

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2016

Carta nº: 8845464

A/C: GERALDO DOS SANTOS FERREIRA

Sinistro: 3160195554
Vitima: GERALDO DOS SANTOS FERREIRA
Data Acidente: 23/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GUSTAVO MELO GONCALVES

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2016

Carta nº: 8990039

A/C: GERALDO DOS SANTOS FERREIRA

Sinistro: 3160195554 ASL-0130826/16
Vitima: GERALDO DOS SANTOS FERREIRA
Data Acidente: 23/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GUSTAVO MELO GONCALVES

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

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, e não que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Genaldo dos Santos FerreiraPORTADOR(A) DO RG Nº 2.418.550EXPEDIDO POR SSP/PBEM 31/01/2016CPF (13) 7899254-20 / CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Genaldo dos Santos Ferreira. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a construir 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 Empresaria - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPPA;
- 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);
- Titulo do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.iafazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT 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 e/ou em preto e branco, fornecido de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de endereço 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) 4982 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0003694-6

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.

Patos PB 29 de fevereiro de 2016

LOCAL E DATA

GUSTAVO MELO GONCALVES

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte ou invalidez do acidente, indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez e seguro prevista na Lei 11.945/2009 e reembolso de até R\$ 2.000,00 para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, ace

DOCUMENTO 1 *T1%*

Emissão vigente
de acordo com a

0221204.



ARUANA SEGUROS

21 MAR 2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA
15ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PLANTÃO CENTRALIZADO - PATOS/PB



Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB - CEP: 58700-410 -
Tel./Fax: (83) 3423-2553

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrência desta Delegacia, encontrei uma Ocorrência Policial Nº 938/16 cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos VINTE E QUATRO (24) dias do mês de **FEVEREIRO** do ano de **DOIS MIL E DEZESSEIS (2016)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. **MANOEL MARTINS FERNANDES**, compareceu o (a) Sr. (a) **GERALDO DOS SANTOS FERREIRA**, casado, data de nasc. 06.01.1966, natural de Patos/PB, Filho(a) de Manoel Ferreira da Silva e Maria Soares dos Santos, Residente a Rua: Alba Lucia Lucena, s/n, conjunto dos sapateiros, Patos/PB, Tel. (83) a fim de prestar a seguinte ocorrência:

QUE, no dia 23.11.2015, por volta das 17h00min, o queixoso seguia pela rua Maria Augusta Limeira, bairro de Monte Castelo, nesta cidade, guiando sua bicicleta, quando foi atropelado por um veículo, tendo sofrido lesão na cabeça, foi atendido no local por uma equipe do SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Patos.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé. TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Noticiante:

Patos/PB, 24 de fevereiro de 2016

ANTONIO MENDONÇA FILHO
MT 139.186-1

ARUANA SEGUROS

11 MAR 2016

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
At. Público Patos, 174 - Centro
CEP 58700-410 - Patos - Paraíba
Tel: (83) 3421-2735
Fax: (83) 3421-6020

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 01/03/2016 08:59:46
VILMA DE LUCENA MORAIS - ESCRITURARIA
[2016-008695] EMUL:R\$ 2,12 FASEM:R\$ 0,25 FEPO:R\$ 0,42 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: ADM94892-M156
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





**SAMU
192**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192**



Ponto de Referência:

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:

Em frente a Bom fim Construção

USB-06

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: 23/11/2010	OCORRÊNCIA: 10	PACIENTE / USUÁRIO: CARLOS DOS SANTOS FERREIRA	IDADE: 49	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua Maria Augusta Lima	Bairro: Monte Castelo	MÉDICO REGULADOR: Dr. Denilson		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEÇA: _____ METROS
☐ ELETRICIDADE	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP RESPONSÁVEL: Teodoro de Andrade FUNÇÃO: CRM: 2563

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Acidente, colisão Bicicleta - carro Dor
em MSE + dor cervical + cefaleia + vômitos / náusea
+ lesão em couro cabeludo indicativo de sutura

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: X FC: FR: 110 TEMP: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: SpO2 97 SpO2 92

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☒ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desorientação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☒ Mado ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☒ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: _____

INTERVENÇÕES:

Imobilização em prancha rígida + colar cervical +
fixativo + transporte p/ o HRP

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado, vítima de colisão de bicicleta
com automóvel. Encontrava-se em decúbito dorsal com
hemorragia, escoriações na face. Referindo dor em escápula
de MSE (dor aguda). Realizado imobilização em prancha rígida
com colar cervical + fixativos. Médico Regulador = transporte p/ o HRP.



ARJANA SEGUROS

1.1 MAR 2016

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALASITRAÇÃO ☐ OTOTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVação DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____

R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____ MAT: _____

AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: _____

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Geraldo dos Santos Ferreira, portador da carteira de identidade nº 2.418.550 e inscrito no CPF/MF sob o nº 737.899.254-20, residente e domiciliado na Rua Albrakucia de Lucena, S/N, Monte Castelo, Cidade Patos, 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:

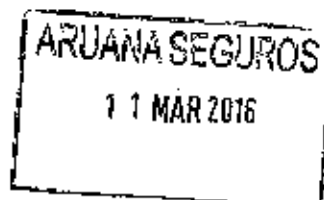
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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.

GUSTAVO MELO GONCALVES

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Patos - PB 29.02.2016

Local e data

DOCUMENTO 3 "T3%"





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Genaldo dos Santos Ferreira

RG nº 2.418.550, data de expedição 31/01/2002, Órgão SSP

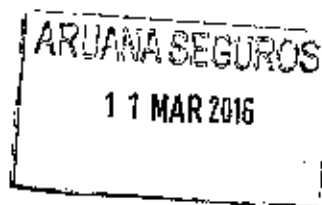
CPF nº 737.899.254-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Albalucia de Loucena</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte Castelo</u>
Cidade	<u>Patos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58870000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)9.9611-2684 / (83)9.8207-8649</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos - PB 29.02.2016

Assinatura do Declarante: Gustavo Heio Gonçalves



MARIA DO SOCORRO DE QUEIROZ SANTOS
RUA ALBILUCIA DE LUCENA, S/N - MONTE CASTELO
PATOXI/PB CEP: 58870000 (AG 118)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRIO MONOFÁSICO
Ratificação: 10 - 118 - 533 - 2550 Referência: Fev/2018
Número do: 00008325727 Emissão: 17/02/2018

ENERGISA PARAIBA: OSEI/RENDADORA ENERGISA S/A

R. 230, Alameda - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
CNPJ 08.096.183/0001-40 - INSC EST 18.015.822-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 732 550
Código para Dúvida Automática: 00015018414

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1506841-4

Fev/2018

Canal de contato

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2002.
- Redução do valor da bandeira vermelha para o patamar 1, R\$ 3,00 a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/02/2018.

17/02/2018

Data prevista da próxima leitura

17/03/2018

CPF/CNPJ/RANI

8383821425

INSC. EST.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 12/02/2018 PAGAS
CORIGADAS

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
15/01/18	4263	17/02/18	4380	1

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,14463	4,33
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	87	0,24784	19,81
Adic. B. Vermelha			1,89
Subsídio			21,35
ICMS			18,31
PIS			0,84
COFINS			3,81
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			5,75
JUROS DE MORA 01/2018			0,04
MULTA 01/2018			0,08
COMPENS. PINDICADOR DIC ANUAL 12/2018			-0,87
Devolução Subsídio			-21,35

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/18	83
Out/16	104
Nov/16	87
Out/16	108
Set/16	88
Ago/16	102
Jul/16	104
Jun/16	114
Ma/16	93
Abr/16	99
Mar/16	113
Fev/16	80

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	65,23	25,00	16,31
PIS	65,23	1,0000	0,64
COFINS	65,23	6,0000	3,81

VENCIMENTO

24/02/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 49,56

Média dos últimos meses

100 kWh

RESERVADO AO FISCO

5814.e911.9bbf.4452.e231.b631.b957.8ae9

Indicadores de Qualidade 12/2016 - JANEIRO

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,00	1,31	
DIC TRIMESTRAL	12,00		
DIC ANUAL	24,12		
FIC MENSAL	9,80	2,00	
FIC TRIMESTRAL	7,10		
FIC ANUAL	14,20		
DMC	3,54	1,28	
DIGR	12,22		

Composição do valor total da sua

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dtl. da Energisa PB	14,75	29,52
Compra de Energia	23,80	47,80
Gerção de Transmissão	1,16	2,32
Energias Especiais	4,87	9,75
Impostos Diretos e Encargos	27,71	55,85
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	71,68	100,00

Valor do EUSO (Rel. 12/2015) R\$ 12,18

ATENÇÃO

- Sua unidade foi instalada como Balcão Ponto, tendo um desconto de R\$ 21,35

ENERGISA PARAIBA

Ratificação: 10 - 118 - 533 - 2550
Matrícula: 1506841-2016-02-4

VENCIMENTO

24/02/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 49,56

8364000000-3 49560054000-1 15068412016-8 02401180019-0





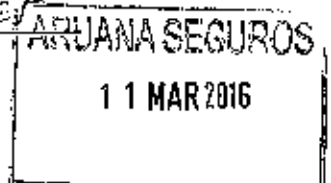
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gustavo Melo GonçalvesRG nº 2003003019847 data de expedição 21 / 01 / 2003 Órgão SSP

CPF nº 629.732.153-15, 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 Juvenal Bello</u>
Número	<u>48</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Belo Horizonte</u>
Cidade	<u>Patos</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58700-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)9.9611-2684 / (83)9.8207-8649</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos-PB 24.02.2016Assinatura do Declarante: GUSTAVO MELO GONCALVES



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência do Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gustavo Melo Gonçalves, portador(a) do

RG nº 200300.2019847, expedido por SSP/CE, em

21 / 01 / 2003, CPF/CNPJ nº 629.732.153-15,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Geraldo

Santos Ferreira do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

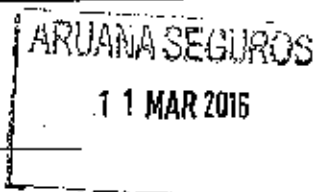
da vítima Geraldo Santos Ferreira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: WUOJO Renda Mensal: R\$ WUOJO

Documentos comprobatórios: _____

GUSTAVO MELO GONCALVES
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



JUSTIÇA



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268/0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

Atendimento: ATROPELAMENTO

Paciente: GERALDO SANTOS FERREIRA

Mãe: MARIA SOARES DOS SANTOS

Nascimento: 6/1/1966 Idade: 49 Cor: PARDA

Profissão: CARROCEIRO

Endereço: ALBA LUCIA DE LUCENA

Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808

CNS: Identidade: 2.418.550

CPF: Reg. Nasc.: Recepcionista: Nêide

Data / Hora: 23/11/2015 17:47:44

Peso: PA: Temp: 55313

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente: GERALDO SANTOS FERREIRA

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

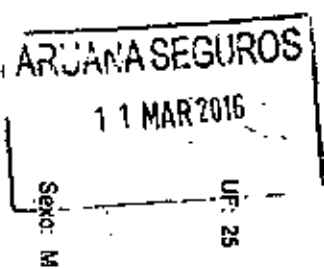
Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44



0001 4 01NEMW17300

VUE / Samuel / Universidade

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

Alta: 23/11/2015 17:47:44

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐

2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS ☐

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	03	01	06	00	28
2.	02	04	03	01	70
3.	02	04	01	01	16

Ass. dos Procedimentos Hospitalares - GENTILDO

TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE - 2563 - 700-0036-9089-2707

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carlombo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carlombo

ENCARGADO

Declaração

Declaro para os devidos fins de direito, que por erro de digitação do hospital, os dados do paciente Geraldo dos Santos Ferreira, e não Geraldo Santos Ferreira.

Patos, 02 de Fevereiro de 2016.

Poliana Dias Davi
Poliana Dias Davi
COORDENADORA DA RECEPÇÃO
MAT. 211.258-2

ARQUIVADOS
11 MAR 2016

Poliana Dias Davi
Coordenadora da recepção

DOCUMENTO 5 "T500"

GERAÇÃO VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.418.550-2872a DATA DE EMISSÃO 01/01/2012

GERAÇÃO GERAÇÃO DOS SANTOS FERREIRA

Manoel Ferreira da Silva

Maria Soares dos Santos

Patos-PB 06.01.1966

Cert. Cas. 164.1.118.6 J. Liv. 1445.

cart. Patos-PB

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PARAIBA

63-93

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PARAIBA

63-93

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

ARJANA SEGUROS

11 MAR 2016

MINISTERIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
737.899.254-20

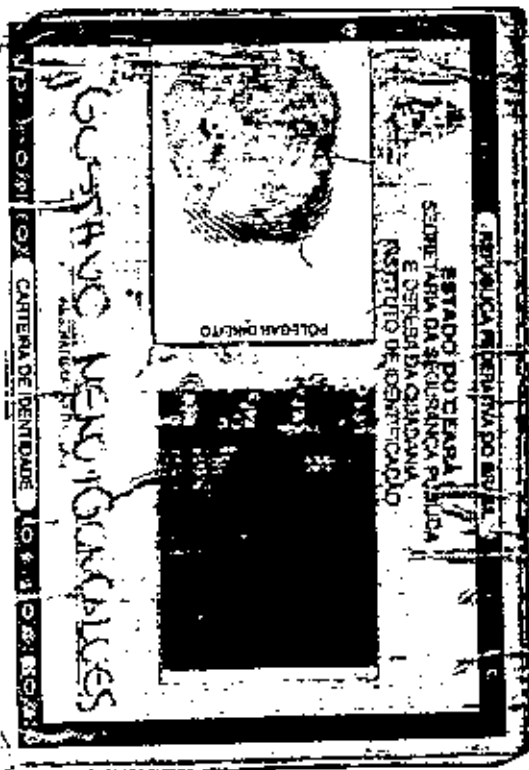
Nome
GERALDO DOS SANTOS FERREIRA

Nascimento
06/01/1966

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

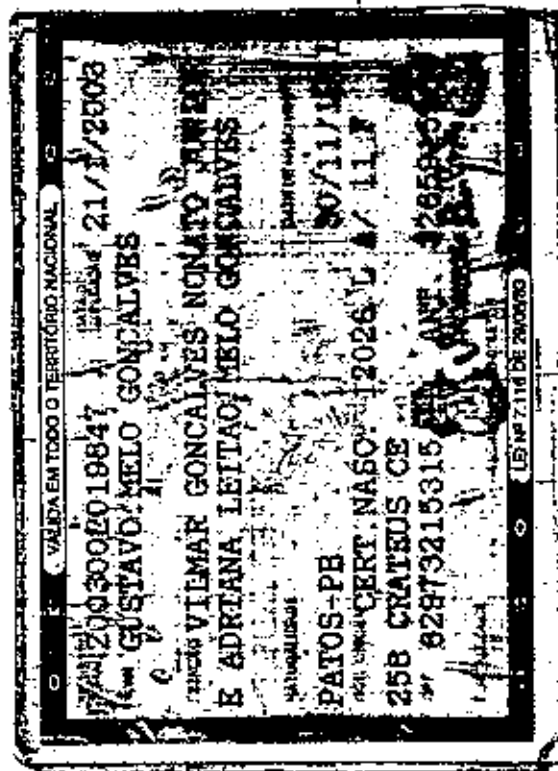
ARUANA SEGUROS
11 MAR 2016

DOCUMENTO 3 *T3%



REFERENCES

11 MAR 2016



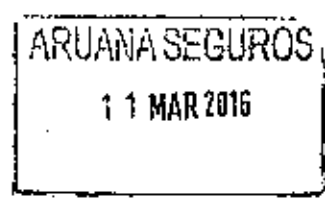
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Genaldo dos Santos Ferreira, brasileiro(a),
estado civil casado, profissão Segurante, CI RG nº
2.418.550, CPF/MF nº 737.899.254-20 residente e domiciliado(a)
à RUA ALBAULIA DE LUENA, S/N - MONTE CASTELO, Cidade de
Patos, Estado Paraíba, CEP:
58870000, telefone (83)9.9644.2684, (83)9.8207.8649

OUTORGADO: Gustavo Melo Gonçalves, CNPJ/CPF 629.732.153-15
sob o nº 200.300.201.9847, com endereço profissional à
Rua General Borda, 48, Belo Horizonte, na cidade de
Patos, Estado do Paraíba

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
GUSTAVO MELO GONÇALVES
a autenticidade da(s) firma(s) de:
a testada verdade. Patos-PB 24/02/2016 15:31:45
Dilata de Souza Santos - Tabelião Substituto
2016-0021417ENL-03 PB 09 FASEJES 0725 PERS-01 10 100-R1 Q 25
SELO DIGITAL: 40922258-1000
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



Patos-PB, 24 de Fevereiro de 2016

ALDO
XAVIER



GUSTAVO MELO GONÇALVES
OUTORGANTE



ALDO XAVIER

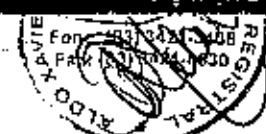
SERVIÇOS NOTARIAL E REGISTRAL

IONEIDE XAVIER CESAR

TITULAR

ARLENE MOURA XAVIER DANTAS

SUBSTITUTA



LIVRO: 0100

FOLHA: 189



PROCURAÇÃO

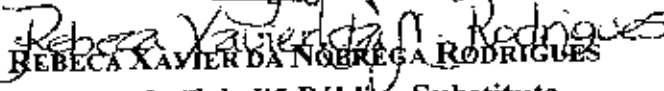
ARUANA SEGUROS

11 MAR 2016

SAIBAM quanto esta Pública Procuração virem que aos 24 (vinte e quatro) dias do mês de fevereiro do ano de 2016 (dois mil e dezesseis), neste **ALDO XAVIER - SERV. NOTARIAL E REGISTRAL**, situado na Rua Pres. Epitácio Pessoa, 234 - Centro - Patos - PB, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **IONEIDE XAVIER CESAR - Titular**, compareceu como **OUTORGANTE** o Sr. **GERALDO DOS SANTOS FERREIRA**, brasileiro, casado, vigilante, portador do Documento de Identidade RG nº 2418550-SSP/PB.(2ª via), inscrito no CPF/MF nº 737.899.254-20, residente e domiciliado na rua Albalucia Lucena, s/nº, bairro Monte Castelo, nesta cidade de Patos, Estado da Paraíba; identificado como o próprio por mim Notária, à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim por ele me foi dito que constituía e nomeava seu bastante procurador o Sr. **GUSTAVO MELO GONCALVES**, brasileiro, casado, corretor de seguros, portador do Documento de Identidade RG nº 2003002019847-SSP/CE., inscrito no CPF/MF nº 629.732.153-15, residente e domiciliado na Juvenal Ledo, nº 48, bairro Belo Horizonte, nesta cidade de Patos, Estado da Paraíba; a quem confere amplos e gerais poderes para resolver assuntos referentes ao **REQUERERIMENTO JUNTO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS S/A**, na vida administrativa, podendo para este fim o procurador: assinar declaração de proprietário do veículo em nome do outorgante, requerer, juntar, apresentar e desentranhar documentos, receber certidões, assinar qualquer documento que se faça necessário, apresentar documentos exigidos, assinar correspondências, assinar contratos, aceitar cláusulas e condições, concordar, discordar, estipular prazos, tudo o mais praticar para o inteiro e fiel cumprimento do presente Instrumento, podendo ainda, constituir procuradores e advogados, se for necessário, com os poderes das cláusula "adjudicia" e "extra", para o foro em geral, representando-o perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo outorgante, que por eles se responsabiliza. Recolhidas as Taxas FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 4,61, FARPEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 8,49, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 1,27, sendo os Emolumentos 42,45, pagos em 24/02/2016. Selo Digital: ACW05498-QI68. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lida sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando o Sr. **ALTEMIR SOUSA ARAUJO JUNIOR**, brasileiro, solteiro, corretor de seguros, portador da Cédula de Identidade RG Nº 20072142930-SSP/CE., inscrito no CPF/MF sob o Nº 049.180.413-02, conforme constam na Carteira Nacional de Habilitação - CNH Nº 05895253945, residente e domiciliado na Rua Enildo Torres, s/nº, Apartamento 101, 1º andar, Bairro Liberdade, nesta cidade de Patos, Estado da Paraíba, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que **DECLAROU SER ANALFABETO** e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. Eu, **REBECA XAVIER DA NÓBREGA RODRIGUES** (Assinatura), Segunda

Tabeliã Pública Substituta, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **REBECA XAVIER DA NÓBREGA RODRIGUES** - Segunda Tabeliã Pública Substituta do **ALDO XAVIER - SERV. NOTARIAL E REGISTRAL**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa a rogo) **ALTEMIR SOUSA ARAUJO JUNIOR**.

Em testemunho () da verdade.


REBECA XAVIER DA NÓBREGA RODRIGUES

- Segunda Tabeliã Pública Substituta -

