

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JAILDO DE LIMA PEREIRA,
RG nº 1903563, data de expedição / / ,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 046.386.644-40, com
domicílio na cidade de MANAIRA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DA CAIXA D'ÁGUA - CENTRO, nº 514,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima GERALDO MOISES DE ARRUDA, cujo o condutor era
JAILDO DE LIMA PEREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN RS
Ano: 2012/2017
Placa: DPA 6345
Chassi: 9C25C4110CR588433
Data do Acidente: 16/08/2017
Local e Data: MANAIRA - PB 16/12/2017

Jaildo de Lima Pereira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

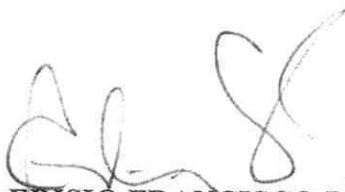


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente **GERALDO MOISES DE ARRUDA** portador (a) do **RG 2130800 SSP-PB**, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de Atendimento Ambulatorial referente ao dia **16/08/2017**.

Princesa Isabel-PB, 06 de junho 2018.



EDISIO FRANCISCO DA SILVA
Diretor Geral
Mat.184.461-0



NEGO

ALAMÊDA DAS ACÁCIAS, Nº 1444 –
ALTO DO CASCAVEL - PRINCESA ISABEL - PB
CEP 58.755-000- CNPJ – 08.778.268/0039-33
FONE: (83) 3457-2585/ 3457-2489



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente **GERALDO MOISES DE ARRUDA** portador (a) do **RG 2130800 SSP-PB**, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de Atendimento Ambulatorial referente ao dia 17/08/2017.

Princesa Isabel-PB, 06 de junho 2018.



EDISIO FRANCISCO DA SILVA

Diretor Geral
Mat.184.461-0

CNES: 2321637 CNPJ: 08.778.268/0039-33
NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL
ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL
CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: CONSULTA

Paciente: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Mae: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS

Pai: MOISES VICENTE DE ARRUDA

Nascimento: 19/01/1968 Idade: 49 Cor: PARDA Sexo: M

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: SÍTIO BELEM

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008

Naturalidade: MANAIRA - PB

CNS: 127-3698-3140-0009

CPF: 17/08/2017 09:06:16 Reg. Nasc.: 2130800 SSP PB

Data / Hora: 17/08/2017 09:06:16 Recepcionista: LINDAURA

Ficha Número: 83977

43898

PESO: 48 kg PA: 180 x 70 mmHg TEMP: 36 °C

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

pac. em estado (estável)
paciente com dor nas
articulações, supracardíaca

EXAMES RE

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel - PB 08/08/2018 08:44:37
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente
[2018-002207] EML: N.º 2.37 FARMEN: N.º 2.37
Selo Digital: A6166458-0824
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.gov.br>

58.550.2 54.5

8 18 18

01 - ELETIVO 02 - URGÊNCIA 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRICAO

DIAGNOSTICO

Trauma com fratura de fêmur

CID-10

MEDICACAO

ENCAMINHAMENTO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

RESIDENCIA

INTERNAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

RESIDENCIA

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	0	2	9
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Cirm / Cns

ALAN MOURA - 8495 - 258-9545-5545

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

CPF: 840.481.664-68

SUS: 124 5586 9345 0009

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente **GERALDO MOISES DE ARRUDA**, portador (a) do RG de nº **2.130.800 SSP/PB** encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de Atendimento Ambulatorial referente ao mês de **AGOSTO/2017**.

Princesa Isabel-PB, 19 setembro de 2017.


EDISIO FRANCISCO DA SILVA
Diretor Geral
Mat.184.461-0

SUS
ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2321637 CNPJ 02.778.268/0039-33
NOME HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL
ENDEREÇO ALAMEDA DAS ACACIAS, 1414 ALTO CASCAVEL
CIDADE PRINCESA ISABEL ESTADO PARAIBA UF 25

Atendimento: CONSULTA

Paciente: GERALDO MOISES DE ARRUDA
Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS
Pai: MOISES VICENTE DE ARRUDA
Nascimento: 19/01/1968 Idade: 49 Cor: PARDA Sexo: M
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço: SÍTIO BAIXO Num.: SN
Bairro: ZONA RURAL Fone:
Cidade: MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008
Naturalidade: MANAIRA - PB Identidade: 2130800 SSP PB
CNS: 127-3698-3140-0009 Reg. Nasc.:
CPF: Recepcionista: IVANIELLE
Data / Hora: 16/08/2017 18:22:01 Ficha Número: 83957 43898

PESO: PA: TEMP:
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que se foi
apresentado, em testemunho da verdade.
Princesa Isabel - PB 19/09/2017 09:13:19
Marta Rodrigues dos Santos - Escrivente
12017-0067171 CNH: 44.2.31 FAPEN: 0.27 FEP: 08.04.06
SEL0010101: AF80111-1008
Confira a autenticidade em <http://selodigital.vfpb.jus.br>

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

- 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
PROCEDIMENTO DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA
2. APLICADA
ENCAMINHAMENTO
OBSERVAÇÃO
RESIDÊNCIA
OUTRO HOSPITAL
ÓBITO
INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	0	2	9
2 -	0	4	0	1	0	1	0	0	5	8
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistente, Farmacêutico, Físico

CRM PB 9603

Médico / Crm / Cns

CNS 703404579057994

CBO

FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS - 9603 - 162-4903-6262-0000
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSAVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Heraldo Moisés Silva

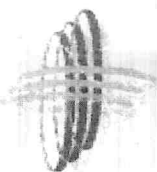
Dictames...
ZD Dictas qui in der
12.08.17, às 09:06h, atendido
em uma consulta no
HRPI, Paciente masculino de 40
anos, com queixa de dor
apresentando uma lesão por occlusão
D. (trauma) e Epistaxe nasal
hemorragia com orelha, após
exame médico e exame de sangue
e plaquetas e hemograma, com
controle, encaminhado

P(hemograma) (exame)
(Médico / Carimbo/CRM)

Data: 13/12/17 HD: Fratura UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

DR. ALAN MOURA
CRM 22.177/2015





São Vicente **DIAGNÓSTICOS**

PACIENTE: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Data: 24/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado sem a injeção de contraste endovenoso.

ANÁLISE:

Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação normal.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas normais para faixa etária.

Ventrículos laterais e III ventrículo de forma e dimensões preservadas.

Cerebelo, tronco cerebral e IV ventrículo de configuração anatômica habitual.

Ausência de desvios das estruturas da linha média, coleções, sinais de sangramento recente ou insulto isquêmico.

Fratura das paredes lateral e medial e assoalho da órbita direita, sem desvios significativos.

Fratura cominutiva das paredes anterior e lateral do seio maxilar direito, com leve desvio medial de fragmentos da parede lateral.

Fratura do arco zigomático direito, sem desvios significativos.



Dr. Renan Gomes Bringel
Radiologista
CRM/PE: 24.467



011.552.564-50

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

01-10

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2 130 800 DATA DE EXPEDIÇÃO 01 AGO 1994

NOME GERALDO MOISES DE ARRUDA

FILIAÇÃO Moises Vicente de Arruda

Francisca Maria dos Santos

Manaira-PB NATURALIDADE 19.01.1968 DATA DE NASCIMENTO

Cert.de Cas.nº7705-Fls.54v-Liv.BA- DOC ORIGEM

Cart.Princesa Isabel-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

011.552.564-50

Nome

GERALDO MOISES DE ARRUDA

Nascimento

19/01/1968

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão

Fevereiro/2005

CORREIOS
www.correios.com.br

MBM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIO

NOME
ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5023854 SSP PE

CFF
023.679.274-13

DATA NASCIMENTO
30/03/1977

FILIAÇÃO
AGENOR GOMES DA SILVA
LUZINETE GOMES DA SILVA

PERMISSÃO
☒ **PERMISSÃO** ☐ **ACC** ☐ **CAT. HAB.**

Nº REGISTRO
01827583396

VALIDADE
04/04/2021

1ª HABILITAÇÃO
05/06/2001

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR
Roberto L S

LOCAL
SERPA TALEADA - PE

DATA EMISSÃO
13/06/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
Diogo

64510562513
 PE072130300

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
1298959815

PROIBIDO PLASTIFICAR
1298959815



DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
 CARRERA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
JAILDO DE LIMA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1903563 SSP PB

CPF
046.386.644-40

DATA NASCIMENTO
01/12/1975

FILIAÇÃO
AMADEU MARCOLINO PEREIRA
MARIA GENEROSA DE LIMA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

N° REGISTRO
03593396033

VALIDADE
25/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
04/10/2007

OBSERVAÇÕES

Jaildo de Lima Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
26/09/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

12684023580
 PE081600682

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1485244696

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1485244696

prop

MBM Seguradora S/A

03 CJT 2018

DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363194/18

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF: 011.552.564-50

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 16/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE
ARRUDA

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

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA : 023.679.274-13

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GERALDO MOISES DE ARRUDA : 011.552.564-50

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018
Nome: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA
CPF: 023.679.274-13

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: Alessandra Maria Fontes Santos
CPF: 854.573.610-04

Alessandra Maria Fontes Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463245 **Cidade:** Manaíra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463245 **Cidade:** Manaíra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO/FRATURA COMINUTIVA DAS PAREDES ANTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR DIREITO/ÓRBITA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: GERLDO MOISES DE ARRUDA, brasileiro(a), casado(a), agricultor(a), portador da Cédula de Identidade nº 2.130.800 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 011.552.564-50, residente e domiciliado na Sítio Belém, S/N, Zona Rural, Manaíra -PB CEP: 58.995-000.

OUTORGADO: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA, brasileiro(a), divorciado, autônomo, portador(a) do RG 5.023.854, órgão expedidor SSP/PE e do CPF: 023.679.274-13, residente no(a) Rua Agamenon Magalhães, nº 090, centro, Santa Cruz da Baixa Verde – PE, CEP: 56.895-000.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: GERLDO MOISES DE ARRUDA.

Manaíra – PB, 02/08/2018.

Gerldo moises de Arruda
outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363194/18

Número do Sinistro: 3180463245

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF: 011.552.564-50

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 16/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE
ARRUDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

GERALDO MOISES DE ARRUDA : 011.552.564-50

Autorização de pagamento

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/11/2018
Nome: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA
CPF: 023.679.274-13

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018
Nome: Karine Capilheira da Rosa
CPF: 804.982.560-49

Karine Capilheira da Rosa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363194/18

Número do Sinistro: 3180463245

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF: 011.552.564-50

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 16/08/2017

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA
CPF: 023.679.274-13

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: Karine Capilheira da Rosa
CPF: 804.982.560-49

Karine Capilheira da Rosa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363194/18

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF: 011.552.564-50

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 16/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE ARRUDA

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

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA : 023.679.274-13

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GERALDO MOISES DE ARRUDA : 011.552.564-50

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018
Nome: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA
CPF: 023.679.274-13

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: Alessandra Maria Fontes Santos
CPF: 854.573.610-04

Alessandra Maria Fontes Santos

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO MOISES DE ARRUDA
Nº Sinistro: 3180463245
Vitima: GERALDO MOISES DE ARRUDA
Data do Acidente: 16/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180463245**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **MBM SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GERALDO MOISES DE ARRUDA**

Nº Sinistro: **3180463245**

Vitima: **GERALDO MOISES DE ARRUDA**

Data do Acidente: **16/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180463245**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13438016



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180463245

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERALDO MOISES DE ARRUDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13649023



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180463245

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GERALDO MOISES DE ARRUDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	011.552.564-50	GERALDO MOISES DE ARRUDA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
GERALDO MOISES DE ARRUDA		011.552.564-50	AGRICULTOR
Endereço		Número	Complemento
SÍTIO BELÉM		51/N	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ZONA RURAL	MAMIRA	PB	58.955-000
Email			Telefone (DDD)
ALECKSON.COMES@304.COM.BR			(87) 98866-8988

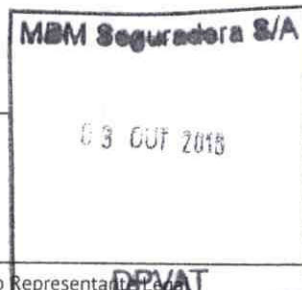
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0914 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 59588 D/V 9 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

MAMIRA - PB, 09 de JULHO de 2018
Local e Data



Gerardo Moises de Arruda
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

011.552.564-50

Nome completo da vítima

GERALDO MOISES DE ARRUDA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GERALDO MOISES DE ARRUDA		CPF titular da conta 011.552.564-50		Profissão AGRICULTOR
Endereço SÍTIO BELÉM		Número S/N	Complemento CASA	
Bairro ZONA RURAL	Cidade MANAIRA	Estado PB	CEP 58.995-000	
Email ALEXSONBOMES@BOL.COM.BR			Telefone (DDD) (87) 988668988	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0914

59588

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

MBM SEGURADORA
28 NOV 2018

MANAIRA-PB, 22 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

x GERALDO MOISES DE ARRUDA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA Loterias CA

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

282-720718152-4

09/OUT/2018

HORA DF 14:48:34

LOT: 15.014818-6 TERM: 018336
LOCALIDADE: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE
AG. VINCULADA: 0914 CONTROLE: 182839965

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0914 013 00059588-9

GERALDO MOISES DE ARRUDA

VALOR : 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

282-720718152-4

3 VIA

CAIXA Loterias CA

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA

MRM SEGURADORA
28 NOV 2018



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MANAÍRA - PB

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório policial o livro de Registro de ocorrência nº 001/2016 nele encontre o Registro nº 066/2018, cujo teor passo agora a transcrever na entrega: AOS 09 DIAS DO MÊS DE Julho DO ANO DE 2018 NESTA CIDADE DE MANAÍRA ESTADO DA PARAÍBA E NA (O) DELEGACIA DE Polícia Civil Local, PRESENTE A AUTORIDADE POLICIAL Gutenberg José da Costa Marques Cabral, COMIGO, ESCRIVÃ (O) DE POLÍCIA DO SEU CARGO, NO FINAL ASSINADO (A), E DECLARADO (A), AI, POR VOLTA DAS 08: h 00min COMPARCEU GERALDO MOISES DE ARRUDA COM 50 ANOS DE IDADE: NACIONALIDADE: Brasileira; NATURAL DE Manaíra U.F PB FILIAÇÃO: Moises Vicente de Arruda, e de Francisca Maria dos Santos, ESTADO CIVIL: Casado ESCOLARIDADE: Alfabetizado PROFISSÃO/OCUPAÇÃO Agricultor DOC. DE IDENTIDADE: 213.0800 ORGÃO EXPEDIDOR: SSP/PB DATA DE EXPEDIÇÃO: 01/08/1994 CPF: 011.552.564-50 Residente: No Sítio Belém Bairro Zona Rural Cidade: Manaíra UF PB COM ENDEREÇO PROFISSIONAL: E FEZ O SEGUINTE REGISTRO: O qual fez a seguinte Ocorrência, Que no dia 16/08/2017, foi vítima de um acidente automobilístico, por volta das 16: h 00min quando trafegava na Garupa de uma Moto Honda/CG 125, FAN KS, ano e modelo 2012, cor vermelha, placa OFA6345/PB, Chassi de Nº 9C2JC4110CR588439, a referida Moto acima citada encontrasse em nome do senhor Jaido de Lima Pereira, o declarante afirmou aqui nesta delegacia de polícia civil local, que o acidente aconteceu na Passagem de um Rio no Sítio Baixio dos Lopes deste Município de Manaíra/PB, a Moto derrapou e o Condutor não conseguiu controlar e o declarante acabou caindo e sofrendo varias lesões, depois foi socorrido por populares que passava pelo o local do acidente para o Hospital Regional Dep. José Pereira Lima, que fica localizado na Cidade de Princesa Isabel/PB, a onde o declarante foi atendido, e nada mais disse e não lhe foi perguntado, a presente certidão é verdadeira e dou fé..XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL referente ao registro de ocorrência supra que deu origem a presente certidão (Art.229 do CPB) falsidade ideológica – reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos

Obs. Esse documento não substitui o original, é valido somente para obtenção segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.

Governo do Estado da Paraíba
Escritório de Polícia
A.P.HOC
MAT.: 132.148-8

Delegacia de Polícia
Civil de Manaíra - PB

Manaíra-PB Em 09 de Julho 2018



Maíra Inez Duarte
Oficial do Registro Civil
CPF 551876764-15

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

GERALDO MOISES DE ARRUJA

CPF da Vítima

011.552.564-50

Data do Acidente

16/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

CPF do Representante legal

023.679.274-13

Email

ALECKSON GOMES @BOL.COM.BR

Telefone (DDD)

(11) 98866-8988

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MANAIRA-PB, 09 de JULHO de 2018
Local e Data

X Geraldo Moises de Arruja

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GERALDO MOISES DE ARRUDA
LOC. RURAL, S/N - AREA RURAL
MANAIRA / PB CEP: 58995000 (AG: 185)

Emissão: 28/06/2018 Referência: Mai / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONTE SINCRO Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: 16 - 489 - 483 - 5170 Nº medidor: 00000758986

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 007.207.359
Cód. para Deb. Automático: 00008716102

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2018	28/05/2018	27/06/2018	1155256450 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/871610-2

Canal de contato

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento do acesso a sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a necessidade de desimpedir o acesso ao local de medição. Persistindo o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Res. 414 ANEEL).
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Baixe o aplicativo Energisa ON em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade, informações sobre falta de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/04/18	8086	28/05/18	8129	1	43	32

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq.	ICMS (R\$)	Base Calc. Po (R\$)	Pot (R\$)	Outros (R\$)
CCl Descrição									
				Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Pot/Consumo (R\$)	(0,6193%)	(2,8523%)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,175590	5,26	0,00	0	0,00	5,26	0,03
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	13,000	0,301020	3,91	0,00	0	0,00	3,91	0,02
0801	Adic. B. Amarela			0,18	0,00	0	0,00	0,18	0,00
0810	Subsídio			13,09	0,00	0	0,00	13,09	0,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0999	DEBITO COMPENSADO 04/2018			8,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-12,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCl: Código de Classificação do Item TOTAL: 17,88 0,00 0,00 22,42 0,13 0,63

Média últimos meses (kWh)
43

VENCIMENTO
05/06/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 17,88

Histórico de Consumo (kWh)

37	38	34	39	40	44	55	40	59	45	41	37
Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

RESERVADO ACESSO 0926.0df9.a274.b498.ec31.5ca5.b66b.1dad.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIO MENSAL	28,34	0,00	NOMINAL
DIO TRIMESTRAL	52,69		220
DIO ANUAL	7,97	0,00	CONTRATADA
FIC MENSAL	15,94		LIMITE INFERIOR
FIC TRIMESTRAL	31,88		202
FIC ANUAL	7,20	0,00	LIMITE SUPERIOR
DMIC	18,60		231
DICRI			

Composição do Consumo		Valor (R\$)	%
Discriminação			
Serviços de Dist. da Energia a PB		3,38	19,90
Compra de Energia		4,18	23,39
Serviço de Transmissão		0,52	2,91
Encargos Setoriais		0,94	5,26
Impostos Diretos e Encargos		0,76	4,25
Outros Serviços		8,10	45,30
Total		17,88	100,00

Valor do EUSD (Ref 3/2018) R\$ 4,35

ATENÇÃO
- Sua unidade foi faturada com base na média, tendo um desconto de R\$ 12,84.
- Imóvel fechado sem acesso ao medidor faturado pela média

Faturas em atraso

MMB Seguradora S/A
03 OUT 2018
DPVAT



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ALECSON LEANDRO GOMES SILVA ME

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGAMENON MAGALHÃES 90

CNPJ: 02.881.710/0001-01

CENTRO/SANTA CRUZ BAIXA VERDE
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE
56895-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
COMERCIAL
Trifásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
001755275	ÚNICA	13/04/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/04/2017	2001080578	3408953

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2231676026	04/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
24/04/2017	15/05/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	
921,63	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	1.355,0000000	0,58395113	784,15
Consumo Relativo Excedente (kVAh)	0,0000000	0,27416072	0,00
Acréscimo Bandeira AMARELA			19,97
Acréscimo Bandeira VERMELHA			25,97
Contribuição Iluminação Pública			76,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 001749488-18/01/17			7,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 001833494-14/02/17			7,15
Multa por atraso-NF 001736600 - 18/03/17			18,26
Juros por atraso-NF 001736600 - 18/03/17			3,34

TOTAL DA FATURA

921,63

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
3150172160	CAT	16-03-2017	28.583,00		13-04-2017	27.830,00	28	1,00000	1.355,00
3150172160	CRT	16-03-2017	22.497,00		13-04-2017	23.674,00	28	1,00000	1.177,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh

ADR 17 1355

MAR 17 1461

FEV 17 1468

JAN 17 1574

DEZ 16 1658

NOV 16 1501

OUT 16 1531

SET 16 1264

AGO 16 1291

JUL 16 1272

JUN 16 1348

MAI 16 1429

ABR 16 1348

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO

ICMS 810,09 25,00

PIS 810,09 0,42

COFINS 810,09 1,93

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia R\$ 258,72 31,28%

Transmissão R\$ 11,01 1,36%

Distribuição (Celpe) R\$ 173,97 21,48%

Perdas de Energia R\$ 54,03 6,67%

Encargos Setoriais R\$ 78,81 9,65%

Tributos R\$ 221,55 27,35%

Total R\$ 810,09 100%

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Relativo Excedente (kVAh)

0,40871080

0,18817050

TARIFAS APLICADAS

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

0,40871080

0,18817050

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De 1 a 30/04, tarifa de consumo reduzida em R\$0,067524/kWh (a incidir tributos e descontos) para reter a previsão do Encargo de Energia da Reserva da Usina Angra II (REH214/17). Este contornará o ciclo de leitura. Mais informações: www.aneel.gov.br. Na data de leitura a bandeira em vigor é a VERMELHA. Mais informações: www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagamento em atraso gera Multa 2% (Res. 414/ANEEL 15/03/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-25/04/02), no próximo mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de fornecimento para as perdas de atendimento comercial. Fator de Potência Médio > 0,75.

Não existem débitos de 2016 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações dos faturamentos mensais (Art. 4º, Lei 12.007/08). Esta declaração não abrange débitos de dívidas nem faturas em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
CONJUNTO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
SERRA TALHADA	1,01	5,43	10,86	21,73
DIC	3,00	3,36	8,72	13,46
FIC	1,02	3,11	0,00	0,00
DMSC				

Limite DICR: 12,22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 285,28

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	399

ANEXO 1 - TENSÃO NOMINAL DE 220V E 380V

CONTA CONTRATO 2231676026 MÊS/ANO 04/2017 DATA DE VENCIMENTO 24/04/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 921,63

83890000009-9 21630011002-1 23167602610-1 07486263483-4



MBM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 de 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALECKSON LEANDRO GOMES DASILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.679.274 / 13, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GERALDO MOISES DE ARRUDA inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.552.564 / 50, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GERALDO MOISES DE ARRUDA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.552.564 / 50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA ABAMENDON MAGALHÃES</u>		Número <u>30</u>	Complemento <u>APTO. 2º ANDAR</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SANTA CRUZ DA BAIXADA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.895-000</u>
Email <u>ALECKSON GOMES @ BOL.COM.BR</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(87) 99970-9666</u>		Telefone celular (DDD) <u>(87) 98866 8988</u>

SANTA CRUZ B.V. 30 de AGOSTO de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

