



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2016

Carta nº: 10065754

A/C: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160637470 ASL-1117293/16
Vitima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 26/12/2013
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, 09 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10320386

A/C: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160637470 ASL-1117293/16

Vitima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Data Acidente: 26/12/2013

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/12/2013**. 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

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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, 08 de Julho de 2017

Carta nº 11273253

a/c: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160637470 ASL-1117293/16
Vitima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 26/12/2013
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.seguradoralider.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





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização do documento



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, EDNALDO BENEDETO DO NASCIMENTO, EXPEDIDO POR 53873, EM 20/10/2013 E
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2586011 CPF 044407194-65 /CNPJ 000000000000-00, PROFISSÃO revisor
 E RENDA MENSAL DE R\$ revisor (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO BENEDETO DO NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) 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;
- 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.

CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

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

Poupança

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 81908-7

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

João Pessoa, 22 de agosto de 2016
LOCAL E DATA

Ednaldo Benedito do Nascimento

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s 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 0800-0221204.



CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014*

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, EDNALDO RENEDITO DO NASCIMENTO, EXPEDIDO POR 53873 EM 01/10/2013
 PORTADOR(A) DO RG N° 2586017 E PROFISSÃO Recepcionista
 CPF 044407194-65 /CNPJ 00000000000000000000
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recebido (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO RENEDITO DO NASCIMENTO. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) 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;
- 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas 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

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

POUPANÇA

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)

81908-7

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

José Pessoa 22 de agosto de 2016 Endereço do beneficiário
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

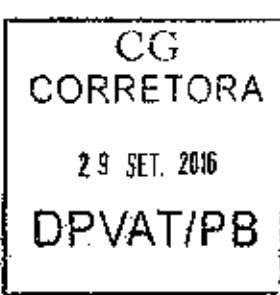
CORRETORA

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

19 OUT 2016

CORRETORA





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014*

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, EDNALDO RENEDITO DO NASCIMENTO, EXPEDIDO POR 53873 EM 01/10/2013
 PORTADOR(A) DO RG N° 2586017 E PROFISSÃO Recepcionista
 CPF 044407194-65 /CNPJ 00000000000000000000
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recebido (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO RENEDITO DO NASCIMENTO. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) 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;
- 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 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

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

POUPANÇA

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)

81908-7

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

José Pessoa 22 de agosto de 2016 Endereço da residência
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

CORRETORA

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

19 OUT 2016

CORRETORA





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
6º DELEGACIA DISTRITAL,

Barcode de Documento
0001

CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1996/2016, na mesma continha o seguinte teor: Aos treze dias do mês de junho do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **José Guedes Sobrinho**, às 19:30 horas, compareceu o Sr. **Ednaldo Benedito do Nascimento**, brasileira, solteiro, natural de Mataraca/PB, alfabetizado, portador da cédula de identidade nº 2 586 011 SEDS/PB, com 40 anos de idade, filho de Antonio Benedito do Nascimento e de Maria de Lourdes Conceição, residente à rua Flávio Cavalcante Rosário, s/n, Novo Horizonte, Mataraca/PB, o qual notificou que, na madrugada do dia 26 de dezembro do ano de dois mil e treze, se conduzia na moto Honda/B1Z, ano e modelo 2008, cor preta e placa NNJ 8637 / PB, na rua Aderaldo Silveira de Souza, cidade de Mataraca onde reside e, não sabendo explicar como, provavelmente sono, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa/PB e lá, foi diagnosticado Fratura na Clavícula, conforme Laudo Médico apresentado. **Diante o exposto, solicita providências.** O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, Escrivão que o digitei.

João
Santa Rita, 13 de junho de 2016.

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB



GOVERNO

DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
6ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1996/2016, na mesma continha o seguinte teor: Aos treze dias do mês de junho do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **José Guedes Sobrinho**, às 19:30 horas, compareceu o Sr. **Ednaldo Benedito do Nascimento**, brasileira, solteiro, natural de Mataraca/PB, alfabetizado, portador da cédula de identidade nº 2 586 011 SEDS/PB, com 40 anos de idade, filho de Antonio Benedito do Nascimento e de Maria de Lourdes Conceição, residente à rua Flávio Cavalcante Rosário, s/n, Novo Horizonte, Mataraca/PB, o qual notificou que, na madrugada do dia 26 de dezembro do ano de dois mil e treze, se conduzia na moto Honda/BIZ, ano e modelo 2008, cor preta e placa NNJ 8637 / PB, na rua Aderaldo Silveira de Souza, cidade de Mataraca onde reside e, não sabendo explicar como, provavelmente sono, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa/PB e lá, foi diagnosticado Fratura na Clavícula, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o **exposto, solicita providências**. O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 13 de junho de 2016.

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB



GOVERNO

DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
6ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1996/2016, na mesma continha o seguinte teor: Aos treze dias do mês de junho do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **José Guedes Sobrinho**, às 19:30 horas, compareceu o Sr. **Ednaldo Benedito do Nascimento**, brasileira, solteiro, natural de Mataraca/PB, alfabetizado, portador da cédula de identidade nº 2 586 011 SEDS/PB, com 40 anos de idade, filho de Antonio Benedito do Nascimento e de Maria de Lourdes Conceição, residente à rua Flávio Cavalcante Rosário, s/n, Novo Horizonte, Mataraca/PB, o qual notificou que, na madrugada do dia 26 de dezembro do ano de dois mil e treze, se conduzia na moto Honda/BIZ, ano e modelo 2008, cor preta e placa NNJ 8637 / PB, na rua Aderaldo Silveira de Souza, cidade de Mataraca onde reside e, não sabendo explicar como, provavelmente sono, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa/PB e lá, foi diagnosticado Fratura na Clavícula, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o **exposto, solicita providências**. O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 13 de junho de 2016.

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO D



Eu, EDNALDO BENEDETO DO NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº 2586014 e inscrito no CPF nº 044 407 194-65, residente e domiciliado na rua Flávio Cavalcante Rosário, 511, Bairro Novo Horizonte, Natacara, Cidade Natacara, 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 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.

Ednaldo Benedito do Nascento

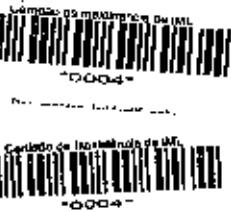
Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2016
Local e data

CG CORRETORA 29 SET. 2016 DPVAT/PB

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO D



Eu, EDNALDO BENEDETO DO NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº 2586011 e inscrito no CPF nº 044 407 194-65, residente e domiciliado na Rua Flávio Cavalcante Esbario, 5/11, Bairro Novo Horizonte, Pataraça, Cidade Pataraça, 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
- (X) 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ednaldo Benedito do Nascimento

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

CG CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2016
Local e data

CG CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

0004-1
Cartão de identificação do IML
0004-1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO D

Eu, EDNALDO BENEDETO DO NASCIMENTO,
portador da carteira de identidade nº 2586011 e inscrito no
CPF nº 044 407 194-65, residente e domiciliado na
Av Flávio Cavalcante Esbario, 5/11,
Bairro Novo Horizonte, Pataraça,
Cidade Pataraça, 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
- (X) 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ednaldo Benedito do Nascimento

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

CG CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2016
Local e data

CG CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

(ATO)

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE,S/N
58054-384 JOAO PESSOA Fone(83)3214-1980
FAX(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

FECHA Nr: 603317 Atend: Nana Beccari

Data: 26/12/21

Horas: 17:00:44

Recepção: 1

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Num. Prontuario: 2013.12.003128

CNS: 898000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 36127201

Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Idade: 38 ano(s)

End.: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 34

Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB

País: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO

Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO

Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Respo: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsável: 08304236 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR A

transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS

Vitima de violencia por: PROX ALDEIA CUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO

Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

PRE-CONSULTA

ATEN

Aparentemente B[em] Grave
 Politraumatizado[o] Convulsao
 Hemorragia [Dispneia
 Diarreia [Agitado
 Regular [Chocado
 Vomito
 Observacao

</p

Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

DPVAT/PB

29 SET 2016

CORRETORA
CG

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Itde: Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia
[] Alta a pedido[] Transferido
[] Enfermaria[] Desistencia
Obito: [] Atestado [] SVO [] IML*Maria Gorete Ferreira de Souza*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS

A CARGO DO SUS

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Cartão do Médico

DESTINO DO PACIENTE
[] Residência [] Alta a pedido [] UTI [] Destituição [] Transferência [] Atestado [] SVU [] IML

Assinatura

PRÓCEDIMENTO REALIZADO

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ Intercale

DPVAT/PB
19 OUT 2016
CORRETORA
CG

Medicamentos [] Dose [] Hora [] Evolução

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

éia é Hora : PRESCRITIVO (assinatura e cartão)

Fone: (11) 603327

éia é Hora : EVOLUÇÃO MEDICA (assinatura e cartão)

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



- Documento tem valor fiscal.
- Documento não é englobado na opção.
- Bolso para levá-lo para pagamento da fatura com N° 000.571.863.

ENERG
Br 230, Km 25 - Crix
CNPJ 00.000.000/0001-00 / INSC 00000000000000000000

DADOS DO CLIENTE

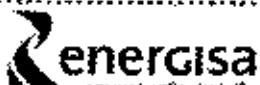
GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO 64
MATA RACA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1007106-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2016	15/07/2016	0	22/07/2016	R\$ 13,36

Acesse: www.energisa.com.br



GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
Roteiro: 00-016-300-6840
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/06/2016

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
22/07/2016	R\$ 13,36	1007106-2016-07-6



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDNALDO BENEDETO DO NASCIMENTO
RG nº 2586014, data de expedição 20/10/2003,
Órgão SSP/PB, CPF nº 044.407.194-65, 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>Rua Flávio Cavalcante</u> <u>Rosário</u>
Número	<u>S/nº</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Novo Horizonte</u>
Cidade	<u>Matacaca</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58292-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 991807807 / 987778821</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB, 22/08/2016.

Ednaldo Benedito do NASCIMENTO

Assinatura do Declarante

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

- Desempenho para maior fixad.
- Desempenho para a desgorduração da carne.
- Soluções para o campo agropecuário da Região Centro-Oeste: 31 300.671.863

ENE
6r 234, Km 35 + 1
-0015*
Comprobación de la disponibilidad
de la fuerza de trabajo

DADOS DO CLIENTE

GLEUZA MARCOLINO DOS SANTOS
RUA FLÁVIO CAVALCANTE ROSÁRIO S/N
MATA RACA

CDÉ - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1007106-6

Comisión de las Fuerzas

CONTINUATION OF THE TALK

DADOS DO CÉREBRO

GLEUDIA MARCOLINO DOS SANTOS
RUA FILIÃO CAVALCANTE ROSÁRIO S/N
MATA RACA

CDÉ - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1007106-6

Comisión de las Fuerzas

CONTINUATION OF THE TALK

REFERRAL

PRESENTAÇÃO

CONSIDERATION

www.VENDEPARTO.com

TOTAL PAGAR

30/11/2016

15/07/2016

9

22/07/2016

RS 13.36

Acesse: www.enelso.com.br

energisa

GILEUZA MARCOLINO DOS SANTOS

Задача №15-300-5540

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2016

EXCEMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDNALDO BENTO DO NASCIMENTO

RG nº 2586014, data de expedição 20/10/2003,

Órgão SSP/PB, CPF nº 044-407.194-65, 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 seguidamente, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Flávio Cavalcante</u> <u>Rosário</u>	
Número	<u>s/nº</u>	<u>CG</u> CORRETORA
Aptº / Complemento		<u>19 OUT 2016</u>
Bairro	<u>Novo Horizonte</u>	
Cidade	<u>Matacaca</u>	<u>DPVAT/PB</u>
Estado	<u>Paraíba</u>	
CEP	<u>58292-000</u>	
Telefone de contato	<u>(83) 991807807</u>	<u>987778821</u>
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB 22/08/2016

Ednaldo Benedito do NASCIMENTO

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDNALDO BENTO DO NASCIMENTO

RG nº 2586014, data de expedição 20/10/2003,

Órgão SSP/PB, CPF nº 044-407.194-65, 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 seguidamente, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Flávio Cavalcante</u> <u>Rosário</u>	
Número	<u>s/nº</u>	<u>CG</u> CORRETORA
Aptº / Complemento		<u>19 OUT 2016</u>
Bairro	<u>Novo Horizonte</u>	
Cidade	<u>Matacaca</u>	<u>DPVAT/PB</u>
Estado	<u>Paraíba</u>	
CEP	<u>58292-000</u>	
Telefone de contato	<u>(83) 991807807</u>	<u>987778821</u>
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB 22/08/2016

Ednaldo Benedito do NASCIMENTO

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Documento de propriedade do veículo



Eu, Berenice Pessoa da Silva

RG nº _____, data de expedição 1/1, Órgão _____,
portador do CPF nº 646 436 704-37, com Domicílio na
cidade de Lucena, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio de Souza Falcão,
nº 90, 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 Edinaldo Benedito do Nascimento,
cujo o condutor era Edinaldo Benedito do Nascimento

Veículo: Honda Biz 125 ES

Ano: 2008

Modelo: Honda / 3IZ 125 ES

Placa: NNJ 8637 / PB

Chassi: 9C2JA04208R437050

Data do acidente: 26/12/2013

Local e data: Lucena / PB - 23/10/2016

X Berenice Pessoa da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

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

1. DECLARANTO DE NÍGAS E DE PROTESTO DE NÍGAS E OFICIO DE REFERÊNCIA DE TRAVESSA
Reconheço por autenticidade a firma indicada de: (0267342975770) 2

Berenice Pessoa da Silva

que confere a sua assinatura, nessa serventia, em 26/12/2016.

Eu testemunho da verdade
Selite Gomes de Oliveira Santos

Lucena, 23 de outubro de 2016.

II Belo Agnaldo 9735 11

Consultar a autenticidade no <https://selodigital.tjpb.jus.br/>



S. M. Santos

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Bernice Pessoa da Silva

RG nº _____, data de expedição 1/1, Órgão _____
portador do CPF nº 646 436 704-37, com Domicílio na
cidade de Lucena, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio da Souza Falcão,
nº 208, complemento, _____, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado (éter) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Ednaldo Benedito do Nascimento,
cujo o condutor era Ednaldo Benedito do Nascimento

Veículo: Honda Biz 125 ES

Ano: 2008 / 2008

Modelo: Honda / 3IZ 125 ES

Placa: NNJ 8637 / PB

Chassi: 9C23A04208R137050

Data do acidente: 26/12/2013

Local e data: Lucena / PB - 23/10/2016

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

X Bernice Pessoa da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

X

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

TRANSMISSÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TITULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE TITULOS, E
Reconhecer por autenticidade a firma indicada de _____
Bernice Pessoa da Silva (0267342075970) 2

que confere o/a endereço reg. nesta serventia. Sou fit. _____
Lucena, 23 de outubro de 2016. _____
Em testemunha: _____ verdade
Selma Gomes de Bernice Santos

11 Selo A3858909-8735 #
Autenticação de autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Almbarbosa

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Bernice Pessoa da Silva

RG nº _____, data de expedição 1/1, Órgão _____
portador do CPF nº 646 436 704-37, com Domicílio na
cidade de Lucena, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio da Souza Falcão,
nº 208, complemento, _____, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado (éter) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Ednaldo Benedito do Nascimento,
cujo o condutor era Ednaldo Benedito do Nascimento

Veículo: Honda Biz 125 ES

Ano: 2008 / 2008

Modelo: Honda / 3IZ 125 ES

Placa: NNJ 8637 / PB

Chassi: 9C23A04208R137050

Data do acidente: 26/12/2013

Local e data: Lucena / PB - 23/10/2016

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

X Bernice Pessoa da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

X

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

TRANSMISSÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TITULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE TITULOS, E
Reconhecer por autenticidade a firma indicada de _____
Bernice Pessoa da Silva (0267342075970) 2

que confere o/a endereço reg. nesta serventia. Sou fit. _____
Lucena, 23 de outubro de 2016. _____

Em testemunha: _____ verdade
Selma Gomes de Bernice Santos

11 Selo A3858909-8735 #
Autenticação de autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Almbarbosa

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA DE ATENDIMENTO Nr: 603317 Atd: Nao Regulat
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX:(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28 Documento médico Hospitalar
Data: 26/12/2013
Hora: 17:00:44
Repcionista: Clinica: TRAUMATO

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Num. de vezes atendido: 1
CNS: 898000507218479 Sexo: M Identidade: 2586011 Fone: 86127201
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Idade: 38 ano(s)
End: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 82 34
Bairros: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB
Pais: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
Ocupacao: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resps: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS
Tel/Doc. Responsavel: 88304236 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR a

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS

Vitima de violencia por: PROX ALDEIA CUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

ATEN

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FRe
PC: TPs
Peso: Altura:
Glicemias: IMC:
Circ. Abd: 02%

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

[] Aparentemente B[] em] Grave
[] Politraumatizado[] Convulsao
[] Memorragia [] Dispnexia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

*Alago an dor de m^l
se ad*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Algo dor p

Prescricao

Horario da medicacao

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

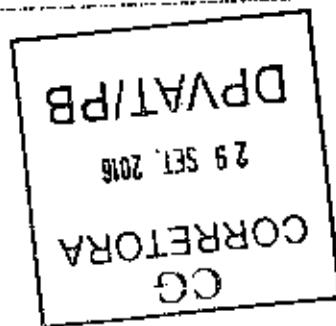
DPVAT/PB

Sociedade Brasileira do Neurologista
CRN/PB 1595
CRN/PE 023537-870900

Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nro 603317

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Stdol Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Assinatura da Enfermagem | Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Maria Paula Macêdo de Sá Souza
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCISIO BURITY

CERTIDÃO

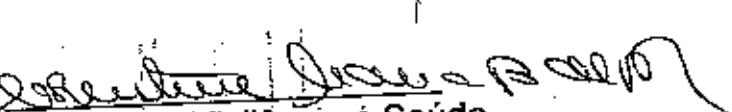
Nº.1365/2014

Atendendo solicitação da senhora, EVELYNE BARROS RAMALHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 603317 pertencentes a EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortoprâuma no dia 26/12/2013 às 17H00min, vítima de queda de moto, com dor em ombro direito.

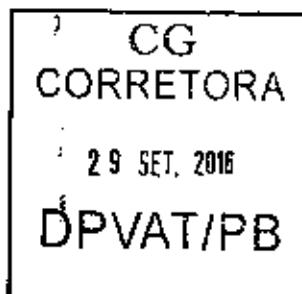
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em clavícula direita. Realizado procedimento cirúrgico em 16.01.2014. Dado alta hospitalar em 17.01.2014.

E para constar eu, CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, Médica da Vigilância à saúde, diro e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014


Christine Maria Batista de Brito Lyra
Médica da Vigilância à Saúde

CRM/PB 3137





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Edson de Souza			Registro:	1000000000000000000	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinical:	EMP:	LR:	
16/11/14	Dr. Geraldo	Branca	Uro	1º Assistente:	Dr. Geraldo	
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:				
Dr. Geraldo	Dr. Geraldo	Horário: 1:				T:
DIAGNÓSTICO: CIRURGIA DE URO						

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

61

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

61

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

66

CORRETORA

29 SET 2016

DPVAT/PB

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Préparo e asepsia
do corpo aberto

Incisão:

Frans bifidus

Achados:

anterior da clavícula
distal -

Conduta:

Abcesso crônico -
grau de 1 a 2 de
Kocher no 2.º O -
luzia de ferida

desco
Accesso
de ferida

cerat

Fechamento:

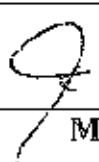
CG
CORRETORA

29 SET 2016

OBS:

DPVAT/PB

Data: 16/11/16


Dr. Roberto A. Santos
ORTOPAEDICO
CRM-PB 1550

MÉDICO/CRM

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA DE ATENDIMENTO N°: 603317 Atd: Nao Regulac
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA Data: 26/12/2013
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N Hora: 17:00:44
58056-304 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980 Recepçãoista:
FAX:(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28 Clínica: TRAUMATO

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Num. de vezes atendido: 1
Nº S. 898000507218479 Sexo: M Identidade: 2586011 Fone: 86127201
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)
End.: BAIRRO DO ALEMÃO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 94
Bairros: BARRA DE CÂMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB
Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS
Tel./Doc. Responsavel: 08304236 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS
Vitima de violencia por: PROX ALDEIA CUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

ATEN

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Volume:

IMC:

Circ. Abd:

024

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

- [] Aparentemente BEM [] em Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Discrepacia
[] Diarréia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observação

Algo acido de mels
se ac

História - Exame Físico - (horário atendimento médico)

Diagnóstico

Conducta

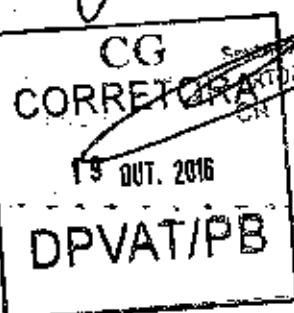
Prescrição

Horário da medicacão

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB



Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nro: 603317

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

DPVAT/PB
29 SET. 2016
CORRETORA
CG

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Atde: Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

: Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido
 Alta a pedido Enfermaria

Desistencia UTI
Obito: Atestado SVO IML

Maria Gorete Maculino de Souza
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS



CERTIDÃO

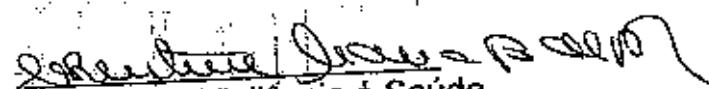
Nº.1365/2014

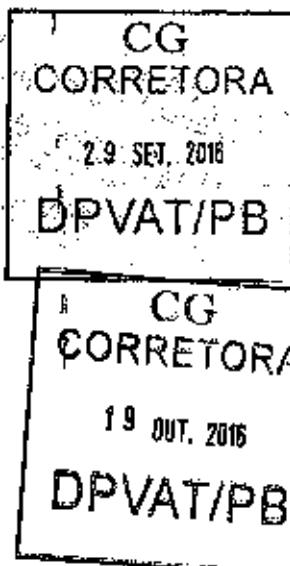
Atendendo solicitação da senhora, EVELYNE BARROS RAMALHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarciso Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 603317 pertencentes a EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortoprourama no dia 26/12/2013 às 17H00min, vítima de queda de moto, com dor em ombro direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em clavícula direita. Realizado procedimento cirúrgico em 16.01.2014. Dado alta hospitalar em 17.01.2014.

E para constar eu, CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, Médica da Vigilância à saúde, deixo e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Edson Lopes Souza			Registro:	Edson Lopes Souza													
Idade:	Sexo: M	Cor: P	Clínica:	EMP:	LR:													
Data:	16/11/14	Cirurgião:	Dra. Roseli Flecti	1º Assistente:	Dr. Ferreira													
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:														
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I:	T:												
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID													
Fratura clavicular.																		
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID													
Deixar o clavo																		
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO													
<table border="1"> <tr> <td>CG</td> <td>CORRETORA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">19 OUT. 2016</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DPVAT/PB</td> </tr> </table>					CG	CORRETORA	19 OUT. 2016		DPVAT/PB		<table border="1"> <tr> <td>CG</td> <td>CORRETORA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">29 SET. 2016</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DPVAT/PB</td> </tr> </table>		CG	CORRETORA	29 SET. 2016		DPVAT/PB	
CG	CORRETORA																	
19 OUT. 2016																		
DPVAT/PB																		
CG	CORRETORA																	
29 SET. 2016																		
DPVAT/PB																		
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim		Descreva:													
			2 () Não															
Biópsia de Congelação:			1 () Sim															
			2 () Não															
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:																		
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico																		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição: e deitado
no campo operatório

Incisão:

Incisão longitudinal

Achados:

Incisão cicatrizada
de recto.

Conduta:

De recto cicatrizado
transversalmente.
Fissura recto-uretral.

Resecto.
Anastomose.

CG, feita

Fechamento:

CG
CORRETORA

CG
CORRETORA

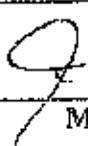
19 OUT. 2016

OBS:

29 SET 2016
DPVAT/PB

DPVAT/PB

Data: 16/10/17


Dr. Roberto A. Santos
ORTOPAEDIATRO
CRM-PB 1350

MÉDICO/CRM

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA DE ATENDIMENTO N°: 603317 Atd: Nao Regulac
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA Data: 26/12/2013
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N Hora: 17:00:44
58056-304 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980 Recepçãoista:
FAX:(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28 Clínica: TRAUMATO

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Num. de vezes atendido: 1
Nº S. 898000507218479 Sexo: M Identidade: 2586011 Fone: 86127201
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)
End.: BAIRRO DO ALEMÃO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 94
Bairros: BARRA DE CÂMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB
Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS
Tel./Doc. Responsavel: 08304236 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS

Vitima de violencia por: PROX ALDEIA CUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

ATEN

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Ulcemias:

IMC:

Circ. Abd:

024

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

- [] Aparentemente BEM [] em Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Discrepacia
[] Diarréia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observação

Algo acido de mls
se ac

História - Exame Físico - (horário atendimento médico)

Diagnóstico

Conducta

Prescrição

Horário da medicacão

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

CG
CORRETORA
Sociedade de Previdencia e Assistencia do Municipio de João Pessoa/PB 1595
CNPJ: 04235374370000
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nro: 603317

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

DPVAT/PB
29 SET. 2016
CORRETORA
CG

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Atde: Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

: Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido
 Alta a pedido Enfermaria

Desistencia UTI
Obito: Atestado SVO IML

Maria Gorete Maculino de Souza
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS



CERTIDÃO

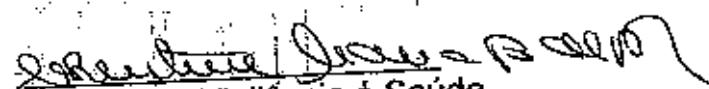
Nº.1365/2014

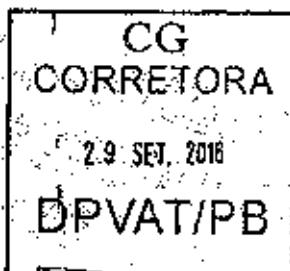
Atendendo solicitação da senhora, EVELYNE BARROS RAMALHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarciso Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 603317 pertencentes a EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortoprourama no dia 26/12/2013 às 17H00min, vítima de queda de moto, com dor em ombro direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em clavícula direita. Realizado procedimento cirúrgico em 16.01.2014. Dado alta hospitalar em 17.01.2014.

E para constar eu, CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, Médica da Vigilância à saúde, deixo e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Edson Lôbo Benedito de Araújo			Registro:								
Idade:	Sexo: M	Cor: N	Clínica:	EMP: LR:								
Data:	16/11/14	Cirurgião: Dr. Rafaella Flecti	1º Assistente: Dr. Ferreira	Instrumentador:								
2º Assistente:	3º Assistente:											
Anestesista: Dr. Veta	Tipo Anestesia: Geral	Horário: 10:00	I:	T:								
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID								
Fratura clavicular.												
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID								
Declaro que a fratura está fechada.												
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO								
<table border="1"> <tr> <td>CG</td> </tr> <tr> <td>CORRETORA</td> </tr> <tr> <td>19 OUT. 2016</td> </tr> <tr> <td>DPVAT/PB</td> </tr> </table>		CG	CORRETORA	19 OUT. 2016	DPVAT/PB	<table border="1"> <tr> <td>CG</td> </tr> <tr> <td>CORRETORA</td> </tr> <tr> <td>29 SET. 2016</td> </tr> <tr> <td>DPVAT/PB</td> </tr> </table>		CG	CORRETORA	29 SET. 2016	DPVAT/PB	
CG												
CORRETORA												
19 OUT. 2016												
DPVAT/PB												
CG												
CORRETORA												
29 SET. 2016												
DPVAT/PB												
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:										
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não											
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:												
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico												

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição: e deitado
no campo operatório

Incisão:

Incisão longitudinal

Achados:

Incisão cicatrizada
de recto.

Conduta:

De recto cicatrizado
transversalmente.
Fissura recto-uretral.

Resecto.
Anastomose.

CG, feita

Fechamento:

CG
CORRETORA

CG
CORRETORA

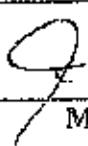
19 OUT. 2016

OBS:

29 SET 2016
DPVAT/PB

DPVAT/PB

Data: 16/10/17


Dr. Roberto A. Santos
ORTOPAEDIATRO
CRM-PB 1350

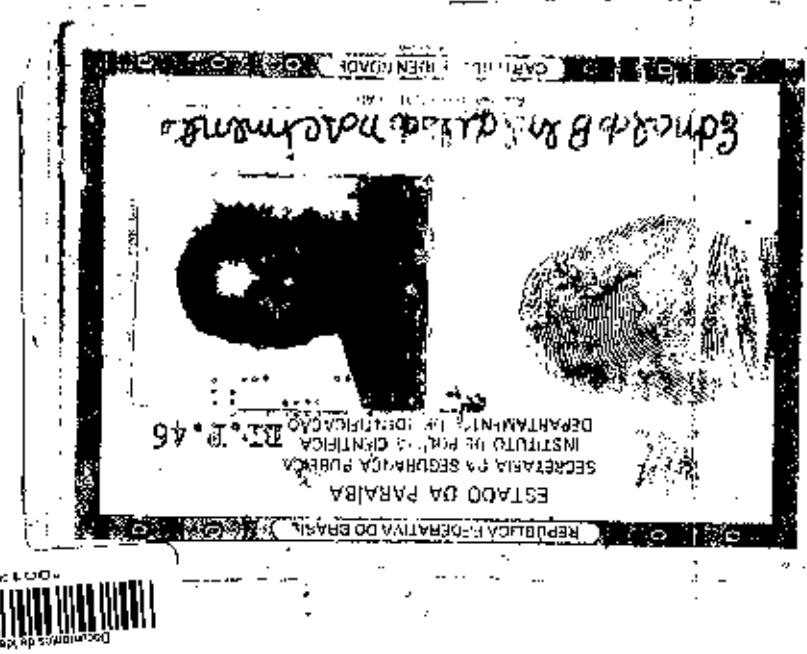
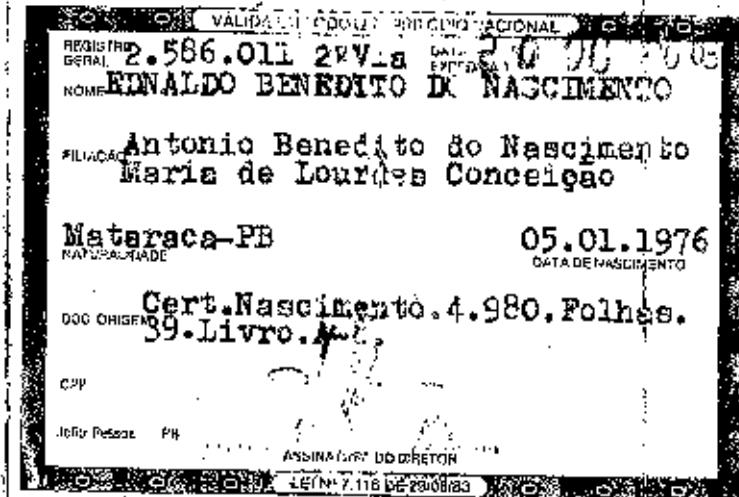
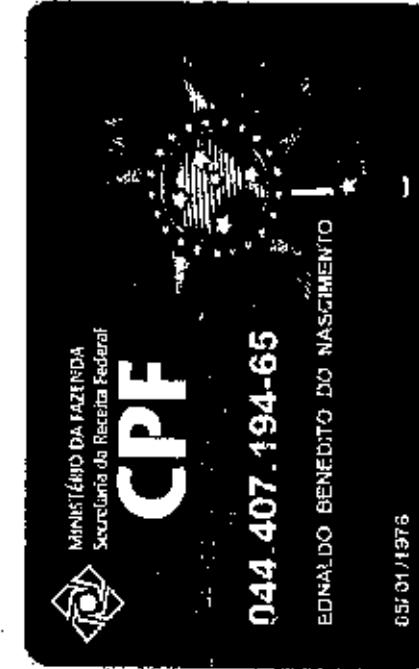
MÉDICO/CRM

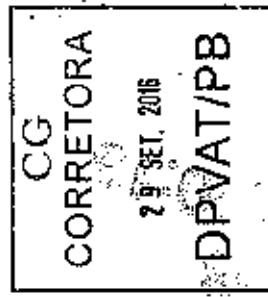
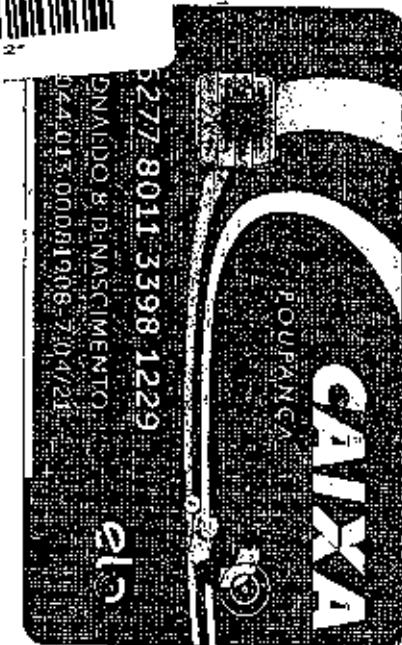
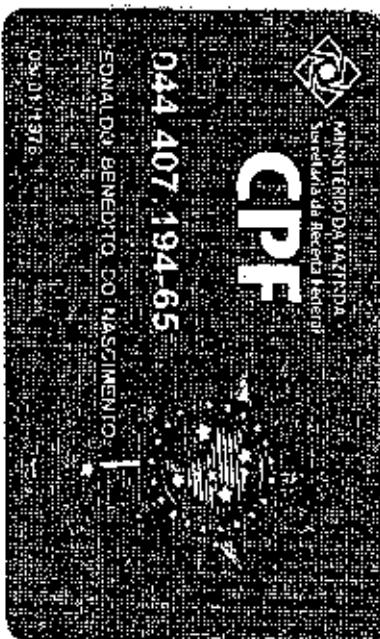
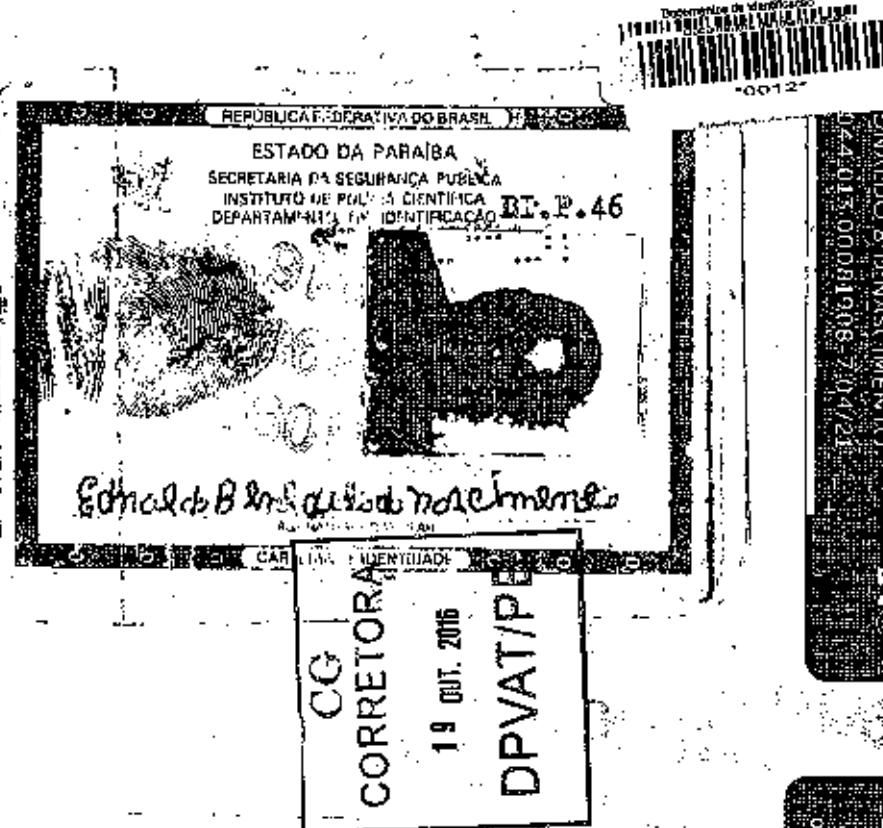
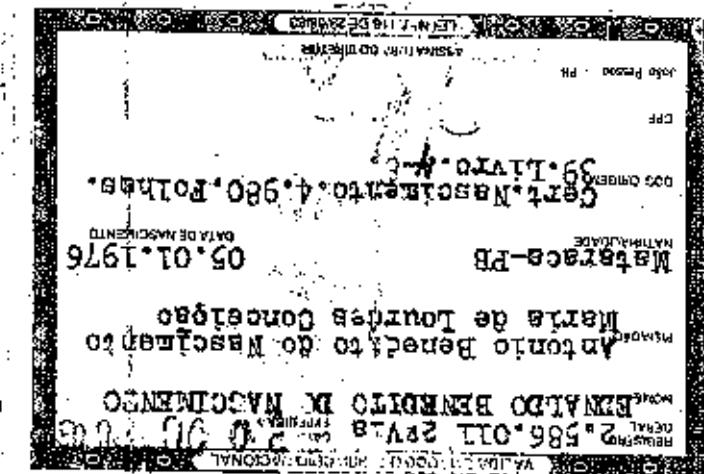
GILBUA MARCOLINO DOS SANTOS
RA: 11.111.000-0
MATER-CEP: 38082001/45
JAI

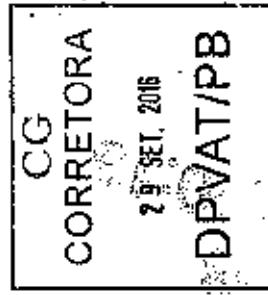
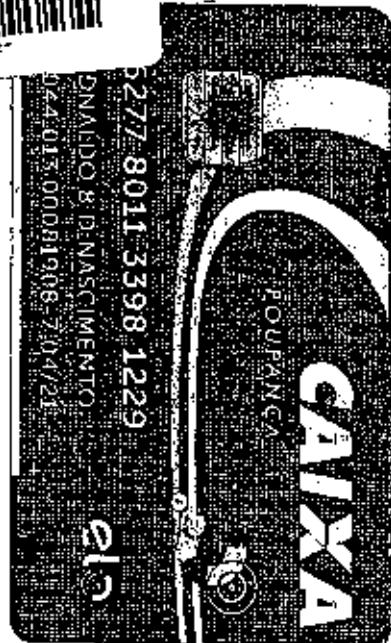
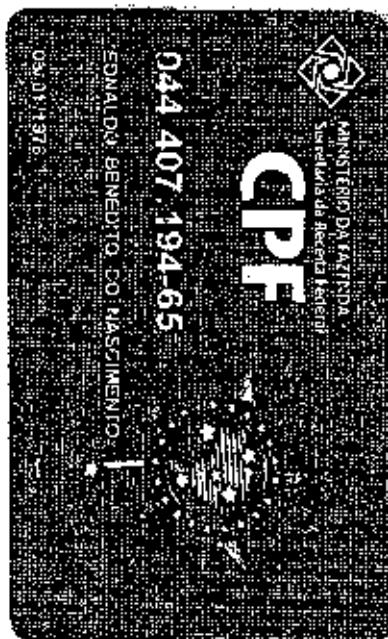
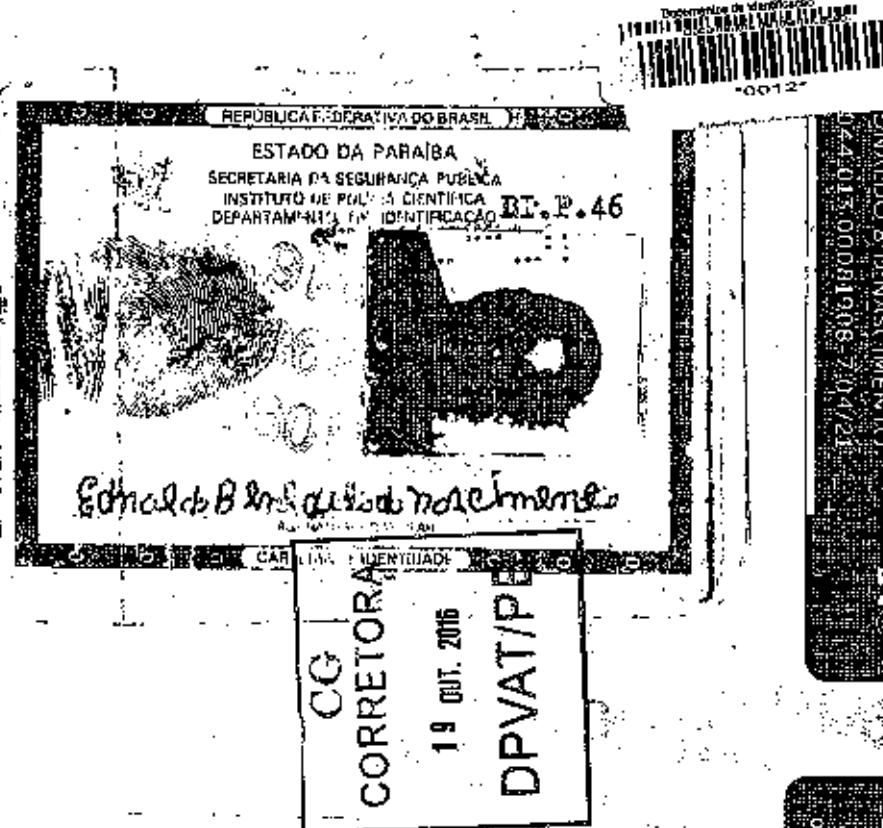
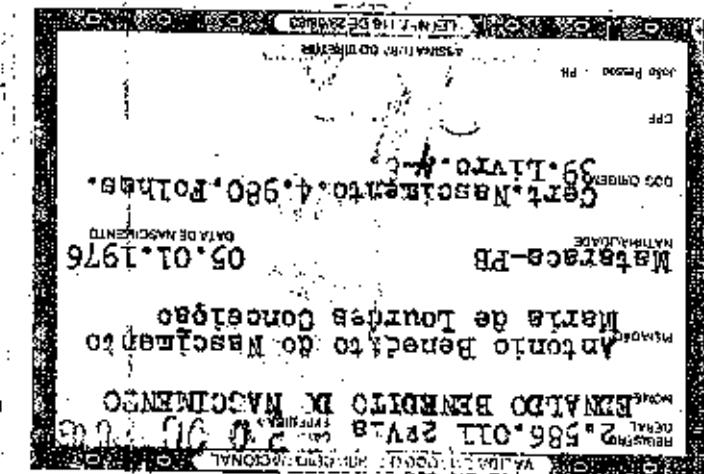
Centra referente a
Código do Consumidor): 5/1007106-6
Ubir - São Paulo 2001-01-05 16:07:17
2011-01-05 16:07:17

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

Conta referente a	
Ago / 2015	
Apresentação	
14/08/2015	
Data prevista da	
Próxima leitura	







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CÓD. REGISTRO: 20150000520815
CÓD. REPARTE: 1 0098380461-3 00/000000000 2015

BERENICE PESSOA DA SILVA

64643670487 - 17/12/2015/PB

PLACA ANTOUE
NNJ8637 RX 9C2JA04208R137050

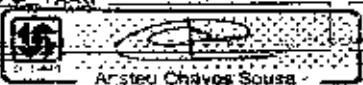
ESPECIE FPC
PAS/MOTONETA/NEO APLIC
MARA/ MODELO
HONDA/BIZ 125 ES
CAP/ P/124 /C/ CATEGORIA
2 P/124 /C/ PARTIC
COTA ÚNICA
09/09/2015

FAIXA LEVA
***** 0
PARCELAMENTO - COTAS
***** 2
***** 3

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 107,00 - PRÉMIO TOTAL (R\$) 107,00 - DATA DE PAGAMENTO
***** 15/12/2015
SEGURADO P A G O 15/12/2015

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LUCENA - PB



17/12/2015 17043

Arlete Chaves Souza
Segredon

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU
TRANSPORTADAS OU NAO



PB Nº 012298100582 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 17/12/2015

VIA CPF/CNPJ PLACA
64643670487 NNJ8637/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
02812804613 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. N.º CHASSI
2008 9C2JA04208R137050

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNC (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) 107,00 PAGAMENTO PAGO
107,00
SEGURADO
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.000/0001-04

www.seguradoralider.com.br

17043-1053132-20151217

0071215

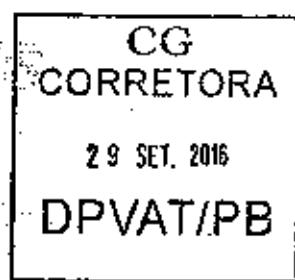
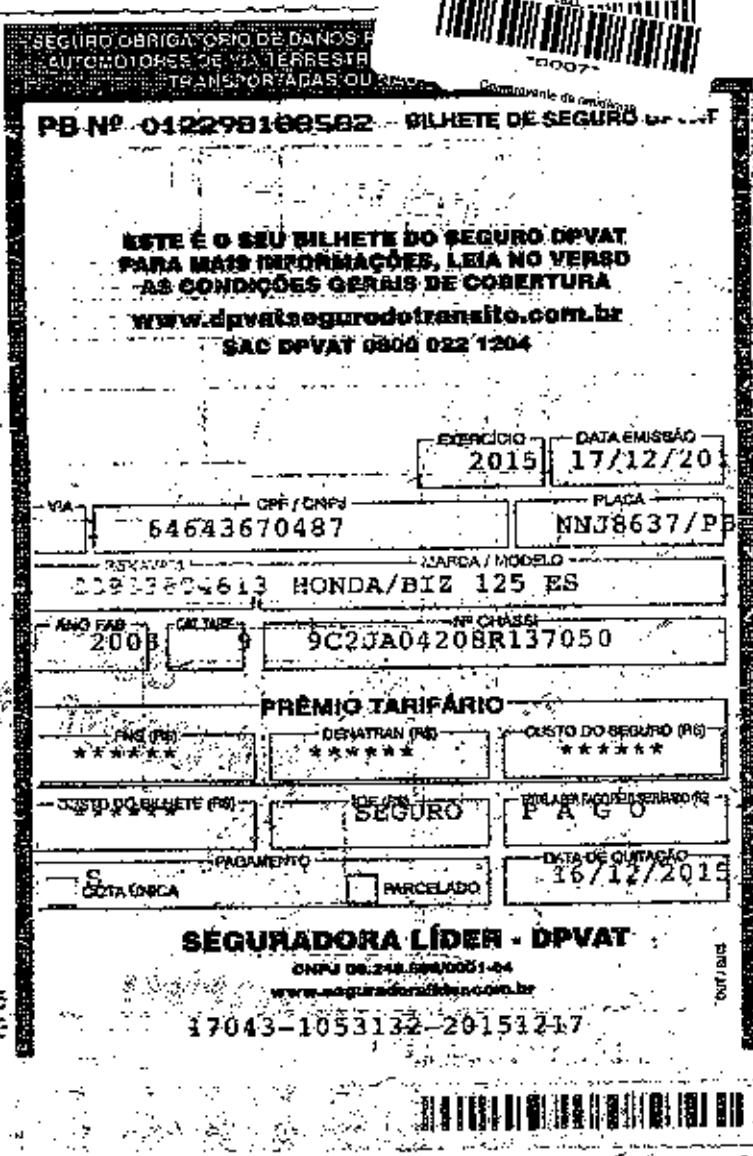
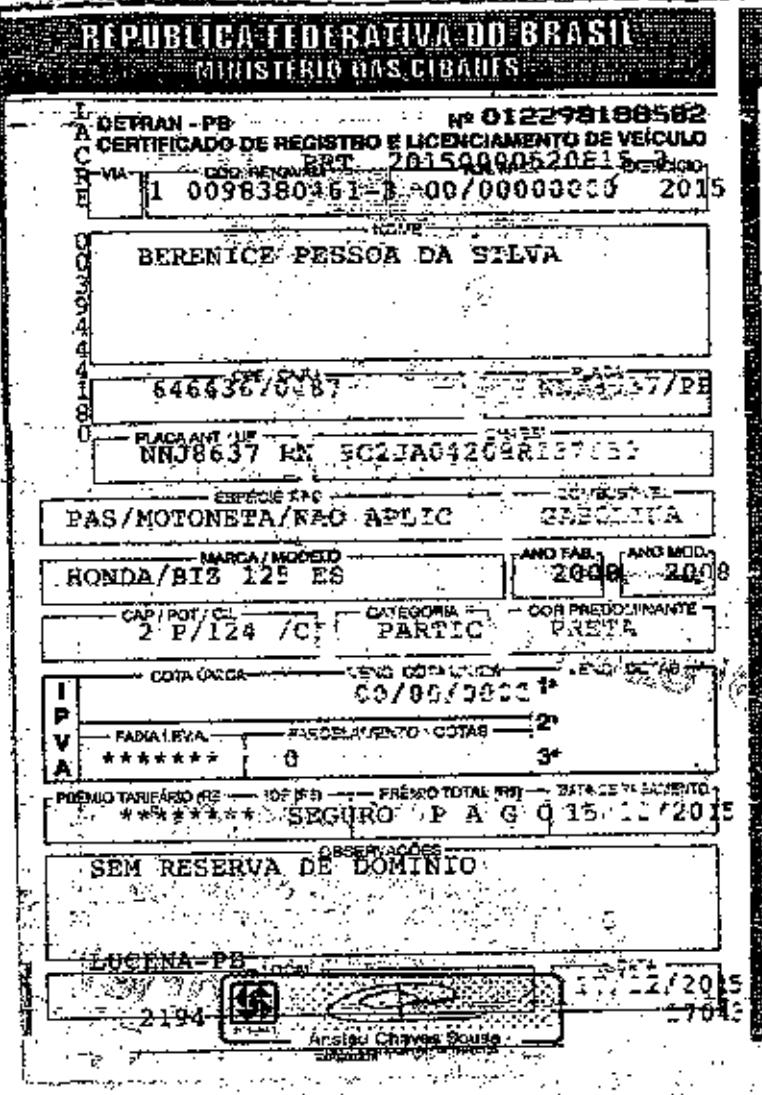
CG
CORRETORA

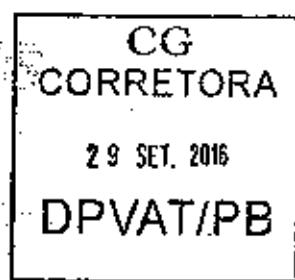
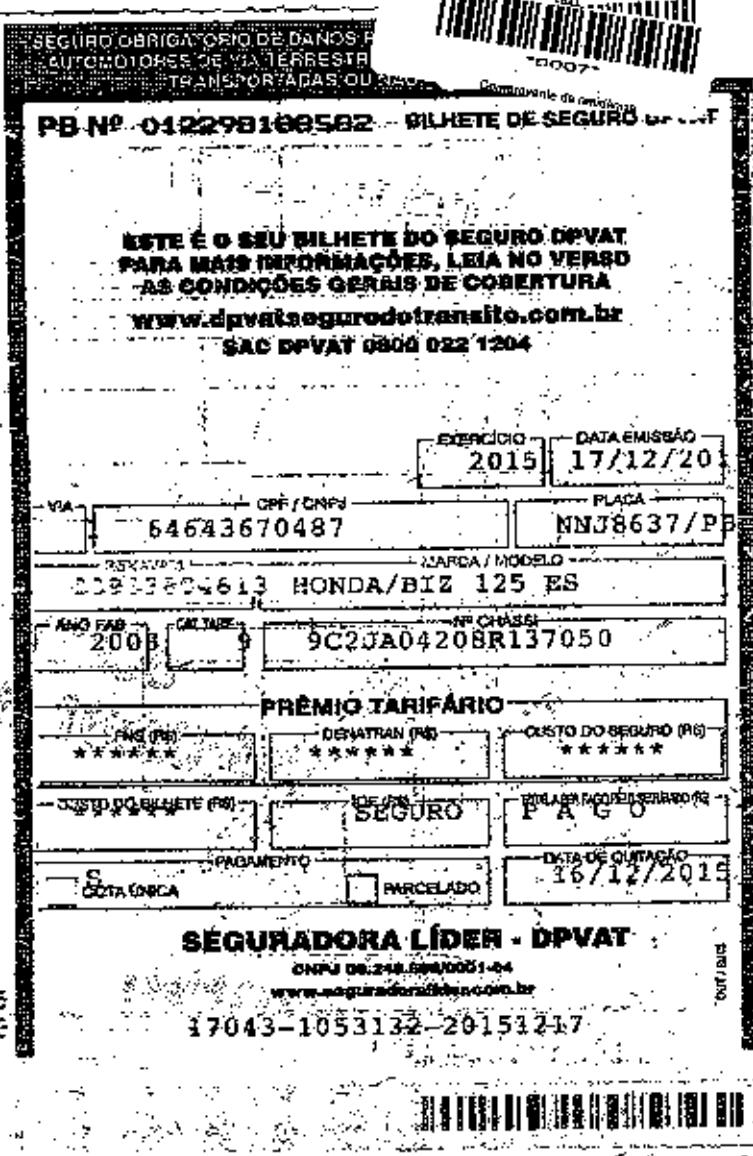
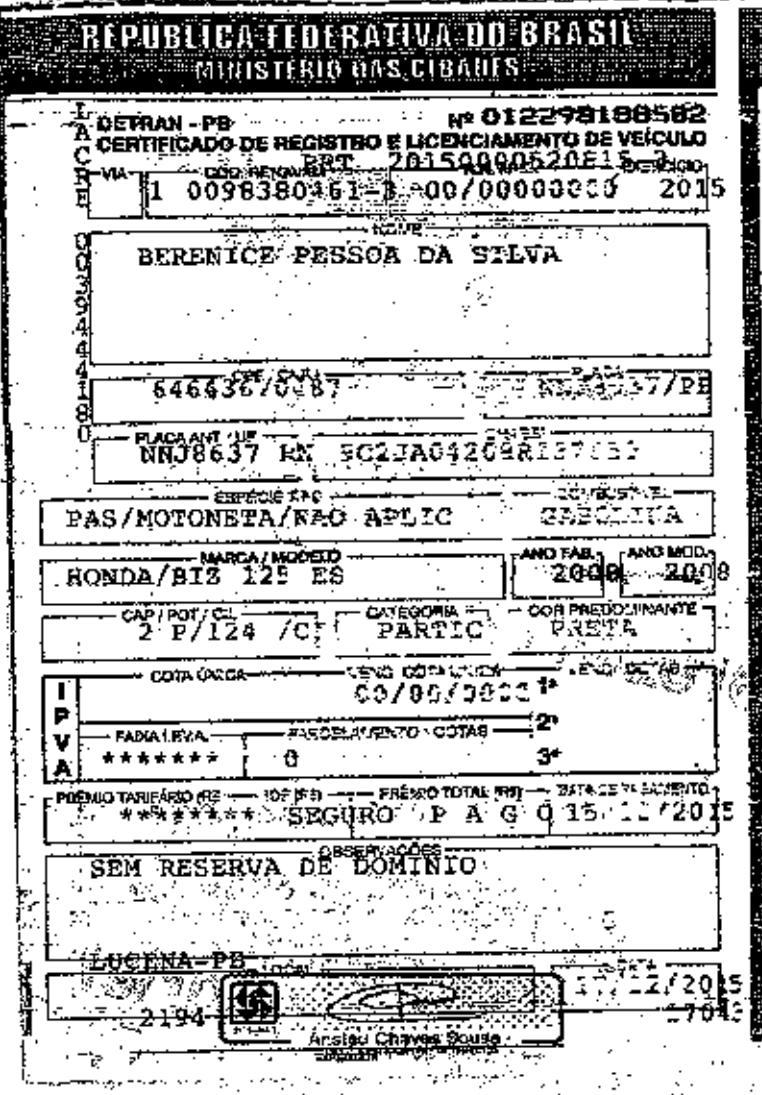
29 SET. 2016

DPVAT/PB



local do acidente; Em frente a Praça de Mataraean
perdeu o controle da moto e caiu ao solo.







IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDNALDO BENEDETTI DO NASCIMENTO
 DATA DO ACIDENTE 26/11/2013 CPF DA VÍTIMA 044-407-194-65

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, COM PARANTESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO
Nº 5/A COMPLEMENTO BAIRRO Novo Horizonte
 CIDADE MATARACA UF PI CEP 58290-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (____)

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, TAIIS 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, TAIIS 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

- 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 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/08/16IDENTIDADE 2586011ASSINATURA Ednaldo Benedetti do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 25/08/16NOME CorretoraASSINATURA 25/08/2016ASSINATURA DPVAT/PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1090320/16

Vítima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF: 044.407.194-65

Data do Acidente: 26/12/2013

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO : 044.407.194-65

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: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 044.407.194-65

Data: 29/09/2016

Nome: Aldabéth Patrício da Silva
CPF: 892.881.734-04

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Aldabéth Patrício da Silva

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB



Seguradora Líder • DPVAT

SEGUR



EXCEÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDNALDO BENEDETTI DO NASCIMENTO
 DATA DO ACIDENTE 26/11/2013 CPF DA VÍTIMA 044.407.194-65
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FLÁVIO CAVALCANTE Residir
 N° 5/A COMPLEMENTO BAIRRO Novo Horizonte
 CIDADE MATARACA UF PB CEP 58291-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (____)

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

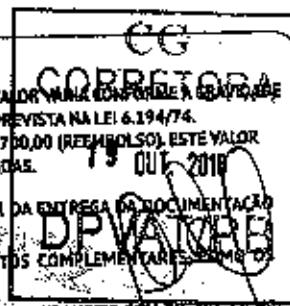
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- 01.01.2010

- 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 LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSTO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/08/16IDENTIDADE 2586011ASSINATURA Ednaldo BENEDETTI do NASCIMENTO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 25 SET. 2010NOME CORRETORAASSINATURA DPVAT/PB

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1117293/16

Vítima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF: 044.407.194-65

Data do Acidente: 26/12/2013

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

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

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO : 044.407.194-65

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: 19/10/2016
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 044.407.194-65

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 19/10/2016
Nome: Aldabesh Patrício da Silva
CPF: 392.881.734-04

Aldabesh Patrício da Silva

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB



Seguradora Líder • DPVAT

SEGUR



EXCEÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDNALDO BENEDETTI DO NASCIMENTO
 DATA DO ACIDENTE 26/11/2013 CPF DA VÍTIMA 044.407.194-65
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FLÁVIO CAVALCANTE Residir
 N° 5/A COMPLEMENTO BAIRRO Novo Horizonte
 CIDADE MATARACA UF PB CEP 58291-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (____)

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

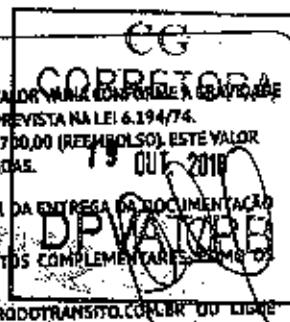
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- 01.01.2010

- 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 LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSTO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/08/16IDENTIDADE 2586011ASSINATURA Ednaldo BENEDETTI do NASCIMENTO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 25 SET. 2010NOME CORRETORAASSINATURA DPVAT/PB

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1117293/16

Vítima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF: 044.407.194-65

Data do Acidente: 26/12/2013

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

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

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO : 044.407.194-65

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: 19/10/2016

Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 044.407.194-65

Data: 19/10/2016

Nome: Aldabesh Patrício da Silva
CPF: 392.881.734-04

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Aldabesh Patrício da Silva

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB