



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





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 inicio 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





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
3^ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA PATOS-PB
19^ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA SOUSA-PB
2^ª DELEGACIA DISTRITAL DE POMBAL-PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 – Gesseni 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: Noticia 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 – PE, onde teve fratura no braço esquerdo.

Pombal - PB, 22/03/2016.

Comunicante/Vítima: Ediglei de Sousa Santos

Testemunha: Gesseni Rodrigues de Souza

Testemunha: Temistocles Henrique de Sousa Neto

Escritão:

DR. USSESTE GUILHERME DA SILVA

Delegado de Polícia

MAT. 070.045-4

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

TR. JOANA D'ARC FILHO DE QUEIROGA
SUB. ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA

A presente é fotocópia, conforme com o original expedido nessa data. Nota-se que o documento é original.
POMBAL - Paraíba, 11/03/2016.

Selo Digital de legalização: Tipo Digital C-ADG393D7-MFGF
Confira os dados do ato em <http://www.policiadigital.pb.gov.br>
(EM 8.7D)(FA.1.1)(FE 0.48)(IS 0.48)(IT 2.27)

2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMETOS
NOTAS E PROTESTO PONBAL-PB

André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

27-MAI-2016 16:47 131227 V1

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 Sítio SANTO AMARO Cidade SÃO DOMINGOS, Estado PARAÍBA, 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Ediglei de Sousa Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

27-NET-2016 16h47 131225 V2

POMBAL - PB, 18 DE MAIO DE 2016

Local e data

SEGURO DO PESSOAL DA ELETROBRAS



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

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

CPF nº 307.735.714-29, 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>SITIO 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>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58853-000</u>
Telefone de Contato	<u>99843-8790</u>
E-mail	<u>bergrevero@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Ediglei de Sousa Santos

MARCONDES QUEIROGA DE MOURA
SIT ALTO VERMELHO, 78000-0000
SAO DOMINGOS DE MAMULONGUEIRA - MG CEP: 31830-000

Dados da Conta: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL / MARCONDES CO. R\$36,447,00 Web Recibo - Inde Pessoal - CP 16/01/16
Retação: 0- 239- 58- 1480 Referência: Abr/2016 CNT: 38.096 (83/2001-46) Nro Est: 130-5-8230
Nº de Lote: CLE06219419 Emissor: MDE/01/16
Nota fiscal: Nota de Energia Elétrica MDE 065561-
Código para Baixar Automatizado: 0407774628

Atendimento ao Cliente: Belfasa 0800 083 0196 | Acessos: www.belfasa.com.br

Conta referente a: UC (Unidade Consumidor) 5777152-0

Abr / 2016

Canal de contato:

Apresentação

14/04/2016

Data prevista da
proxima leitura:

16/05/2016

CPF/CNPJ/RANI:

1711901-662

Faturas em atraso:

2016/04/15 61-00

2016/02/14 537-AB

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

2016/01/15 61-00

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, JOSE WILLAME DE SOUSA SANTOS,
RG nº 2782175-2º via, data de expedição 14/04/11,
Órgão SSDS, portador do CPF nº 04413329430, com
domicílio na cidade de SÃO DOMINGOS, no Estado de
PARAÍBA, 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 CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: MON 5846/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

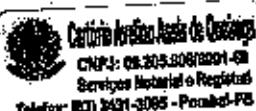
NºC: JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sobr: ANDRE LUIZ ELIAS DE QUEIROGA

Endereço (FOR AUTENTICAÇÃO) e filhos de: JOSE WILLAME DE SOUSA

ELIAS

Im testemunha Quiricel verdade. Dou
24 FORTALEZA-PB, assinar a mim de Mão de data até o dia desse
2016. Selo Digital de fiscalização tipo Normal B-ADD10554-SJU
20160258 Carga da cópia do ato em fita fiscalizada tipo Jus
EGRULLM RG: 7.75 FARPN RG: 0.21 FEPJ RG: 0.38

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



27-02-2016 10:46:13 31212 1/1

SECRETARIA 11028 INFAT



00067

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

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

 AZUL VERDE AMARELA LARANJA VERMELHALEITO: Wesley Dennis

ENFERMARIA:

PACIENTE:

NOME:

SINAIS VITAIS:

PA: 90x60 mmHg SPO: 98% FC: 107 bpm R: _____ HGT: _____
T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____QUEIXAS: Febre, calafriosMEDICAÇÃO EM USO: Diclofenaco e cefalexina

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

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

Laryssa Ramos
Enfermeira
ECREN-PR

27-NET-2016 16:56 131223-11

SERIE 9999 | TETO INFERIOR

SUS



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568 CNPJ: 06.778.268/0004-03
-NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
ENDERECO: RUA CEL. JOÃO LEITE
CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Paciente: EDIGLEI SOUSA SANTOS

Mae: JOSEFA EUGENIA DE SOUSA SANTOS

Nascimento: 24/03/1986 Idade: 29 Cor: PRETA

Sexo: M

Profissao: 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)

Dúvida de auto nitroto

Muitos norte clássico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Px do coluna

RESULTADOS

Nat do abdpm do norte

0.05 mg/dl
CPK 110 U/L
CPK PP 70 mg/dl

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

INSTRUÇÕES PARA O ATENDIMENTO

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO

- | | | |
|---|------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO | CARÁTER DO ATENDIMENTO | |
| <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA | | |
| <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA | | |
| <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO | | |
| <input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS | | |

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO							
	1. PRESCRITA	2. APlicada	OBSERVAÇÃO	OUTRO HOSPITAL	RESIDÉNCIA	ÓBITO	INTERNAÇÃO	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 / Crm / Crs

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

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Poligar Direito

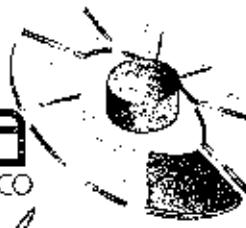
H. Lemos R. de Souza

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



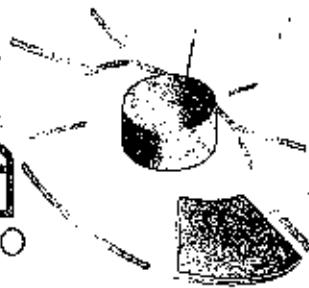
Edifício das Sereias - Centro

Sala 101
R. do Cetávelo, 5.

01/04/2016

Dr. Paulo Meide Melo Frangoski
CRM 5373
MS: 888000435552457

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



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:

Tala gessada.

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

Relações articulares mantidas.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

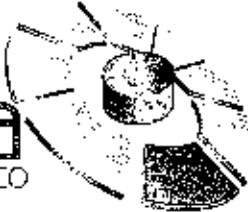
Carla Fanchiotti Costa

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa | CRM 10231-ES através de Teleaudo 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 do profissional mencionado acima. Ela é um auxílio 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/odontólogo do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relatório se coloca à disposição do médico/odontólogo para qualquer esclarecimento necessário.

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Ale, fruto

Ale, fruto para o Servidor FMS
Grau Ed. gley de Souza-Santos
Cicu Patolop CID 10 S52.1
Com Colôpelo Rígido em braço
Esquerdo, seu condicen de Trabalhar
e reumte de ouvidor, perciel
do INSS.

05/05/2016

Paulo Heide Melo Fraga
CRM 5374
MS: 200999435552467



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

EDIGLEI DE SOUZA SANTOS
30S.M.1500040338

EDIGLEI DE SOUZA SANTOS
30S.M.1500040338

CLINICA SANTA

30/03/2016 13:55:13

C. 4/4

L

4108 CLINICA SANTA

30/03/2016 13:55:13

C. 4/4

L

4108



EDUCACIÓN - FEDERACIÓN DE BRASIL

REGISTRO
GERAL 2.806.584

SPINET DE SOUSA SANTOS

JOSÉ FELIZARDO DOS SANTOS
JOSEFA EUGÉNIA DE SOUSA SANTOS

ANSWER

POMBAL - PB

LCN-784551 KASC-N-29472 278-289 7 JV-927

CARTÓRIO POMBAL-PB

卷之三

24/03/2020

三

2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

Procédure de déclassement



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
107.715.714-29

Nome
EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

Nascimento
24/03/1988

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)
digito verificador: 09**

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Portaria Lider dos
Arcos do Seguro DPVAT

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

Responsável pelo recebimento na seguradora

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

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

EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

Patricia Aleixo Silva



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
NÚMERO 2.782.175-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/04/2011

NOME: JOSÉ WILLAME DE SOUSA SANTOS
NOME: JOSÉ FELIZARDO DOS SANTOS
NOME: JOSEFA EUGENIA DE SOUSA SANTOS

NATURALIDADE: POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO: 08/05/1975
DOC. ORIGEM: CASAM N. 8906 FLS. 260V LIV. B24
CARTÓRIO POMBAL
044.133.294-30

Assinatura do Titular da Carteira de Identidade

LE: N°7.116 DE 23/08/03

27-04-2016 10:46 131214 M

SG/ABM/PP/UEP/MS/01



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

77-001-2016 18196 131208 14

S IMPRIMIDO 08/05/2016

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

DATA DO ACIDENTE 20/02/16 CPF DA VÍTIMA 107.715.714-29

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR SIT ALTO VERDE/LOM/ISTO AMARO

Nº S/N COMPLEMENTO BAIRRO ALTA FLORESTA

CIDADE SAO DOMINGOS DE PONTEU/PB CEP 58853-000

E-MAIL leengrevero@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 AUSÉNCIA 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, TAI 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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, TAI 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 | <ul style="list-style-type: none"> • 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. |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800-022 1204 | |

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 19/05/2016

IDENTIDADE 3.806.544.5505/88

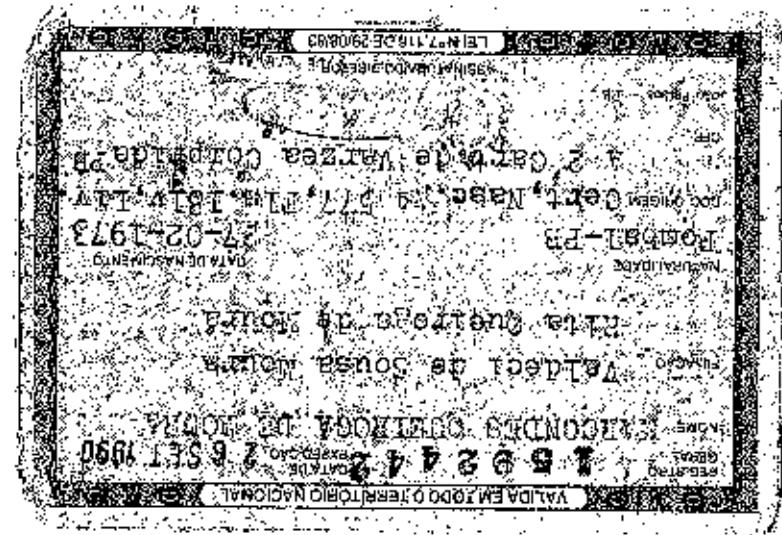
ASSINATURA Ediglei de Souza Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 19/05/16 MATR. CORREIOS 8478492

NOME ANNA ISABELLE LIMA MARQUES DAN

ASSINATURA Anna Isabela Lima Marques Durão
Aferidente Com
Matr. 8478492



07253+2/16
60+1t

REMETENTE / Sender		TELEFONE/Phone number	
EDILICEI DE SOUSA SANTOS			
ENDERECO/Address			
SIT MORE VOLUNTARIO / Leitores / São Amaro			
CEP/Zip	CIDADE/City	UF/State	PAÍS/Country
58853-000	SÃO DOMINGOS	PR	BR

DEVOLUÇÃO / Return		*
<input type="checkbox"/> Mudou-se / Moved:	<input type="checkbox"/> Falecido / deceased	(CR15)
<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 delivery number	
<input type="checkbox"/> Não procurado / Unclaimed:	<input type="checkbox"/> Outros / others	
<input type="checkbox"/> Ausente / Absent:		
Tentativas de entrega (Delivery attempts):		
1º / / - as / / - as	2º / / - as / / - as	3º / / - as / / - as
<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 / / - Relinked to postal service; on / / -		
Date: / /	Assinatura: _____	
Nome: _____	Signature: _____	

