Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2016

Carta n°: 8932161

A/C: EDILSON FREIRE PESSOA

Sinistro:	**3160224953 ASL-0829138/16**
Vitima:	**EDILSON FREIRE PESSOA**
Data Acidente:	**23/06/2014**
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 UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01269/01270 - carta_01
00020635

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2016

Carta n°: 8933125

A/C: EDILSON FREIRE PESSOA

Sinistro:	**3160224953 ASL-0829138/16**
Vitima:	**EDILSON FREIRE PESSOA**
Data Acidente:	**23/06/2014**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÃªNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/06/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- AutorizaÃ§Ã£o de pagamento infor.
incorretas

Pag. 00911/00912 - carta_03

00050456

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 UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2016

Carta n°: 9603045

A/C: EDILSON FREIRE PESSOA

Sinistro:	**3160224953 ASL-0829138/16**
Vítima:	**EDILSON FREIRE PESSOA**
Data Acidente:	**23/06/2014**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01703/01704 - carta_02
00060852

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2016

Carta n°: 9991706

A/C: EDILSON FREIRE PESSOA

Sinistro:	**3160224953 ASL-0829138/16**
Vitima:	**EDILSON FREIRE PESSOA**
Data Acidente:	**23/06/2014**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00787/00788 - carta_13

00070394

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, Edilson Freire Pessoa

PORTADOR(A) DO RG Nº 464 165 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 31/07/14 E CPF 161875394-00 /CNPJ _____. PROFISSÃO Agricultor E RENDA MENSAL DE R$ Razoável (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edilson Freire Pessoa, 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.

DOCUMENTO 1 *T1%*

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados [illegible] os:

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

[illegible] ra
18 MAR 2016

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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2235-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6.050.0

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) _____

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 Fevereiro de 2016 Edilson Freire Pessoa
LOCAL E DATA 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.

12548

09/03/2016 - BANCO DO BRASIL - 11:05:23
835119991 # 0004
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: EDILSON FREIRE PESSOA
AGENCIA: 2235-7 CONTA: 6.010-0

DATA 09/03/2016
NR. DOCUMENTO 83.511.999.100.0004
VALOR DINHEIRO
VALOR TOTAL

NR.AUTENTICACAO 8.9E3.352.CFA.5A2.DE2
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

18 MAR 2016

DOCUMENTO 1 *T1%*

UNIÃO 3160/22 4953

LIDER

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, EDILSON FREIRE PESSOA

PORTADOR(A) DO RG Nº 464.165 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 31 / 09 / 14 E

CPF 016873940-00 /CNPJ ___.___.___/____-__ PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R$ RECUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDILSON FREIRE PESSOA, 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 ou Salário ou Fundonal.
- 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 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2235-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6010-0

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) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE E 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.

17 AGO 2016

17 AGO 2016

JOÃO PESSOA, 24 de JUNHO de 2016 _____
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

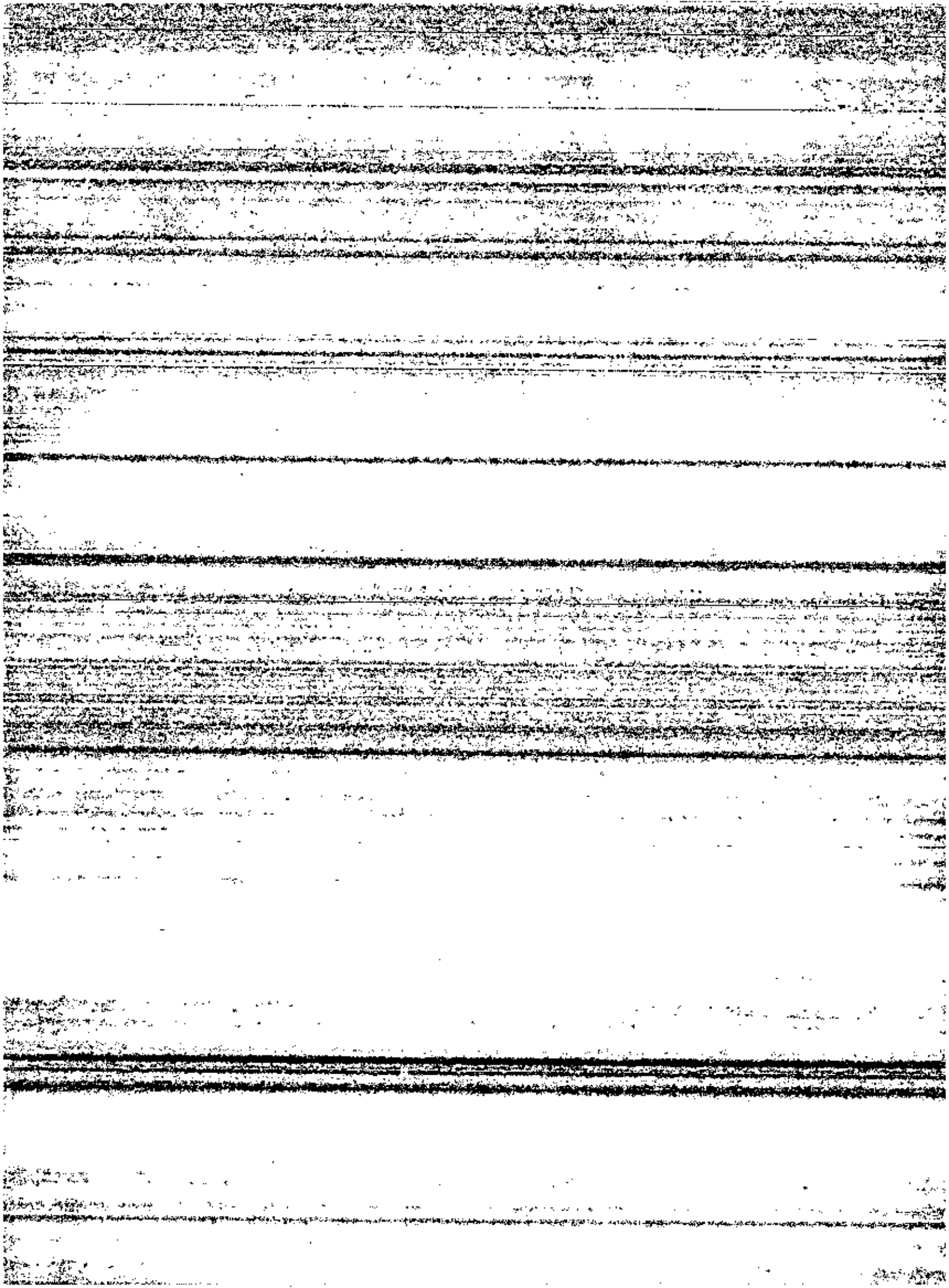
- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/28/2016 - Autoatendimento - 16:24:57
935172146 0422

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE EDILSON FREIRE PESSOA
AGENCIA: 2235-7
CONTA: 6.010-0
VALOR TOTAL

União
Seguradora
17 AGO 2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE DUAS ESTRADAS/PB
Rua do Comercio s/n, centro Duas Estradas/PB, Fone (83) 3265.1146-99300.1821.

CERTIDÃO

C E R T I F I C O que em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de Registro de Queixas de nº **001/2016** desta Delegacia de Polícia, nele encontrei as folhas **096** registro de nº **001/2016**, cujo teor passo a transcrever na Integra: aos dois (02) dias mês de Fevereiro (02) de dois mil e dezesseis (2016), nesta cidade de Duas Estradas/PB, na Delegacia de Polícia, presente, a DEL. POL. **LEONARDO GONÇALVES MACIEL PINHO**, Delegado de Polícia Civil, comigo, **TARCISO NOBERTO DA SILVA**, escrivã(o) de Polícia Civil, do seu cargo, ao final assinado, ai, por volta das **09h15** horas, compareceu: o (a) Sr.(ª) **EDILSON FREIRE PESSOA**, brasileiro, solteiro, natural de Duas Estradas/PB, com 57 anos de idade, data de nascimento 14/05/1958, **RG º 464.165-2ª Via-SSP/PB**, **CPF Nº 161.875.394-00**, filho de Severino Simão Pessoa e de Orita Freire Pessoa, Residente na Rua Costa Filho nº54, Duas Estradas/PB. ***Fez o seguinte registro***: QUE no dia 23 de Junho de 2014, por volta das 18H00 horas aproximadamente, o Noticiante quando se encontrava Guiando a sua **MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS KS, ANO E MODELO 2006/2007, COR VERMELHA, PLACA MOK3188/PB, CHASSI 9C2KD03207R006599, RENAVAN 90091988-8, CADASTRADA EM SEU NOME**, no perimetro Urbano desta cidade, no Conjunto Maria Salete, ao desviar de uma vala na rua, perdeu o controle e caiu com a Moto, sofrendo fraturas no ombro esquerdo, sendo socorrido pela Ambulância municipal, para o Hospital de Trauma em João Pessoa, onde foi Cirurgiado, conforme Laudo Medico anexo. O Noticiante registra Ocorrência e solicita certidão para requerer o Seguro Junto a **DPVAT**. Ass. **(EDILSON FREIRE PESSOA)**. Dou fé.

OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DENUNCIANTE.

Contato Fone (83) 3265.1047-OI FIXO-99195.5972-CLARO/PB.

http://www.polemicaparaiba.com.br/politica/os-inimigos-de-lula-e-os-milhoes-de-silva/

Duas Estradas/PB, 02 de Fevereiro de 2016.

TARCISO NOBERTO DA SILVA
Comissário de Policia Civil
Mat: 82662-6
Que o Digitei

POLICIA CIVIL

18 MAR 2016

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE DUAS ESTRADAS/PB
Rua do Comercio s/n, centro Duas Estradas/PB, Fone (83) 3265.1146-99300.1021.

CERTIDÃO

C E R T I F I C O que em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de Registro de Queixas de nº 001/2015 desta Delegacia de Policia, nele encontrei as folhas 096 registro de nº 001/2016, cujo teor passo a transcrever na integra: aos dois (02) dias mês de Fevereiro (02) de dois mil e dezesseis (2016), nesta cidade de Duas Estradas/PB, nas Delegacia de Policia, presente, a DEL. POL. LEONARDO GONÇALVES MACIEL PINHO, Delegado de Policia Civil, comigo, TARCISO NOBERTO DA SILVA, escrivã(o) de Policia Civil, do seu cargo, ao final assinado, ai, por volta das 09h15 horas, compareceu: o (a) Sr.(ª) EDILSON FREIRE PESSOA, brasileiro, solteiro, natural de Duas Estradas/PB, com 37 anos de idade, data de nascimento 14/05/1958, RG º 484.165-2ª Via-SSP/PB, CPF Nº 161.875.394-00, filho de Severino Simão Pessoa e de Orita Freire Pessoa, Residente na Rua Oeste Filho nº54, Duas Estradas/PB. Fez o seguinte registro: QUE no dia 23 de Junho de 2014, por volta das 18H00 horas aproximadamente, o Noticiante quando se encontrava Guiando a sua MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS KS, ANO E MODELO 2008/2007, COR VERMELHA, PLACA MOK3188/PB, CHASSI 9C2KD0220TR005599, RENAVAN 900919898-8, CADASTRADA EM SEU NOME, no perimetro Urbano desta cidade, no Conjunto Maria Salete, ao desviar de uma vaia na rua, perdeu o controle e caiu com a Moto, sofrendo fraturas no ombro esquerdo, sendo socorrido pela Ambulância municipal, para o Hospital de Trauma em João Pessoa, onde foi Cirurgiado, conforme Laudo Medico anexo. O Noticiante registra Ocorrencia e solicita certidão para requerer o Seguro Junto a DPVAT. Ass. (EDILSON FREIRE PESSOA). Dou fé.

OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DENUNCIANTE.

Contato Fone (83) 3265.1047-OI FIXO-99195.5972-CLARO/PB.

Duas Estradas/PB, 02 de Fevereiro de 2016.

TARCISO NOBERTO DA SILVA
Comissário de Policia Civil
Mat: 82562-6
Que o Digitei

COMPROVANTE DE ATO DECLARATÓRIO

COMPROVANTE DE ATO DECLARATÓRIO

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

LAUDO MÉDICO

DOCUMENTO 2 "T2%"

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	EDILSON FREIRE PESSOA
DATA DE NASCIMENTO	14/05/58
NOME DA MÃE	ORITA FREIRE PESSOA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	81.754
BOLETIM DE ENTRADA N.º	765.492
DATA DO ATENDIMENTO	23/06/14
HORA DO ATENDIMENTO	22:36
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Luxação gleno-umeral em ombro esquerdo
CID 10	S43.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma no ombro esquerdo. Glasgow 15. Ao exame presença de luxação de ombro esquerdo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo AP/P

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação gleno-umeral em ombro esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	24/06/14
DATA DA EMISSÃO:	24/11/14

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Se[illegible]ra
18 MAR 2016

DOCUMENTO 3 "T3%"

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edilson Freire Pessoa, portador da carteira de identidade nº 464.165 e inscrito no CPF/MF sob o nº 161.875.394-00 residente e domiciliado na Rua: Porto Filho, S/N, Centro, CEP: 58265000, Cidade Duas Estradas, Estado Paraíba declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(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.

Edilson Freire Pessoa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 07 de julho de 2014

Local e data

Recebido
Seguradora
18 MAR 2016

DOCUMENTO 2 - T2%

EDILSON FIUZA PESSOA
RUA COSTA FILHO, S/N - CENTRO
QUATIS ESTRADAS / PB CEP: 58265000 (xG: 22)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 00.096.169/0001-40 Insc Est 16015823-0

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 15 - 31 - 340 - 6570
Nº medidor: 0E 000823584
Referência: Jan / 2016
Emissão: 25/01/2016

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 | 091 | 030
Código para Débito Automático: 000100872211

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

RESERVADO AO FISCO 8048 55ef c005 8d84 fcee 820a 6d08 8564

Conta referente a: Jan / 2016

UC (Unidade Consumidora): 5/1006722-1

Canal de contato

Não deixe água parada. Todos contra a dengue, zika e chikungunya

Apresentação: 25/01/2016

Data prevista da próxima leitura: 24/02/2016

CPF/ CNPJ/ RANI: 181875 394 00

Faturas em atraso

05/01/2016	48,74
07/08/2015	48,83

Cálculo de consumo

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
24/12/15	18859	25/01/16	18896	1	37	32

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo (kWh)	37	0,421810	15,47
Adic. B. Vermelha			1,88
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (ISENTO)			
PIS			0,26
COFINS			1,20

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/15	87
Nov/15	98
Out/15	89
Set/15	57
Ago/15	74
Jul/15	42
Jun/15	73
Mai/15	48
Abr/15	97
Mar/15	74
Fev/15	82
Jan/15	73

Média dos últimos meses: 69 kWh

VENCIMENTO: 01/02/2016

TOTAL A PAGAR: R$ 18,59

Indicadores de Qualidade 2015 - Dezembro

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	8,90	0,57
DIC TRIMESTRAL	17,70	
DIC ANUAL	35,40	
FIC MENSAL	3,70	1,00
FIC TRIMESTRAL	7,47	
FIC ANUAL	14,85	
DMIC	4,92	0,87
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL		220
CONTRATADA		
LIMITE INFERIOR		202
LIMITE SUPERIOR		231

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	5,72	30,77
Compra de Energia	9,15	49,22
Serviço de Transmissão	0,45	2,42
Encargos Setoriais	1,91	8,74
Impostos Diretos e Encargos	1,46	7,85
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**18,59**	**100,00**

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 11/2015) R$ 12,43

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/02/2016 Conforme Resolução da ANEEL. O pagamento após essa data não é mais a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Leitura confirmada

18 MAR 2016

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edilson Freire Pessoa,

RG nº 464.165, data de expedição 31/07/14, Órgão SSDS-PB,

CPF nº 161 875 394-00, 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)	Costa Filho
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	Centro
Cidade	Duas Estradas
Estado	Paraíba
CEP	59265-000
Telefone de Contato	(83) 99155.5651 / 98868.2495
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 22 de Fevereiro de 2016.

Assinatura do Declarante: Edilson Freire Pessoa

18 MAR 2016

DOCUMENTO 4 "T4%"

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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	EDILSON FREIRE PESSOA
DATA DE NASCIMENTO	14/05/58
NOME DA MÃE	ORITA FREIRE PESSOA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	81.754
BOLETIM DE ENTRADA N.º	765.492
DATA DO ATENDIMENTO	23/06/14
HORA DO ATENDIMENTO	22:36
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Luxação gleno-umeral em ombro esquerdo
CID 10	S43.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma no ombro esquerdo. Glasgow 15. Ao exame presença de luxação de ombro esquerdo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo AP/P

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação gleno-umeral em ombro esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	24/06/14
DATA DA EMISSÃO:	24/11/14

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

18 MAR 2016

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA

Nome: Edilson Freire Pessoa				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: 24/06/14				Data da alta: 24/06/2014	

Diagnóstico inicial: Luxação Glenoumeral (E) Fratura da Grande Tuberosidade do úmero (D)

Diagnóstico final: O Mesmo

Outros diagnósticos:

Principais exames: Exame físico Radiografias

Cirurgia realizada – data e equipe: Redução incruenta da luxação Glenoumeral 24/06/14 Fratura não desviada da Grande tuberosidade (D) tto conservador.

Terapêutica medicamentosa:

Anatomia patológica:

Infecção: sim( ) não(X) Coleta de material: sim ( ) não (X)

Resultado bacteriologista:

Condições de alta: Melhorado(X) Removido( ) A pedido( ) Curado( ) Óbito( )

Resumo Clínico: historia evolução, terapêutica, complicações:

Jovem vítima de queda de moto admite evolução com luxação Glenoumeral (E) e fratura não desviada do grande tuberosidade

Orientações Pós Alta

Dieta:

Repouso:

Relativo em casa por, _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.

Retorno às atividades cem esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.

Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Treze de Maio.

Medicações para casa: _____

Retorno:

Ao posto de saúde em HTOP 04/07/2014 para retirada de ponto.

Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.

João Pessoa; 24 de 06 de 14

Dr. Tiago Martins Fonseca
Médico Ortopedista
CRM: 8082 - PB
RQE: 9514

Ass. Médico/CRM

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINSTERIO DO TRABALHO,CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr Tiago

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
04/07/17		13h	

18 MAR 2016

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Edson Jorge

DATA DO ATENDIMENTO: 23/09/14

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): [illegible]

DIAGNÓSTICO: [illegible]

PROCEDIMENTO: [illegible]

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-079
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 464.165 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/07/2014

NOME EDILSON FREIRE PESSOA

FILIAÇÃO SEVERINO SIMÃO PESSOA
ORITA FREIRE PESSOA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
DUAS ESTRADAS-PB 14/05/1958

DOC ORIGEM
CAS. C/ AVERB.N.2069 F.238 L.B 5
CARTORIO JOÃO PESSOA-PB

CPF
161.875.394-00

ASSINATURA DO PORTADOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTO 5 "T5%"

18 MAR 2016

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **161.875.394-00**

Nome da Pessoa Física: **EDILSON FREIRE PESSOA**

Data de Nascimento: **14/05/1958**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

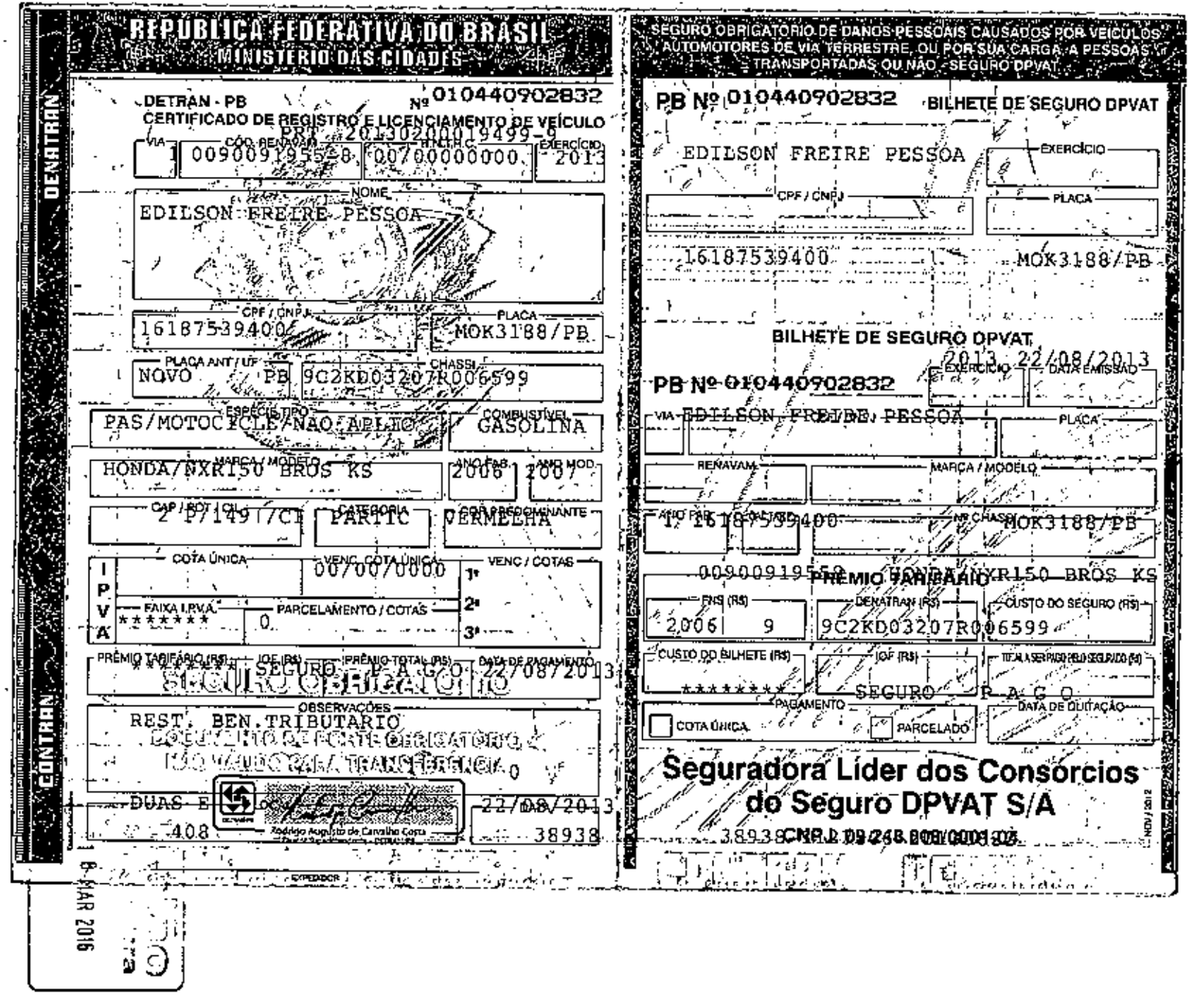
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:20:12** do dia **24/02/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **F6F2.88CE.FB6F.CA86**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br. (http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp)

18 MAR 2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB Nº 010440902832
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT 20130200019499-6

VIA	CÓD. RENAVAM	RENACH	EXERCÍCIO
1	00900919552-8	00700000000	2013

NOME: EDILSON FREIRE PESSOA

CPF / CNPJ	PLACA
16187539400	MOK3188/PB

PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KD03207R006599

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS KS	2006	2007

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	00/00/0000	1ª
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
*******	0	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO P A G O		22/08/2013

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES
REST. BEN. TRIBUTARIO
SEGURO OBRIGATÓRIO
NÃO VALE COMO TRANSFERÊNCIA

DUAS E [illegible] 22/08/2013
408 38938
Rodrigo Augusto de Carvalho Costa

EXPEDIDOR

18 MAR 2016

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 010440902832 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDILSON FREIRE PESSOA

EXERCÍCIO	CPF / CNPJ	PLACA
	16187539400	MOK3188/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2013 22/08/2013
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

PB Nº 010440902832

VIA EDILSON FREIRE PESSOA PLACA

RENAVAM	MARCA / MODELO
00900919552	HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB.	ANO MOD.	Nº CHASSI
2006	2007	9C2KD03207R006599

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
2,006	9	

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TEXA SERVIÇO (R$) SEGURO (R$)
********	SEGURO P A G O	

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

38938 CNPJ 09.248.608/0001-04

DOCUMENTO 6 - T6%