

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 MANAIRÁ, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DA CAIXA D'ÁGUA - CENTRO, nº S/N,

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 MOISÉS DE ARRUDA, cujo o condutor era
Jaildo de Lima Pereira.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 125 FAN KS

Ano: 2012 / 2012

Placa: DPA 6345

Chassi: GC2GC4110CR588439

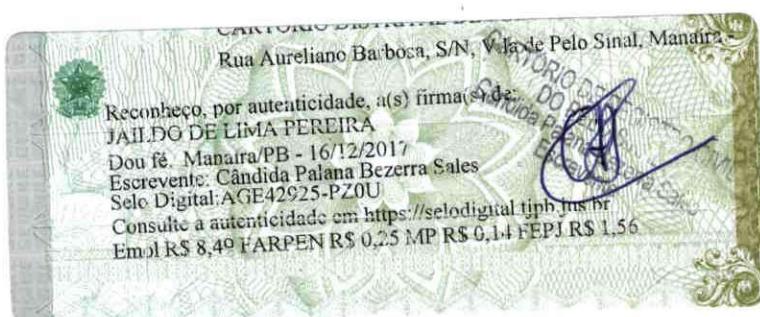
Data do Acidente: 16/08/2017

Local e Data: MANAIRÁ - 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



ALAMÉDA 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**.

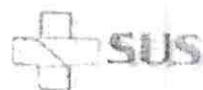
Princesa Isabel-PB, 06 de junho 2018.



EDISIO FRANCISCO DA SILVA
Diretor Geral
Mat.184.461-0



ALAMÉDA 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 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.

P/ Fabíol Borges da Sose Pina Frey
EDISIO FRANCISCO DA SILVA
Diretor Geral
Mat.184.461-0

NEGO

ALAMÉDA 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



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Fernaldo Moisés Mendes

Dickens..

ZD Dickens que me trouxe

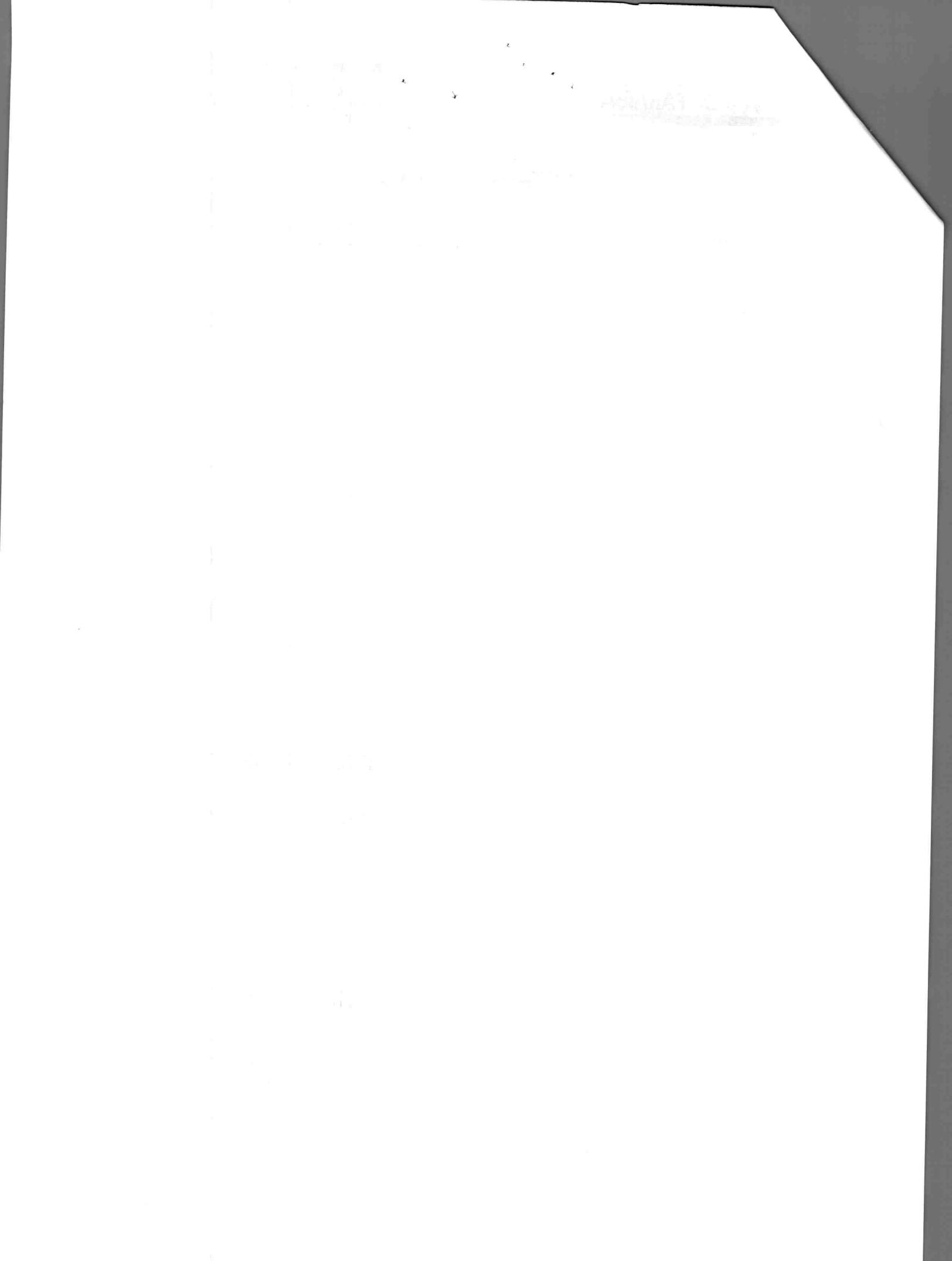
12.02.17, às 05:06h, paciente
em sua consultoria no
HRPI, paciente entrou da av.
desta de moto que lhe fala,
apresentando dor de perna esquerda
D. (femur femur) + Epofisite troclear
bem com dor local. Após
exame medicos analgesicos
e prescrição de anti-inflamatórios, com
controle, encaminhou

P/ cirurgia. (a) (cirurg.) (Médico / Carimbo/CRM)

Data: 13/02/17 H.O: Fratura UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

DR. ALAN MOURA Maxilary
CIRURGIA ORTOPEDICA







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 encefálicos 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.

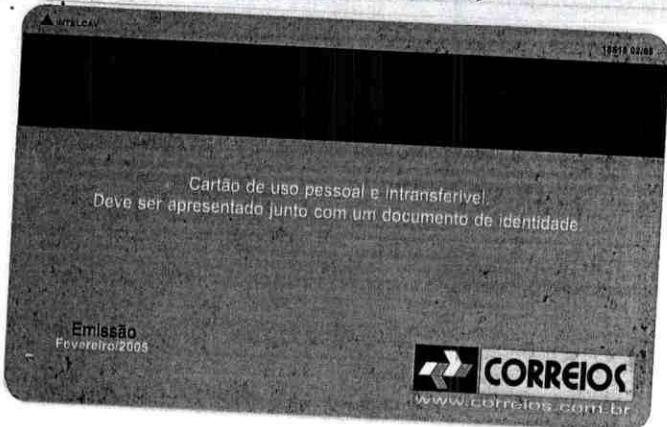
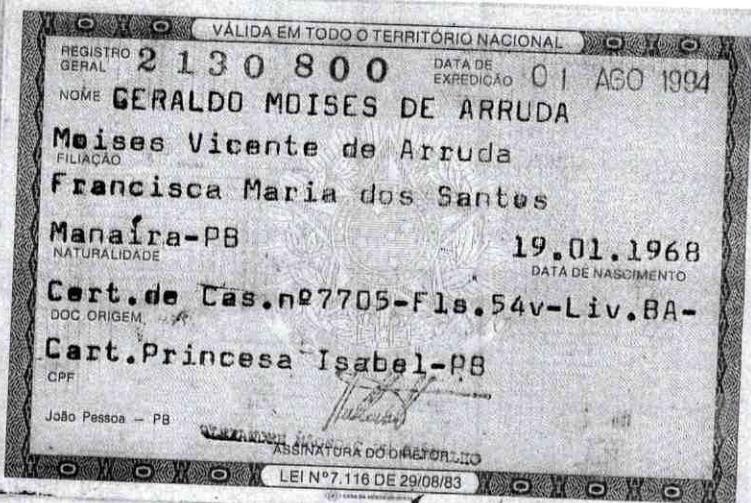
Fratura do arco zigomático direito, sem desvios significativos.



Dr. Renan Gomes Bringel
Radiologista
CRM/PE: 24.467



011.552.564-50



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 INSTITUTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME		ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA		
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF		5023854 SSP PE		
CPF		023.679.274-13 30/03/1977		
FILIAÇÃO		AGENOR GOMES DA SILVA LUZINETE GOMES DA SILVA		
PERMISSÃO		ACC	CAT. HAS	
Nº REGISTRO	VALIDADE	04/04/2021	1ª HABILITAÇÃO	05/06/2001
O TERRITÓRIO NACIONAL				
VALIDADA EM 04/04/2015				
1298959815				
PROIBIDO PLASTIFICAR				
THOMAS COELHO LIMA				
OBSERVAÇÕES Exerce Ativ Remunerada				
ASSINATURA DO PORTADOR				
LOCAL		DATA EMISSÃO		
SERRA TALEHADA - PE		13/06/2015		
Assinatura		64510562513 PE072130300		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FEDERAÇÕES

L	DETTRAN - PB	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
A	VIA	CÓD. RENAVAM	
C	1	048767052-3	
R	EXERCÍCIO	20180000285672-0	
E	2018		
O	JAILDO DE LIMA PEREIRA		NOME
0	37		3-
3	4		7-
4	1		

DENTRAN

1	CPF / CNPJ	PLACA	
2	04638664440	OFA 6345/PB	
3	PLACA ANT / UF	CHASSI	
4	NOVO	PC2JC4110CR588439	
5	ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL	
6	PAS / MOTOCICLE / NÃO APÓLIC	GASOLINA	
7	MARCA / MODELO	[ANO MOD.] HONDA / CG 125 FAN KS	
8	CAP / POT / CIL	[ANO FAB.] 2012	
9	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
10	P / 124 / CI	PARTIC VERMELHA	
11	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	
12	V	0 / 00 / 0000	
13	FALHA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	
14	* * * * *	1 ^a	
15	A	0	
16	PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
17	* * * * *	SEGUR	0
18	DATA DE PAGAMENTO	07/06/2018	
19	OBSERVAÇÕES		
20	SEM RESERVA DE DOMÍNIO		0
21	MANAIRA - PB	LOCAL	DATA
22	42005	0	04/07/2018
23	20389		

DENTRAN

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

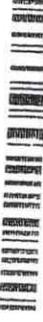
PB No 0142000586297 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 0221204

1	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2	2018	04/07/2018
3	VIA	CPF / CNPJ
4	1	04638664440
5	RENAVAM	PLACA
6	00487670523	HONDA / CG 125 FAN KS
7	MARCA / MODELO	Nº CHASSI
8	2012	9C2JG4110CR588439
9	ANO FAB.	PRÊMIO TARIFÁRIO
10	2012	DENATRAN (R\$)
11	FNS (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
12	* * * * *	* * * * *
13	CUSTO DO BILHETE (R\$)	TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$)
14	* * * * *	SEGUR
15	\$ COTA ÚNICA	PAGAMENTO
16	PARCELA(O)	DATA DE QUITAÇÃO
17	0	07/06/2018
18	SEGURO LÍDER - DPVAT	CNPJ 09.248.608/0001-04
19	MBM Seguradora S/A	
20	0389-0924247-20180704	



G3 CUT 2018

DPVAT



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 ACC	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 03593396033	VALIDADE 25/09/2022
1ª HABILITAÇÃO 04/10/2007	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1485244696

PROIBIDO PLASTIFICAR

1485244696

OBSERVAÇÕES	
<i>Jaildo de Lima Pereira</i>	

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
26/09/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

12684023580
PE081500682

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

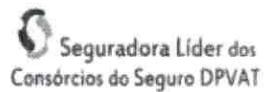
PMB

MBM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363194/18

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF: 011.552.564-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/08/2017

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

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 EVIDENÇIA 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.

Manaira – PB, 02/08/2018.

Geraldo moise de arruda
outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



MBM Seguradora S/A
U 3 OUT 2018

DPVAT

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/08/2017

GERALDO MOISES DE ARRUDA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/08/2017

GERALDO MOISES DE ARRUDA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/08/2017

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

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

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 médica-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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

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 GERALDO MOISES DE ARRUDA	CPF titular da conta 011.552.564 - 50	Profissão AGRICULTOR
Endereço SITIO BELEN	Número 511	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Cidade MANAIARA	Estado PB
Email ALEKSON COMES@GOL.COM.BR	CEP 58 995 - 000	
Telefone (DDD) (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	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0914	D/V []	CONTA NRO. 59 588	D/V 9
(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 S/A

MANAIARA - PB, 09 de JULHO de 2018

Local e Data

09 OUT 2018

Geraldo Moises de Arruda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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 GERALDO MOISES DE ARRUDA	CPF titular da conta 011.552.564-50	Profissão AGRICULTOR
Endereço SITIO BELKM	Número S/N	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Cidade MINAIS	Estado PB
Email ALECKSONGOMES@BOL.COM.BR	CEP 58.995-000	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

<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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome _____	
AGÊNCIA NRO. 0914	CONTA NRO. 59588	D/V 9	NRO. _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. _____	CONTA NRO. _____	D/V _____	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

MINAIS-PB, 22 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Geraldo moises de arruda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA Loterias CAIXA

TAIXA 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
OCALIDADE: 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 ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

282-720718152-4

1a VIA

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA Loterias

MBM 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 POLICIA 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 vitima 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 Jaildo de Lima Pereira, o declarante afirmou aqui nesta delegacia de policia 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 mas disse e não lhe foi perguntado, a presente certidão é verdadeira e dou fé..XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**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 de segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.

Declarante

Manaíra-PB Em 09 de Julho 2018

Ceveriano Almeida Lourenço
Escrivão de Polícia
AFN-HCC
MAT.: 132.148-8

Delegacia de Polícia
Civil de Manaíra - PB



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 ALBUQUERQUE

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)

(81) 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.

MBM Seguradora S/A
03/08/2018
DPVAT

MANAUS - AM, 09 de JULHO de 2018

Local e Data

X Geraldo Moises de Albuquerque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL REGIONAL ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E QUIRURGICOS

SUS

Dep. José Peleira Lina

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2321637 CNPJ: 08.778.268/0039-33

NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL

ENDERECO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCATEL

CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Atendimento: CONSULTA

Paciente: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Mae: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS

Pai: MOISES VICTENE DE ARRUDA

Nascimento: 19/01/1968 Idade: 49 Cor: PARDAA

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: SITIO BAIXIO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MANAIRA - PB - 56995-000 - 2509008

Naturalidade: MANAIRA - PB

CPF: 127-3698-3140-0009

Data / Hora: 16/08/2017 18:22:01

Reg Nasc.: Ficha Número: 83957

Repcionista: IVANIELLE

Identidade: 2130800 SSP PB

Fone:

Num.: SN

Sexo: M

 01 - ELETIVO

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

PROcedimento

2018

03

DAVAT

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APPLICADA

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

CID-10

Tumor de fígado localizado na vesícula

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CBO

Ass. dos Profissionais Assistente

Priscila Freitas

Médico

CRM-PB 9603

GERALDO MOISES DE ARRUDA
LOC RELEM, S/N - AREA RURAL
MANAIARA / PB CEP: 58985000 (AG: 185)



Emissão: 20/05/2018 Referência: Mai / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONTE SÁCIO
Roteiro: 18 - 188 - 483 - 5170

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-090
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0
Nº medidor: 00000758896

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°007.207.358
Cód. para Débito 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 da 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 28/04/18	Leritura 8086	Data 28/05/18	Leritura 8129	1 43 32

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa(C)	Valor Base Calc	Alq. Icms(R\$)	Icms(R\$)	Base Calc PIS(R\$)	PIS/Cofins(R\$)	Cofins(R\$)
	Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS/Cofins(R\$) (0,6193%) (2,9522%)								
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,175580	5,26	0,00	0,00	5,26	0,03	0,15
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	13,000	0,301020	3,91	0,00	0,00	3,91	0,02	0,11
0601	Adic. B. Amarela			0,18	0,00	0,00	0,18	0,00	0,00
0610	Subsídio			13,09	0,00	0,00	13,08	0,08	0,37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0898	DEBITO COMPENSADO 04/2018			8,10	0,00	0,00	8,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio			-12,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: 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
Maio/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18

RESERVADO AO FISCO
092c.0df9.a274.b498.ec31.5ca5.b66b.1dad.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	0,00	NOMINAL
DIG TRIMESTRAL	28,34	220
DIG ANUAL	52,69	
FIC MENSAL	7,87	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,94	CONTRATADA
FIC ANUAL	31,88	LIMITE INFERIOR 202
DMIC	7,20	LIMITE SUPERIOR 231
DICRI	16,60	

Composição do Consumo	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/PB	3,38	18,90
Compra de Energia	4,18	23,38
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\$14,35

ATENÇÃO
- Sua unidade foi faturada como baixa tensão, tendo um desconto de R\$12,64.
- Imóvel fechado sem acesso ao medidor. Faturado pela média

Faturas em atraso

MBM 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 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ALECSON LEANDRO GOMES SILVA ME

CNPJ: 02.881.710/0001-01

CLASSIFICAÇÃO
 B3 COMERCIAL
 COMERCIAL
 Trifásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA AGAMENON MAGALHÃES 90

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

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	0,58396113	784,15
Consumo Reativo Excedente(kVArh)	0,0000000	0,27416072	0,00
Acréscimo Bandeira AMARELA			19,97
Acréscimo Bandeira VERMELHA			26,97
Contribuição Iluminação Pública			75,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 001749488-18/01/17			7,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 001833484-14/02/17			7,15
Multa por atraso-NF 001736800 - 10/03/17			18,28
Juros por atraso-NF 001736800 - 18/03/17			3,34

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA
3150172160	CAT	16-03-2017	26.583,00	13-04-2017	27.938,00	28	1.00000
3150172160	ORT	16-03-2017	22.497,00	13-04-2017	23.674,00	28	1.00000
HISTÓRICO DE CONSUMO							
Mês/Año kWh							
ABR 17 1355							
MAR 17 1491							
FEV 17 1468							
JAN 17 1574							
DEZ 16 1656							
NOV 16 1501							
OUT 16 1531							
SET 16 1284							
AGO 16 1291							
JUL 16 1272							
JUN 16 1346							
MAR 16 1429							
ABR 16 1348							
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO				
ICMS	R\$ 10,09	26,00	R\$ 202,52				
PIS	R\$ 10,09	0,42	R\$ 3,40				
COFINS	R\$ 10,09	1,93	R\$ 15,83				
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
Geração de Energia	R\$ 269,72		33,28%				
Transmissão	R\$ 11,01		1,36%				
Distribuição (celpe)	R\$ 173,97		21,48%				
Páginas de Energia	R\$ 54,03		6,87%				
Encargos Sistêmicos	R\$ 78,81		9,86%				
Tributos	R\$ 221,55		27,35%				
Total	R\$ 618,08		100%				
Consumo Ativo(kWh)							
							0,40971050
Consumo Reativo Excedente(kVArh)							
							0,19817050
RESERVADO AO FISCO							
F0CD.F413.741A.D587.1C06.BDDA.EEAB.C686							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De 1 a 30/04, tarifa de consumo reduzida em R\$0,06752/kWh (exceto tributos e descontos) para a reverter a previsão do Encargo de Energia Reserva da Usina Angra II (REH2214/17). Esse valor é válido para os dias úteis. Mais informações em www.anel.gov.br. Na data de leitura a bandeira é Amarela. Mais informações em www.anel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/17. O débito é compensado quando há violação da contabilidade de consumo no nível de fornecimento. Fornecimento. Pagamento em atraso gera Multa 2% (Res. 414/ANEEL 09/09/10) e Juros 1% m (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O débito é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos 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 respectivas faturamentos mensais (Art. 4º, Lei 12.007/08). Esta declaração não altera débitos de parcelas anteriores, débitos de dívidas nem faturas em discussão judicial que podem ser cobradas após o fim do processo jurídico.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
SERRA TALHADA	1,81	5,43	10,06	21,73
FIC	3,00	3,36	6,72	13,46
DIC	1,02	3,11	0,00	0,00

Límite DICRI: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 265,26

921,63

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

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



MBB 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 DA SILVA 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 611.552.564 / 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

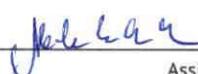
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento	
<u>RUA ABAMENDON MAGALHÃES</u>	<u>90</u>	<u>APTO. 2º ANDAR</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SANTA CRUZ DA BAIXADA</u>	<u>RJ</u>	<u>56.895-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>ALECKSONGOMES@bol.com.br</u>	<u>(21) 99970-9666</u>	<u>(21) 98866 8988</u>	

SANTACRULB.R. 30 de 16 OUSTO de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

MBM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT