M.1500040338

EDIGLEI DE SOUSA SANTOS
30S.M.1500040338

30/03/2016 13:55:13

C 475

CLINICA SANTA

cm

L

4118 CLINICA SANTA

30/03/2016 13:55:13

C 1584

3 cm

4103



REGISTRO
GERAL

3.806.584

DATA: 31/01/2009

NOME: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

FILHO: JOSÉ FELIZARDO DOS SANTOS
JOSEFA EUGENIA DE SOUSA SANTOS

MATRÍCULA:

POMBAL-PB

24/03/1986

NASC. N. 29472 PES. 289 LIV. A27

CARTÓRIO POMBAL-PB



Documentos de Identidade

40312



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

107.715.714-29

Nome

EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

Nascimento

24/03/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
5519.B3A1.E0A3.6092

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:07:18 do dia 31/01/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0925372/16
Vítima: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS
CPF: 107.715.714-29

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/02/2016
Titular do CPF: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDIGLEI DE SOUSA SANTOS : 107.715.714-29

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: 14/06/2016
Nome: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS
CPF/CNPJ: 107.715.714-29

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 14/06/2016
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

Patricia Aleixo Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-239




JOSE WILLAME DE SOUSA SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.782.175- 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 14/04/2011

COGNOME

JOSE WILLAME DE SOUSA SANTOS

PRENOMES

JOSE FELIZARDO DOS SANTOS

JOSEFA EUGENIA DE SOUSA SANTOS

NATURALIDADE

POMBAL-PB

DATA DE NASCIMENTO

08/05/1975

DIGITO ORDEM

CASAM N.8906 FLS.260V LIV.B24

CARTÓRIO POMBAL

044.133.294-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LE Nº 7.116 DE 29/08/62

27-MAR-2016 10:05 131214 2/1

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDIGLEI DE SOUSA SANTOSDATA DO ACIDENTE 20/02/16 CPF DA VÍTIMA 107.715.714-29PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDIGLEI DE SOUSA SANTOSQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____ENDEREÇO DO PORTADOR SIT RIO VAMPELHO / XENEMISTO AMARONº SIN COMPLEMENTO _____ BAIRRO ALTA RUINALCIDADE SÃO DOMINGOS DE POMBAL PB CEP 58853-000E-MAIL beragenero@yahoo.com.br TELEFONE (83) 3431-2489

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800-022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 19/05/2016

IDENTIDADE 3.806.584.5505/PB

ASSINATURA Ediglei de Sousa Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 19/05/16 MATR. CORREIOS 8478492

NOME ANNA ERABELLE LIMA DOS SANTOS

ASSINATURA Anna Erabelle Lima dos Santos

Atendente Correios

0725372/16
60#1#

REMETENTE / Sender		TELEFONE/Phone number	
Eduardo de Sousa Santos			
ENDEREÇO/Address			
Sítio do Vaqueiro / Xerem / São Amaro			
CEP/Zip	CIDADE/City	UF/State	PAÍS/Country
58853000	São Domingos	PE	BR



760200602

RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE
To recycle materials is to preserve the environment



DEVOLUÇÃO / Return		(CN15)
<input type="checkbox"/> Mudou-se (moved)	<input type="checkbox"/> Falecido (deceased)	
<input type="checkbox"/> Recusado (refused)	<input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente (insufficient address)	
<input type="checkbox"/> Desconhecido (unknown)	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado (no existing number)	
<input type="checkbox"/> Não procurado (not found)	<input type="checkbox"/> Outros (other)	
<input type="checkbox"/> Ausente (absent)		
Tentativas de entrega (Delivery attempt)		
1ª / 1st 2ª / 2nd 3ª / 3rd		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (information provided by the doorman or the condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / (reintegrated to postal service)		
Data / Date	Assinatura / Signature	

