



Número: **0801982-98.2019.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                 |                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|-------------------|
| GERALDO MOISES DE ARRUDA (AUTOR)                           |                    | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)      |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                               |                   |
| Documentos                                                 |                    |                                               |                   |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                     | Tipo              |
| 31795630                                                   | 25/06/2020 12:40   | <a href="#">2728901_CONTESTACAO_Anexo_022</a> | Outros Documentos |

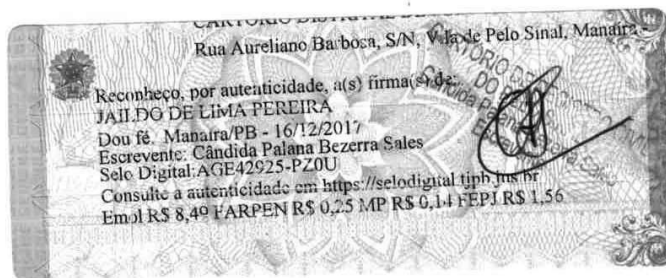
## Declaração do Proprietário do Veículo

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 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 MOISES DE ARRUDA, cujo o condutor era  
JAILDO DE LIMA PEREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA CG 125 FAN RS  
Ano: 2012 / 2017  
Placa: OPA 6345  
Chassi: 9C25C4110CR588439  
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



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



|                                                                                    |                                         |                                                                   |                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SUS</b>                                                                         |                                         | HOSPITAL REGIONAL<br>Dep. José Pereira Lima<br>PRINCESA ISABEL-PB | ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE<br>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL |
| CNES:                                                                              | 2321637                                 | CNPJ: 08.778.269/0039-33                                          |                                                                              |
| NOME:                                                                              | HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL       |                                                                   |                                                                              |
| ENDEREGO:                                                                          | ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL |                                                                   |                                                                              |
| CIDADE:                                                                            | PRINCESA ISABEL                         | ESTADO: PARAIBA                                                   | UF: 25                                                                       |
| Atendimento:                                                                       | <b>CONSULTA</b>                         |                                                                   |                                                                              |
| Paciente:                                                                          | <b>GERALDO MOISES DE ARRUDA</b>         |                                                                   |                                                                              |
| Mae:                                                                               | FRANCISCA MARIA DOS SANTOS              |                                                                   |                                                                              |
| Pat:                                                                               | MOISES VICENTE DE ARRUDA                |                                                                   |                                                                              |
| Nascimento:                                                                        | 19/01/1968 Idade: 49                    | Cor: PARDA                                                        | Sexo: M                                                                      |
| Profissao:                                                                         | AGRICULTOR(A)                           |                                                                   |                                                                              |
| Endereco:                                                                          | SITIO BAIXIO                            | Num.: SN                                                          |                                                                              |
| Bairro:                                                                            | ZONA RURAL                              | Fone:                                                             |                                                                              |
| Cidade:                                                                            | MANAIRA - PB - 56895-000 - 2509008      |                                                                   |                                                                              |
| Naturalidade:                                                                      | MANAIRA - PB                            | Identidade: 2130800 SSP PB                                        |                                                                              |
| CNS:                                                                               | 127.3688-3140-0009                      |                                                                   |                                                                              |
| CPF:                                                                               |                                         | Reg. Nasc.:<br>Pacpcionista: IVANIELLE                            |                                                                              |
| Data / Hora:                                                                       | 16/08/2017 18:22:01                     | Ficha Numero: 83957                                               | 43898                                                                        |
| Assinatura de _____ e _____ com o<br>carimbo do Hospital Regional Princesa Isabel. |                                         |                                                                   |                                                                              |
| PESO: _____                                                                        | PA: _____                               | TEMP: _____                                                       |                                                                              |
| ANAMNESE EXAME FISICO (SUMÁRIO)                                                    |                                         |                                                                   |                                                                              |
| EXAMES                                                                             |                                         |                                                                   |                                                                              |
| RESULTADOS                                                                         |                                         |                                                                   |                                                                              |

HOSPITAL REGIONAL  
DEP. JOSÉ PIERITA LIMA  
PRINCESA ISABEL-PA

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

# 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

NEGO

ALAMEDA 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





HOSPITAL REGIONAL  
Dep. José Pereira Lima  
PRINCESA ISABEL - PB

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2321637 CNPJ: 08.778.268/0039-33  
NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL  
ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL  
CIDADE: PRINCESA ISABEL - ESTADO: PARAÍBA 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 BELEM Num.: SN  
Bairro: ZONA RURAL Fone:  
Cidade: MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008  
Naturalidade: MANAIRA - PB  
CNS: 127-3698-3140-0009  
CPF: Reg. Nasc.: Identidade: 2130800 SSP PB  
Data / Hora: 17/08/2017 09:06:16 Recepcionista: LINDAURA  
Ficha Número: 83977 43898

PESO: 78 kg PA: 180 x 70 mmHg TEMP.: 36.6  
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)  
Pac. com dor abdominal  
Paciente com dor nas  
costas, supina

### EXAMES RE

Atestamos a presente cópia, reprodução fiel do original  
apresentado, em testemunho da verdade.  
Princesa Isabel - PB 08/06/2018 08:44:57  
Marta Rodrigues dos Santos - Escrivente  
[2018-09/2017] EMO: 88 2.37 FMRP: 11-20 FEP: 18 04/2018  
SELO DIGITAL: A6166538-0824  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS  
01 - ELETIVO 01 - 08/08/2017 08:00  
02 - URGÊNCIA 02 - 08/08/2017 08:00  
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA 03 - 08/08/2017 08:00  
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO 04 - 08/08/2017 08:00  
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS 05 - 08/08/2017 08:00  
PROCEDIMENTO DESCRICÃO

DIAGNÓSTICO  
Trauma com fratura de fêmur

CID-10

MEDICAÇÃO  
1. PRESCRITA ☒ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐  
2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS ☐

| SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 -                                        | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 6 | 0 | 0 | 2 |
| 2 -                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 -                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Ctm / Cns: ALAN MOURA - 8495 - 258-9545-5545  
Ass. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: Alan Moura  
Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo: VANDERLENE VIANEZA R. S. JESUS  
Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo: SUS: 124 5006 9345 0009

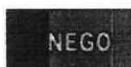
# DECLARAÇÃO

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



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



SUS

ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  
PRINCESA ISABEL, PB

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CONE

2321637

CNPJ: 06.778.268/0039.73

NOME

HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL

ENDEREGO

ALAMEDA DAS ACACIAS, 1417 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

Profissao:

AGRICULTOR(A)

Endereco:

SITIO BAIXO

Num.: SN

Bairro:

ZONA RURAL

Fone:

Cidade:

MANAIRA - PB - 58995-000 - 2505008

Naturalidade

MANAIRA - PB

Identidade: 2130800 SSP PB

CNS:

127-3698-3140-0009

Reg. Nasc.: 2130800 SSP PB

CPF:

127-3698-3140-0009

Recepcionista: IVANIELLE

Data / Hora:

16/08/2017 18:22:01

Ficha Numero: 83957

43898

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - 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 DESCRICÃO

DIAGNÓSTICO

CID-10

ENCAMINHAMENTO

1. PRESCRITA

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

2. APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

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 Assistenteg, para o Serviço Físico

Médico / Cfm / Cns

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS - 9603 - 162-4903-6262-0000

CNS 705405795057800

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSAVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

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

Maria Rodrigues dos Santos - Escrevente

12017-06/7171 ENL-RS 2.31 FAREM-RS 0.27 FET-105-044

SELO DIGITAL: 81608711-7858

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

NAME: Heraldo Morisy Sured

Data: 19/12/18 HD: Fractura UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

Data: 19/12/18

WD: Fraley  
UPA

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

DR. ALAN MOURA







## 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 Brangel  
Radiologista  
CRM/PE: 24.467



04.552.564-50



CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

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

01-0

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2130800 DATA DE EXPEDIÇÃO 01 AGO 1994

NOME GERALDO MOISES DE ARRUDA

FILIAÇÃO Moises Vicente de Arruda

FILIAÇÃO Francisca Maria dos Santos

Naturalidade Manaíra-PB DATA DE NASCIMENTO 19.01.1968

DOC. ORIGEM Cert. de Cas. nº 7705-Fls. 54v-Liv. 8A-

Cart. Princesa Isabel-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 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 TRANSPORTES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

**VÁLIDA EM TODOS  
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
**1298959815**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1298959815**

NOME  
**ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA**

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

CPF  
**023.679.274-13**

DATA NASCIMENTO  
**30/03/1977**

FILIAÇÃO  
**AGENOR GOMES DA SILVA**  
**LUZINETE GOMES DA SILVA**

PERMISSÃO  
**RENOVADA**

ACC  
**RENOVADA**

CAT. HAB.  
**2.D**

Nº REGISTRO  
**01827582394**

VALIDADEZ  
**04/04/2021**

HABILITAÇÃO  
**05/06/2001**

OBSERVAÇÕES  
**Exerce Ativ Remunerada**

*Alcides*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**SERRA TALERDA - PE**

DATA EMISSÃO  
**13/06/2016**

*Alcides*  
 ASSINATURA DO DETENTOR

64510562513  
 PE072130300





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014200586297  
PB Nº 014200586297 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 1 048767052-3 00/00000000 2018  
NOME: JAILDO DE LIMA PEREIRA

CPF/CNPJ: 04638664440  
PLACA ANT/UF: NOVO PB 9C2JC4110CR588439

PLACA: OFA6345/PB  
CHASSI: 9C2JC4110CR588439

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC  
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS  
ANO FAB: 2012  
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

CAP/POT/CIL: 2 P/124 /CI  
CATEGORIA: PARTIC

COTA ÚNICA: 00/00/0000  
VENC./COTAS: 1ª 00/00/0000 2ª 00/00/0000 3ª 00/00/0000

FAIXA LPVA: 00/00/0000  
PARCELAMENTO/COTAS: 1ª 00/00/0000 2ª 00/00/0000 3ª 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000  
IOF (R\$) 00/00/0000  
PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO: 07/06/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

OBSERVAÇÕES: 0

MANAIRA-PB LOCAL: 04/07/2018

42005 DATA: 04/07/2018

20389

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 04638664440  
CPF/CNPJ: 04638664440  
PLACA: OFA6345/PB

RENAVAM: 0487670523  
MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB: 2012  
COTIZARE: 9C2JC4110CR588439

PRÊMIO TARIFÁRIO: 00/00/0000  
IOF (R\$) 00/00/0000  
PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO: 07/06/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

OBSERVAÇÕES: 0

MANAIRA-PB LOCAL: 04/07/2018

42005 DATA: 04/07/2018

20389

**MBM Seguradora S/A**

03 OUT 2018

**DPVAT**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
**JAILDO DE LIMA PEREIRA**

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
**1903563 SSP PE**

CPF  
**046.386.644-40**

DATA NASCIMENTO  
**01/12/1975**

FILIAÇÃO  
**AMADEU MARCOLINO PEREIRA  
RA  
MARIA GENEROSA DE LIMA**

PERMISSÃO  
**AB**

ACC  
**AB**

CAT. HAB.  
**AB**

Nº 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**

*Cheriz Anderson Souza Ribeiro*  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**12684023580  
PE081600682**

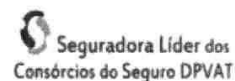
**PERNAMBUCO**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1485244696**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1485244696**



## 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

**Titular do CPF:** GERALDO MOISES DE ARRUDA

**CPF de:** Próprio

### 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](http://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 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 Sitio 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.

*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](http://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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE ARRUDA

### 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](http://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

**Titular do CPF:** GERALDO MOISES DE ARRUDA

**CPF de:** Próprio

### 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](http://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

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

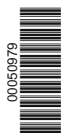
**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Pag. 01957/01958 - carta\_03 - INVALIDEZ



00050979

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**

Carta nº 13438015



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

Pag. 00547/00548 - carta\_01 - INVALIDEZ



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](http://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

Pag. 00523/00524 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13649023





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Pag. 0053/00534 - carta\_04 - INVALIDEZ

00060267



Carta nº 13916170



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<br>011.552.564-50 | Nome completo da vítima<br>GERALDO MOISÉS DE ARRUDA |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------|

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                           |                   |                                        |                                   |
|-------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|
| Nome completo<br>GERALDO MOISÉS DE ARRUDA |                   | CPF titular da conta<br>011.552.564-50 | Profissão<br>AGRICULTOR           |
| Endereço<br>SÍTIO BELEN                   |                   | Número<br>S/N                          | Complemento<br>CASA               |
| Bairro<br>ZONA RURAL                      | Cidade<br>MANAIRA | Estado<br>PB                           | CEP<br>58.995-000                 |
| Email<br>ALEXSONCOMES@GOL.COM.BR          |                   |                                        | Telefone (DDD)<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"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                        | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)                                                |                                                        |
| <b>AGÊNCIA</b><br>NRO. 0914 D/V<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                            |                                                        | <b>BANCO</b><br>Nome _____ NRO. _____<br><b>AGÊNCIA</b><br>NRO. _____ D/V _____<br>(Informar dígito se existir) |                                                        |
| <b>CONTA</b><br>NRO. 59588 D/V 9<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                           |                                                        | <b>CONTA</b><br>NRO. _____ D/V _____<br>(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.

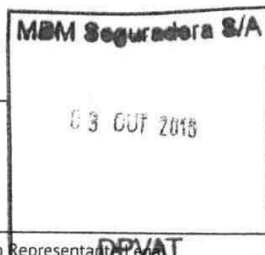
MANAIRA - PB, 09 de JULHO de 2018

Local e Data

*Gerardo Moisés 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<br>GERALDO MOISES DE ARRUDA |                   | CPF titular da conta<br>011.552.564-50 |                                  | Profissão<br>AGRICULTOR |
| Endereço<br>SÍTIO BELEM                   |                   | Número<br>S/N                          | Complemento<br>CASA              |                         |
| Bairro<br>ZONA RURAL                      | Cidade<br>MAMAINA | Estado<br>PB                           | CEP<br>58.995-000                |                         |
| Email<br>ALECKSONGOMES@BOL.COM.BR         |                   |                                        | Telefone (DDD)<br>(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<br><input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> SEM RENDA<br><input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 |  | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00<br><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |  | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00     |  |
| <input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |  |                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)                             |  |                                                            |  |
| <b>AGÊNCIA</b><br>NRO. 0914 D/V<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>CONTA</b><br>NRO. 59588 D/V 9<br>(Informar dígito se existir)                             |  | <b>BANCO</b><br>Nome: NRO:                                                                   |  | <b>AGÊNCIA</b><br>NRO. D/V<br>(Informar dígito se existir) |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                              |  | <b>CONTA</b><br>NRO. D/V<br>(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.

MAMAINA-PB, 22 de OUTUBRO de 2018  
Local e Data

MBM SEGURADORA  
28 NOV 2018

x GERALDO MOISES DE ARRUDA  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Loterias 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 ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

282-720718152-4

1ª VIA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

Loteri

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 policia civil local, que o acidente aconteceu na Passagem de um Rio no Sítio Baixo 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..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.

Goverdano Roberto Lourentino  
Escrivão de Polícia  
AP-HOC  
MAT.: 132.148-8

Delegacia de Polícia  
Civil de Manaíra - PB

Declarante

03 OUT 2018

DPVAT

Manaíra-PB Em 09 de Julho 2018



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 ARQUEDA

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)

(87) 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.

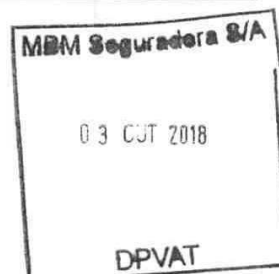
MANAICA-PE, 09 de JULHO de 2018

Local e Data

X *Geraldo Moises de Arqueda*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017



SUS

HOSPITAL REGIONAL  
Dep. José Pereira Lima  
PRINCESA ISABEL-PBESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ: 08.778.268/0039-33

2321637

CNPJ: 08.778.268/0039-33

2321637

HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL

NOME:

ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL

ENDERECO:

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 BAIXIO

Num.: SN

Bairro:

ZONA RURAL

Fone:

Cidade:

MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008

Identidade: 2130800 SSP PB

Naturalidade:

MANAIRA - PB

Reg. Nasc.:

Pac. Nasc.:

CPF:

127-3698-3140-0009

Pac. Nasc.:

Pac. Nasc.:

Data / Hora:

16/08/2017 18:22:01

Ficha Número: 83957

43898

*Atendimento de 16/08/2017, paciente de 49 anos, com a seguinte evolução:*

PESO:

PA:

TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES

RESULTADOS

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.  
Princesa Isabel - PB, 08/08/2018 08:44:38  
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente  
[2018-082208] EML: 17 237 FAREM: 0 28 FEP: 18 0 40  
SELO DIGITAL: AG16639-W700  
Contra a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

*Atendimento de 16/08/2017, paciente de 49 anos, com a seguinte evolução:*

CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 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 DE DESCRIÇÃO

*Sutura de 1x1/2*

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

☒ 1. PRESCRITA☒ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☒ OBSERVAÇÃO☐ OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

☐ 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

Médico / Crm / Cns

Francinelly de Sousa Freitas - 9603 - 152-4\*03-6-2-0000

Ass. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPRESENTANTE

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

Dra. Helene J. Moreira

CRM-PB 10.447

CRM-PB 10.447

CRM-PB 10.447

CRM-PB 10.447

SUS: 1251888 9345 0009

CPF: 840.481.664-68

CPF: 840.481.664-68

CPF: 840.481.664-68

CPF: 840.481.664-68

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

Emissão: 28/05/2018 Referência: Mai / 2018  
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONTE SICO Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
Roteiro: 18 - PB - 483 - 5170 Nº medidor: 00000758896



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.085.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

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

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://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     | Leitura | Data     | Leitura |           |         |      |
| 28/04/18 | 8088    | 28/05/18 | 8129    | 1         | 43      | 32   |

| Demonstrativo          |                           | Quantidade | Tarifa   | Valor Base Calc. | Aliq.               | ICMS (R\$) | Base Calc. | Pot (R\$) | Cofins (R\$) |
|------------------------|---------------------------|------------|----------|------------------|---------------------|------------|------------|-----------|--------------|
| Tributos Totais (R\$)  |                           | ICMS (R\$) | ICMS     | Pot/Cofins (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          |            |          | 0,16             | 0,00                | 0          | 0,00       | 0,16      | 0,00         |
| 0810                   | Subsídio                  |            |          | 13,08            | 0,00                | 0          | 0,00       | 13,08     | 0,08         |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                           |            |          |                  |                     |            |            |           |              |
| 0899                   | DEBITO COMPENSADO 04/2018 |            |          | 8,10             | 0,00                | 0          | 0,00       | 8,10      | 0,00         |
| 0906                   | Devolução Subsídio        |            |          | -12,84           | 0,00                | 0          | 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 | 48 | 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: 092c.0df9.a274.b498.ec31.5ca5.b66b.1dad.

| Indicadores de Qualidade |                  |         |                      |
|--------------------------|------------------|---------|----------------------|
| 3/2018 - Princesa Isabel |                  |         |                      |
|                          | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
| DIC MENSAL               | 28,34            | 0,00    | NOMINAL 220          |
| DIC TRIMESTRAL           | 28,34            |         |                      |
| DIC ANUAL                | 52,89            |         |                      |
| FIC MENSAL               | 7,97             | 0,00    | CONTRATADA           |
| FIC TRIMESTRAL           | 15,94            |         | LIMITE INFERIOR 202  |
| FIC ANUAL                | 31,88            |         | LIMITE SUPERIOR 231  |
| DMIC                     | 7,20             | 0,00    |                      |
| DICRI                    | 18,60            |         |                      |

| Composição do Consumo            |             |        |
|----------------------------------|-------------|--------|
| Discriminação                    | Valor (R\$) | %      |
| Serviços de Dist. da Energisa/PB | 3,38        | 18,90  |
| Compra de Energia                | 4,16        | 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, gerando um desconto de R\$ 12,84.  
- Imóvel fechado sem acesso ao medidor faturado pela média.

Faturas em atraso





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**  
ALECSOM LEANDRO GOMES SILVA ME

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA AGAVENON 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

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

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMIÇÃO     |
|-------------------|-------|------------|
| 001755275         | UNICA | 13/04/2017 |

| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
|--------------|---------------|------------------|
| 13/04/2017   | 2001080578    | 3406953          |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                 |               |             |             |
|------------------------------------------|---------------|-------------|-------------|
|                                          | QUANTIDADE    | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
| Consumo Ativo(kWh)                       | 1.355,0000000 | 0,58395113  | 784,15      |
| Consumo Reativo Excedente(kVARh)         | 0,00000000    | 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 00183494-14/02/17  |               |             | 7,15        |
| Multa por atraso-NF 001736600-18/03/17   |               |             | 18,28       |
| 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    | DATA      | ATUAL | LEITURA | Nº DE DIAS | CONSUMO (kWh) |
| 3150172100                                 | CAT            | 16-03-2017 | 26.583,00 | 13-04-2017 | 27.836,00 | 18    | 1,00000 | 1,355,00   | 1,355,00      |
| 3150172100                                 | CR1            | 16-03-2017 | 22.497,00 | 13-04-2017 | 23.874,00 | 18    | 1,00000 | 1,177,00   | 1,177,00      |

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

| Mês/Ano kWh |
|-------------|
| ADR 17 1365 |
| MAR 17 1461 |
| FEV 17 1488 |
| JAN 17 1574 |
| DEZ 16 1605 |
| NOV 16 1501 |
| OUT 16 1531 |
| SET 16 1284 |
| AGO 16 1281 |
| JUL 16 1273 |
| JUN 16 1340 |
| MAI 16 1429 |
| ABR 16 1348 |

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

| BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPOSTO |
|-----------------|-------|------------------|
| ICMS 810,09     | 25,00 | 202,52           |
| PIS 810,09      | 0,42  | 3,40             |
| COFINS 810,09   | 1,53  | 15,53            |

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

| Descrição            | R\$    | %      |
|----------------------|--------|--------|
| Geração de Energia   | 268,72 | 35,28% |
| Transmissão          | 11,01  | 1,36%  |
| Distribuição (Celpe) | 173,87 | 21,49% |
| Perdas de Energia    | 54,03  | 6,97%  |
| Encargos Setoriais   | 78,81  | 9,95%  |
| Tributos             | 221,55 | 27,35% |
| Total                | 818,88 | 100%   |

**TARIFAS APLICADAS**

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| Consumo Ativo(kWh)               | 0,4087050  |
| Consumo Reativo Excedente(kVARh) | 0,19817050 |

**RESERVADO AO FISCO**

F0C0.F413.741A.D587.1C06.B0DA.EE48.C888

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

De 1 a 30/04, tarifa de consumo reduzida em R\$0,06752/kWh (tarifa social) para atender a previsão do Encargo de Energia da Reserva de Linha Amarela (RELC21.4177) estabelecido no Plano de Carga de Lâmpadas e de Energia de 2016, para consumidores com consumo inferior a 100 kWh/mês. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). Na data de 30/04, a tarifa será substituída pela tarifa normal. O cliente é responsável por atualizar a leitura do medidor de acordo com a contagem individual ou do nível de tensão de 220V. Pagamento em atraso gera multa 2% (Res. 414/ANEEEL 19/08/10) e juros 1% (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O cliente é responsável por atualizar a leitura do medidor de acordo com a contagem individual ou do nível de tensão de 220V. Pagamento em atraso gera multa 2% (Res. 414/ANEEEL 19/08/10) e juros 1% (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O cliente é responsável por atualizar a leitura do medidor de acordo com a contagem individual ou do nível de tensão de 220V. Pagamento em atraso gera multa 2% (Res. 414/ANEEEL 19/08/10) e juros 1% (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.

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 12.007/2009). Esta declaração não atinge débitos de parcelamentos/confissões de dívidas nem futuras em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo judicial.

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

| SERIE | VALOR APROVADO 16/01/2017 | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL |
|-------|---------------------------|---------------|-------------------|--------------|
| DIC   | 1,81                      | 5,43          | 10,86             | 21,73        |
| FTC   | 3,00                      | 9,36          | 18,72             | 37,44        |
| DRHC  | 1,02                      | 3,11          | 6,22              | 12,44        |

Limite DIC: 12,22

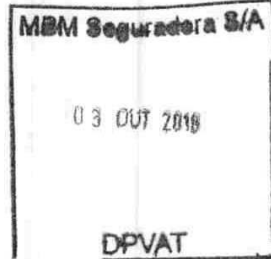
ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 285,28

**NÍVEIS DE TENSÃO**

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
|--------------------|------------------------|
| 220                | 202 - 231              |
| 380                | 350 - 399              |

**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



**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 INVALIDAÇÃO 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 ABAMERON MAGALHÃES</u>      |                                  | <u>30</u> | <u>APTO. 2º ANDAR</u>  |
| Bairro                             | Cidade                           | Estado    | CEP                    |
| <u>CENTRO</u>                      | <u>SANTA CRUZ DA BAILIAZINHA</u> | <u>PE</u> | <u>56.895-000</u>      |
| Email                              | Telefone comercial(DDD)          |           | Telefone celular (DDD) |
| <u>ALECKSON GOMES @ BOL.COM.BR</u> | <u>(87) 99970-9666</u>           |           | <u>(87) 98866 8988</u> |

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

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017

