

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 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



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 BENEDITO DO NASCIMENTO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.586.014 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 20/10/2003
 CPF 044407194-65 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO recusou
 E RENDA MENSAL DE R\$ recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO BENEDITO 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 PREVIDENCIA SOCIAL ou salário ou benefício;
- 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 Lotéticas 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) _____

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 DESCRITAS, 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 BENEDITO DO NASCIMENTO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2586017 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 01/10/2016
 CPF 044407194-63 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Recusou
 E RENDA MENSAL DE R\$ 2400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sussep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Lima 22 de agosto de 2016 Ednaldo Benedito do Nascimento
 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 0800-0221204.

19 OUT 2016

DPVAT/PB



CG
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

19/10/2016 16:22:33

19/10/2016 16:22:33

19/10/2016 16:22:33

19/10/2016 16:22:33



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 BENEDITO DO NASCIMENTO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2586017 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 01/10/2016
 CPF 044407194-63 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Recusou
 E RENDA MENSAL DE R\$ 2400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Lima 22 de agosto de 2016 Ednaldo Benedito do Nascimento
 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 0800-0221204.

19 OUT 2016

DPVAT/PB



CG
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

19/10/2016 16:22:33

19/10/2016 16:22:33

19/10/2016 16:22:33

19/10/2016 16:22:33




**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, conseqüentemente, 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**
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, conseqüentemente, 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**, E s c r i v ã o q u e o d i g i t e i .

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, conseqüentemente, 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**, E s c r i v ã o q u e o d i g i t e i .

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 BENEDITO DO NASCIMENTO,
portador da carteira de identidade nº 2586014 e inscrito no
CPF nº 044407194-65, residente e domiciliado na
Rua Flavio Cavalcante Resano, s/n,
Bairro Novo Horizonte, Mataraca,
Cidade Mataraca, 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

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 BENEITO DO NASCIMENTO
portador da carteira de identidade nº 2586014 e inscrito no
CPF nº 044407194-65, residente e domiciliado na
Rua Flavio Cavalcante Lpsario, s/n,
Bairro Novo Horizonte, Natal
Cidade Natal, Estado RN, 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

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

CG
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO D

Eu, EDNALDO BENEITO DO NASCIMENTO
portador da carteira de identidade nº 2586014 e inscrito no
CPF nº 044407194-65, residente e domiciliado na
Rua Flavio Cavalcante Lpsario, s/n,
Bairro Novo Horizonte, Natal
Cidade Natal, Estado RN, 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

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

CG
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

(ATO)

REFEITÓRIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
UNIDADE 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

FICHA DE ATENDIMENTO Nº: 603317
Data: 26/12/2016
Hora: 17:00:44
Recepcionista:
Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CNS: 898000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)
End.: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 34
Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB
Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
Mãe: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO
Informações de Entrada
Resp.: 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 violência por: PROX ALDEIA CUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO
[] Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

PRE-CONSULTA
ATEN

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO
FA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: 02%:

- [] Aparentemente B[em] Grave
- [] Politraumatizado[o] Convulsao
- [] Hemorragia [] Dispineia
- [] Diarreia [] Agitado
- [] Regular [] Chocado
- [] Vômito

Queixa Principal

Algo au do mto
de mto

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Franco dor

Diagnostico

Conduta

de dor

Prescriçao

Ush

Horario da medicacao

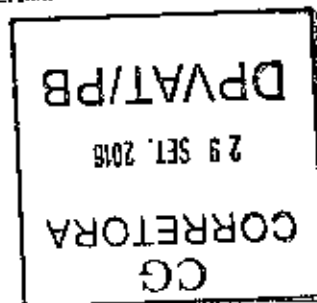
CG
CORRETORA
29 SET, 2016
DPVAT/PB

Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Ficha Nr: 603317

Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Ata:	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVQ ☐ IML

Maria therezinha de Sousa

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

A CARGO DO SUS



(ATO)

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
 COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
 R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
 58056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
 FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

FOLHA DE ATENDIMENTO Nº: 603317 Atd. Nac. Regulac
 Data: 26/12/2016
 Hora: 17:00:44
 Recepcionista:
 Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
 Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
 CNST: 898000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201
 Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)
 End.: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 84
 Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB
 Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
 Mãe: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
 Ocupacao: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
 Resp.: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS
 Tel/Doc. Responsavel: 88304236 / 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

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

PRE-CONSULTA

ATEN
 Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO
 PA: FR:
 FC: TP:
 Peso: Alturas:
 Circ. Abd: 02%
 Queixa Principal

- ☐ Aparentemente BC em Grave
- ☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
- ☐ Hemorragia ☐ Dispneia
- ☐ Diarreia ☐ Agitado
- ☐ Regular ☐ Chocado
- ☐ Vomito

Observacao

Algo au do mlt

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Fra do dor

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao CG
 CORRETORA
 29 SET. 2016
 DPVAT/PB

Ush

Secretaria do Nascimento
 OTOMEC - CREA/PB 1596
 EM 12/12/2016 15:57:00

CG
 CORRETORA
 19 OUT. 2016
 DPVAT/PB

A CARGO DO SUS

Assinatura do Paciente/Responsável
Assinatura e Carimbo do Médico

DESTINO DO PACIENTE
☐ Alta a pedido
☐ Residência
☐ Transferido
☐ Internado
☐ Desistência
Obito: ☐ Atestado ☐ SVD ☐ IML
☐ UTI

PROCEDIMENTO REALIZADO

Assinatura da Enfermagem
Reservado p/ liberação

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

Ata e Hora: PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Ata e Hora: EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nº: 603217

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é garantia de crédito.

Balanco para depósito pagamento da conta (balanço de crédito) : Nº 080.571.863



DADOS DO CLIENTE

GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO S/N
MATARACA

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



DESTAQUE 4201

GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS

Telefone: 08-016-300-6840

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
22/07/2016	R\$ 13,36	1007106-2016- 07-5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDNALDO BENEDITO 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 Flavio Cavalcante</u> <u>Rosario</u>
Número	<u>5/nº</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Novo Horizonte</u>
Cidade	<u>Mataraca</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

Documento sem valor fiscal.
Documento não é secundário de conta.
Escolha para cancelamento de nota fiscal de energia elétrica: Nº 000.671.863

ENE
Gr 234, Km 26 - I

Comprovante de não pagamento



DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO S/N MATARACA		5/1007106-6		
REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2016	15/07/2016	0	22/07/2016	R\$ 13,36

Acesse: www.energisa.com.br



CONTA PAGA

GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
Roteiro: 08-015-300-6840
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2016

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
22/07/2016	R\$ 13,36	1007106-2016- 07-5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDNALDO BENEDITO 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 Flavio Cavalcante</u> <u>Rosario</u>	CG CORRETORA 19 OUT 2016 DPVAT/PB
Número	<u>S/nº</u>	
Aptº / Complemento		
Bairro	<u>Novo Horizonte</u>	
Cidade	<u>Monteiro</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

Documento sem valor fiscal.
Documento não é secundário de conta.
Escolha para cancelamento de nota fiscal de energia elétrica: Nº 000.671.863

ENE
Gr 234, Km 26 - I

Cópia para cancelamento de nota fiscal de energia elétrica



DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO S/N MATARACA		5/1007106-6		
REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2016	15/07/2016	0	22/07/2016	R\$ 13,36

Acesso: www.energisa.com.br



CONTA PAGA

GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
Roteiro: 08-015-300-6840
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2016

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
22/07/2016	R\$ 13,36	1007106-2016-07-5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDNALDO BENEDITO 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 Flavio Cavalcante</u> <u>Rosario</u>	CG CORRETORA 19 OUT 2016 DPVAT/PB
Número	<u>S/nº</u>	
Aptº / Complemento		
Bairro	<u>Novo Horizonte</u>	
Cidade	<u>Monteiro</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

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Berenice Pessoa da Silva

RG nº _____, data de expedição 1/1, Órgão _____, portador do CPF nº 646.436.704-87, com Domicílio na cidade de Lucena, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio de Souza Falcão, nº 208, 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 Ednaldo Benedito do Nascimento cujo o condutor era Ednaldo Benedito do Nascimento

Veículo: HONDA Biz 125 ES
Ano: 2008 / 2008
Modelo: Honda / Biz 125 ES
Placa: NNJ 8637 / P3
Chassi: 9C2JA04208R137050
Data do acidente: 26/12/2013

Local e data: Lucena PB - 23/05/2016

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

REGISTRO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TÍTULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, 2
Reconheço por autenticidade a firma indicada de (0257342975970) 2
Berenice Pessoa da Silva
que confere a 2ª cópia req. nesta serventia, aos ff.
Lucena, 23 de Setembro de 2016. E testemunha DPV verdade
Salette Gomes de Mendonça Santos

11 São 60438905-9735 11
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Symister

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Berenice Pessoa da Silva

RG nº _____, data de expedição 1/1/, Órgão _____
 portador do CPF nº 646436704-37, com Domicílio na
 cidade de Lucena, no Estado de Paraíba, onde
 resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio de Souza Falcão,
 nº 202, 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 Ednaldo Benedito do Nascimento
 cujo o condutor era Ednaldo Benedito do Nascimento

Veículo: HONDA Biz 125 ES
 Ano: 2008 / 2008
 Modelo: Honda / Biz 125 ES
 Placa: NNJ 8637 / P3
 Chassi: 9C2JA04208R137050
 Data do acidente: 26/12/2013

Local e data: Lucena PB - 23/05/2016

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

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

INSTRUMENTO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TÍTULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, 2
 Reconheço por autenticidade a firma indicada de
 Berenice Pessoa da Silva
 que confere a o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
 Lucena, 23 de maio de 2016.

Em testemunho da verdade
 Salete Gomes de Almeida Santos

11 3610 43830904-0735 11

Confirme a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Ednaldo

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Berenice Pessoa da Silva

RG nº _____, data de expedição 1/1, Órgão _____
portador do CPF nº 646436704-37, com Domicílio na
cidade de Lucena, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio de Souza Falcão,
nº 202, 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 Ednaldo Benedito do Nascimento
cujo o condutor era Ednaldo Benedito do Nascimento

Veículo: HONDA Biz 125 ES
Ano: 2008 / 2008
Modelo: Honda / Biz 125 ES
Placa: NNJ 8637 / P3
Chassi: 9C2JA04208R137050
Data do acidente: 26/12/2013

Local e data: Lucena PB - 23/05/2016

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

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

INSTRUMENTO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TÍTULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, 2
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
Berenice Pessoa da Silva
que confere a o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Lucena, 23 de maio de 2016.

Em testemunho da verdade
Salette Gomes de Almeida Santos

11 3610 43830904-0735 11

Confirme a autenticidade em <https://seladigital.tjpb.jus.br/>

Ednaldo Benedito do Nascimento

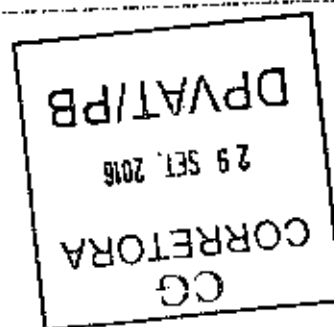
Documentação médica Hospitalar

SECRET - FIANCO DO NASCIMENTO
CARTÃO - CAMPB 1595
C.N. 0423537-370000

Ficha Nr: 603317

Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Atde:	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
-------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem : Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta à pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

A CARGO DO SUS



CERTIDÃO

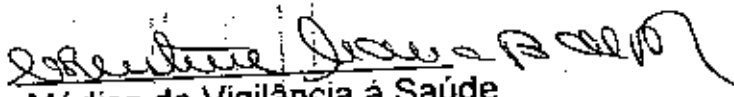
Nº.1365/2014

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 Tarcísio 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 Ortotrauma 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

Data: 10/1/1997

Dr. Roberto A. Santos
ORTO-TRAUMATOLOGIA
MÉDICO/CRM

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
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

FICHA DE ATENDIMENTO

Ficha Nº: 603317 Atd: Nao Regulac
Data: 26/12/2013
Hora: 17:00:44
Recepcionista:
Clinica: TRAUMATO



DADOS DO PACIENTE

Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
ENS: 898000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)
End.: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 34
Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB
Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
Ocupacao: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS
Tel/Doc. Responsavel: 88304236 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Num. de vezes atendida: 1
Num. Frontuario: 2013.12.003128

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS
Vitima de violencia por: PROX ALDEIA DUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO
[] Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

PRE-CONSULTA
ATEN

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

FA: FR:
FC: FP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2A:

[] Aparentemente BC em Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Discinesia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

*Algo au do de mlt
de at*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Fra do do mlt

de at

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

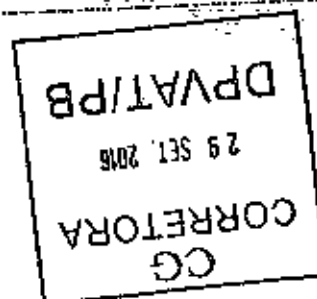
CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

Santa Francis do Nascimento
CNPJ: 08.235.574/370000

Ficha Nr: 603317

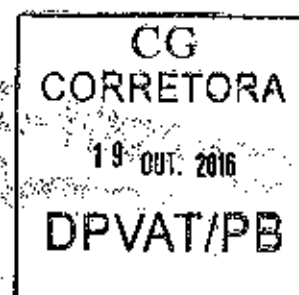
Data e Hora: EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Data e Hora: PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Atde: Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao



: Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS



CERTIDÃO

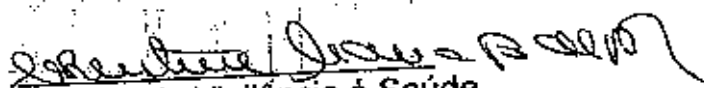
Nº.1365/2014

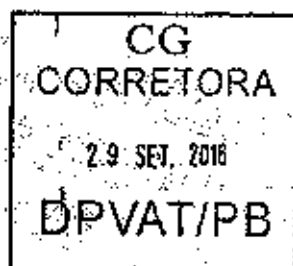
Atendendo solicitação da senhora EVELYNE BARROS RAMALHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 603317 pertencentes a EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortopedia 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA		
Posição e Preparo:		
Incisão:	<p>Preparação e ressecção do campo operatório</p> <p>Incisão longitudinal</p> <p>na região da clavícula</p>	
Achados:	<p>De acordo com a descrição clínica e física de Hernia na R. O.</p>	
Conduta:	<p>Após a triagem</p> <p>Gravidade</p> <p>Assessores</p> <p>CG - Jota</p>	
Fechamento:	<p>CG</p> <p>CORRETORA</p> <p>29 SET 2016</p>	<p>CG</p> <p>CORRETORA</p> <p>19 OUT. 2016</p>
OBS:	<p>DPVAT/PB</p>	<p>DPVAT/PB</p>

Data: 16/1/2017

Dr. Roberto A. Santos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
1980

MÉDICO/CRM

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
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

FICHA DE ATENDIMENTO

Ficha Nº: 603317 Atd: Nao Regulac
Data: 26/12/2013
Hora: 17:00:44
Recepcionista:
Clinica: TRAUMATO



DADOS DO PACIENTE

Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
ENS: 898000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)
End.: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 34
Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB
Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
Ocupacao: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS
Tel/Doc. Responsavel: 88304236 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Num. de vezes atendida: 1
Num. Frontuario: 2013.12.003128

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS
Vitima de violencia por: PROX ALDEIA DUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO
[] Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

PRE-CONSULTA
ATEN

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

FA: FR:
FC: FP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2A:

[] Aparentemente BC em Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Discinesia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

*Algo au do de mlt
de at*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

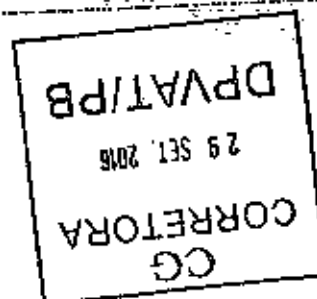
CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

Santa Francis do Nascimento
AUTOREG. CRM/PB 1595
CR 04235374370000

Ficha Nr: 603317

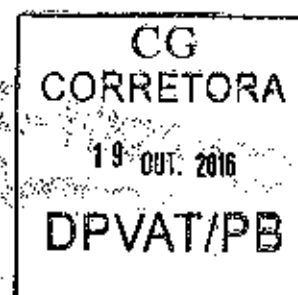
Data e Hora: EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Data e Hora: PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Atde: Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao



: Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS



CERTIDÃO

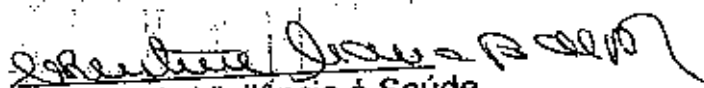
Nº.1365/2014

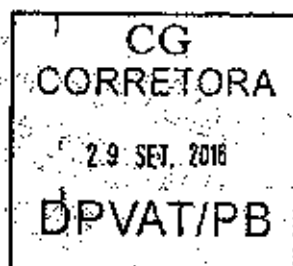
Atendendo solicitação da senhora EVELYNE BARROS RAMALHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 603317 pertencentes a EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortopedia 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014

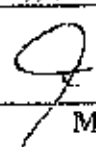

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA		
Posição e Preparo:		
Incisão:	<p>Preparação e ressecção do campo operatório</p> <p>Incisão longitudinal</p> <p>na região da clavícula</p>	
Achados:	<p>De acordo com a descrição clínica e física de Hernia na R. O.</p>	
Conduta:	<p>Após a fixação do anel com fio de sutura</p>	
Fechamento:	<p>CG CORRETORA</p> <p>29 SET 2016</p>	<p>CG CORRETORA</p> <p>19 OUT. 2016</p>
OBS:	DPVAT/PB	DPVAT/PB

Data: 16/1/2017


 Dr. Roberto A. Santos
 ORTODONTIA
 1980
 MÉDICO/CRM

GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO, S/N - BLOCO INDUSTRIAL
MATEAR-CÁ/ PB CEP 58082-000/AL 441

2020年12月10日 星期四
 2020年12月10日 星期四

[illegible][illegible]

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 093 0195 www.energisa.com.br

Ullrich, M.; Andrich, J.; Bollen, K. A. *Psychol. Methods* 2001, 6, 195-210.

CG
CORRETORA
29 SET. 2015
DPVAT/PB

Conta referente a
CDC (Código do Consumidor): 5/1007106-8
Canal de contato

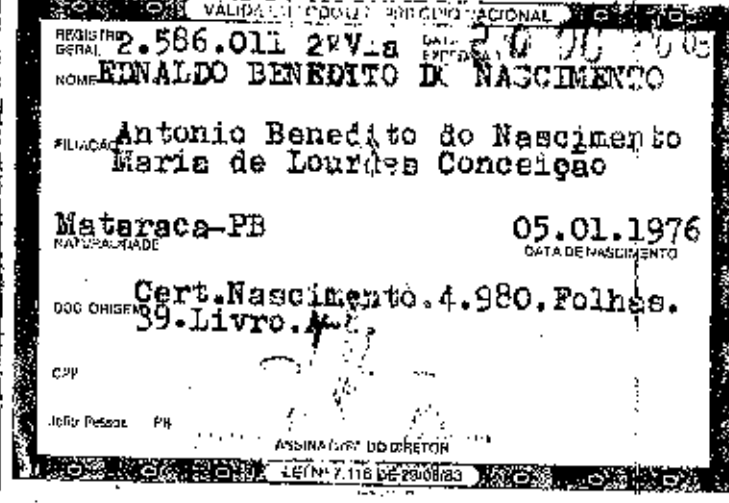
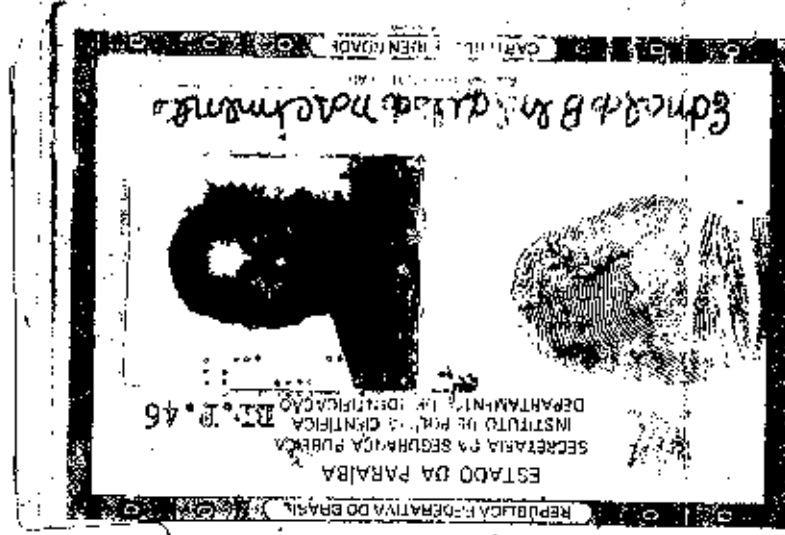
Ago / 2015

Apresentação

14/08/2015

Data prevista da prossima lettura

1.87092015



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

BI. P. 46

Ednaldo B. Nascimento

19 OUT. 2016

CG
CORRETORA
DPVAT/PB

VALIDA EM TODA A REGIAO NOROCCIDENTAL

RENOVADO EM 25/09/2016

2.586.011.28V-8

EDNALDO BENEDITO DE NASCIMENTO

Antônio Benedito do Nascimento

Maria de Lourdes Conceição

Matraca-PB

05.01.1976

DATA DE NASCIMENTO

39. LITRO. 4-6

Cert. Nascimento. 4.980. Folhas.

CPF

CPF

CPF

MINISTERIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

044 407 194-65

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

05.01.1976

POUPANCA

CAIXA

0277-8011-3398-1229

EDNALDO B. DO NASCIMENTO

064.013.00081908-7304/21

elo

CG
CORRETORA
DPVAT/PB

Conta referente a

Ago / 2015

Apresentação

14/08/2015

Data prevista da próxima leitura

16/09/2015

CD (Código do Consumidor): 5/1007106-6

Canal de contato

Apresentando ao cliente em euros 0600 0623 0196

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

BI. P. 46

05.01.1976

DATA DE NASCIMENTO

39. LITRO. 4-6

Cert. Nascimento. 4.980. Folhas.

CPF

CPF

CPF

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

BI. P. 46

Ednaldo B. Nascimento

19 OUT. 2016

CG CORRETORA DPVAT/PB



CAIXA

POUPANCA

0277-8011-3398-1229

EDNALDO B. NASCIMENTO

064013.00081908-7304/21

elo

MINISTERIO DA FAZENDA

Serviço de Receita Federal

CPF

044 407 194-65

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

05.01.1976

VALIDA EM TODA A REDE NACIONAL

RECEBIMOS 2.586.011 28V-8

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Antônio Benedito do Nascimento

Maria de Lourdes Conceição

Matraca-PB

05.01.1976

DATA DE NASCIMENTO

39. LITRO. 4-6

Cert. Nascimento. 4.980. Folhas.

CPF

Nome Pessoa

Assinatura do titular

CG CORRETORA

1907 131.612

DPVAT/PB

Conta referente a

Ago / 2015

Apresentação

14/08/2015

Data prevista da próxima leitura

16/09/2015

CD (Código do Consumidor): 5/1007106-6

Canal de contato

GRUPO MARIANO DOS SANTOS

FLAVIO CAVALLANTE PRODUÇÃO S.A. - FICHA INFORMATIVA

MAIACAP/PB CEP 56000-000

Endereço: Rua da Liberdade, 141

Telefone: (35) 3201-1111

E-mail: contato@grupomariadosantos.com.br

Site: www.grupomariadosantos.com.br

Apresentando ao cliente em euros: 0600 023 0196

Site: www.grupomariadosantos.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU
TRANSPORTADAS OU NÃO



PB Nº 012298188582 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		DATA EMISSÃO
2015		17/12/2015
VIA	CPF/CNPJ	PLACA
	64643670487	NNJ8637/PB
MARCA/MODELO		PLACA
HONDA/BIZ 125 ES		NNJ8637/PB
ANO FAB.	DATA INSC.	Nº CHASSI
2008	9	9C2JA04208R137050
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FMS (R\$)	DECATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	SEGURO	PAGAMENTO

COTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DE OUTORGÃO
	PARCELADO	16/12/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.008/0001-04
www.seguradoralider.com.br

17043-1053132-20151217



DETRAN - PB Nº 012298188582
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM. PRE 20150000520815-3
1 0098380461-8 00/00000000 2015

BERENICE PESSOA DA SILVA

64643670487

NNJ8637/PB

PLACA ANT. DE NNJ8637 RN 9C2JA04208R137050

ESP. DE TRC PAS/MOTONETA/NAO APLIC. COMPLETO GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP/POT/CIL 2 P/124 /C CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000

FAIXA LEIA	PARCELAMENTO COTAS	2
*****	0	3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000 PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 DATA DE EMISSÃO 17/12/2015

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LUCENA-PB

2194

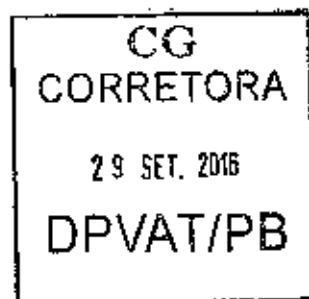


Assinatura Chaves Sousa

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB



local do acidente; Em frente a Praça de Mataraça,
perdeu o controle da moto e caiu no solo.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIBANES

DETRAN - PB Nº 012298188582
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
RRT 20150000520815
VIA 1 0098380461-8-00/00000000 2015

BERENICE PESSOA DA SILVA

54663670487

PLACA ANT. 111 NNJ8637 RN 9C2JA04208R137050

PAS/MOTONETA/NAO APLIC. GABOLINA

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP/POT/CL 2 P/124 7C CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/00001

IPVA FADIA LEVA 0 PARCELAMENTO COTAS 2 3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 100 (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 15/12/2015

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LUCENA-PB

2194

Arslan Chaves Sousa

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU NÃO

PB Nº 012298188582 - 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 17/12/20

VIA 54663670487 PLACA NNJ8637/PB

REMANEÇA MARCA/MODELO 00983804613 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2008 CAT. 9 9C2JA04208R137050

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO P A G O

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 16/12/2015

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.894/0001-04

www.seguradoralider.com.br

17043-1053132-20151217

CG
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIBANES

DETRAN - PB Nº 012298188582
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
RRT 20150000520815
VIA 1 0098380461-8-00/00000000 2015

BERENICE PESSOA DA SILVA

54663670487

PLACA ANT. 111 NNJ8637 RN 9C2JA04208R137050

PAS/MOTONETA/NAO APLIC. GABOLINA

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP/POT/CL 2 P/124 7C CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/00001

IPVA FADIA LEVA 0 PARCELAMENTO COTAS 2 3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 100 (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) 100 DATA DE PAGAMENTO 15/12/2015

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LUCENA-PB

2194

Arslan Chaves Sousa

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS F
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU NA

PB Nº 012298188582 - 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 17/12/20

VIA 54663670487 PLACA NNJ8637/PB

REMANEÇA 20983804613 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2008 CATEG. 9C2JA04208R137050

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO P A G O

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 16/12/2015

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.894/0001-04

www.seguredoraleder.com.br

17043-1053132-20151217

CG
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTODATA DO ACIDENTE 26/12/2013 CPF DA VÍTIMA 044.407.194-65

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIONº 5/N COMPLEMENTO BAIRRO NOVO HORIZONTECIDADE MATARACA UF PI CEP 58290-000E-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 BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

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

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


PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 29 SET. 2016NOME CORRETORAASSINATURA DPVAT/PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1090320/16
Vitima: 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: 29/09/2016
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 044.407.194-65

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 29/09/2016
Nome: Aldabeth Patrício da Silva
CPF: 892.881.734-04

Aldabeth Patrício da Silva





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
 DATA DO ACIDENTE 26/11/2013 CPF DA VÍTIMA 044.407.194-65
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO
 Nº 5/N COMPLEMENTO _____ BAIRRO NOVO HORIZONTE
 CIDADE MATAPAZ UF PR 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, 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 FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA 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 SEMPRE QUE LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204


PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/08/16
 NOME CORRETORE
 ASSINATURA [Assinatura]
 DPVAT/PR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições de Seguro DPVAT

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 INL

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: Aldabeth Patrício da Silva

CPF: 892.881.734-04

Aldabeth Patrício da Silva

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
 DATA DO ACIDENTE 26/11/2013 CPF DA VÍTIMA 044.407.194-65
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO
 Nº 5/N COMPLEMENTO _____ BAIRRO NOVO HORIZONTE
 CIDADE MATARACA UF PB CEP 58290-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) 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)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM
 OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE
 DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR
 VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA 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 SEMPRE QUE
 LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE
 GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204


PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/08/16
 NOME CORRETORE
 ASSINATURA [Assinatura]
 DPVAT/PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições de Seguro DPVAT

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 INL

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: Aldabeth Patrício da Silva

CPF: 892.881.734-04

Aldabeth Patrício da Silva

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB