

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERALDO ALVES ONIAS**

Nº Sinistro: **3180406820**

Vitima: **ERALDO ALVES ONIAS**

Data do Acidente: **20/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180406820**.

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 13326798



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 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 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

072.762.114-95

Nome completo da vítima

ERALDO ALVES ONIAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ERALDO ALVES ONIAS

Endereço

RUA RAIMUNDO JOSÉ DE SOUSA

Bairro

VILA NOVA I

Email

Cidade

RMBAL -

CPF titular da conta

072.762.114-95

Profissão

Número

NE 446

Complemento

Estado

PARAIBA

CEP

58840-000

Telefone (DDD)

(83) 99974-6322

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO

0732

D/V

13

CONTA

NRO

4078-0

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.

RMBAL - PB, 03 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Eraldo Alves Onias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL

03 SET. 2018



03 SET. 2018

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 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 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

072.762.114-95

Nome completo da vítima

ERALDO ALVES ONIAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ERALDO ALVES ONIAS

Endereço

RUA RAIMUNDO JOSÉ DE SOUSA

Bairro

VILA NOVA I

Email

Cidade

ROMBAL -

CPF titular da conta

072.762.114-95

Profissão

Número

NE 446

Complemento

Estado

PARAIBA

CEP

58840-000

Telefone (DDD)

(83) 99974-6322

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO

0732

D/V

13

CONTA

NRO

4078-0

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.

ROMBAL - PB, 03 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Eraldo Alves Onias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL

03 SET. 2018



03 SET. 2018

11 MAR. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3180406820	CPF da vítima: 072.762.114-95	Nome completo da vítima: ERALDO ALVES OMIAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ERALDO ALVES OMIAS		CPF: 072.762.114-95
Profissão: MOTORISTA	Endereço: RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA	Número: 446
Bairro: VILA NOVA I	Cidade: POMBAL	Estado: PARAIBA
E-mail:	CEP: 58.840-000	Tel. (DDD): (83) 999746322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" 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"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 4078-0	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, **POMBAL - PB, 07.03.2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **AMINTAS SANTOS WANDENCKY JUNIOR**

CPF: **064.978.664-50**

Assinatura

2ª | Nome: **MAYANA MONIQUE QUINHOA WANDENCKY**

CPF: **059.842.774-09**

Assinatura



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 614/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO/ DPVAT

Data do fato: 20/07/2018 – por volta das 22:00horas

Local do ocorrido: Rua Cromacio Wanderlei - POMBAL-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 31/08/2018– 16:50 Horas

COMUNICANTE: ERALDO ALVES ONIAS, **Filiação:** Cicero Onias de Sousa e Aurimar Alves Onias; **Profissão:** motorista; **Estado Civil:** união estável ;**Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** bras.; **Data de Nascimento:** 26.07.1986; **Endereço Residencial:** Rua Raimundo Jose de Sousa, 446, Vida Nova - Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 996191001/ **Portador de RG nº 2930229 SSP-PB. CPF 072.762.114-95**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, CONDUZIA a motocicleta HONDA BIZ 125 ES - COR VERMELHA, ANO/MODELO 2014/2014, PLACA QFB 5987/PB, CHASSI: 9C2JC4820ER549490, licenciada em nome de ELNY ALVES ONIAS; Que conduzia a motocicleta na Rua Cromacio Wanderley, quando foi abalroado por outra motocicleta que cruzou a avenida, colidindo com a motocicleta ocupada pelo comunicante; Que não foi possível identificar o condutor da motocicleta que provocou o acidente, pois o mesmo evadiu-se do local; Que da colisão, o comunicante caiu na avenida, tendo sofrido fraturas no BRAÇO DIREITO e na FACE; Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Pombal-PB, onde recebeu os primeiros atendimento, ficando em observação por quase 24 horas, sendo liberado após a realização de exames; Que testemunhou e sabe do fato ocorrido as pessoas de AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR, CPF 2870446/ SSP-PB, residente a Rua Manoel Firmino, 45, 1º andar centro - Pombal-PB. E e CAMILA GOMES DE SOUSA, RG 38.839.001-3 SSP-PB, residente a Rua Raimundo Jose de Sousa, 446, Vida Nova - Pombal-PB; Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 31 de agosto de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Eraldo Alves Onias

1ª Test.: Camila Gomes de Sousa

2ª Amintas Dantas Wanderley Junior

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4

03 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

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 ERALDO ALVES ONIAS	CPF da Vítima 072.762.334-95	Data do Acidente 20.07.2018
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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.

POMBAL - PB, 03 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

Erlando Alves Onias
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 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 ERALDO ALVES ONIAS	CPF da Vítima 072.762.334-95	Data do Acidente 20.07.2018
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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.

POMBAL - PB, 03 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

Erlando Alves Onias
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11 MAR. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3180406820	CPF da vítima: 072.762.114-95	Nome completo da vítima: ERALDO ALVES OMÍAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ERALDO ALVES OMÍAS		CPF: 072.762.114-95
Profissão: MOTORISTA	Endereço: RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA	Número: 446 Complemento: —
Bairro: VILA NOVA I	Cidade: POMBAL	Estado: PARANÁ CEP: 58.840-000
E-mail:	Tel. (DDD): (83) 999746322	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" 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"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 4078-0	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **POMBAL - PB, 07.03.2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **AMINTAS SANTOS WANDENCKY JUNIOR**
CPF: **064.978.664-50**
Amintas Santos Wandencky Junior
Assinatura

2ª | Nome: **MAYANA MONIQUE QUINHOA WANDENCKY**
CPF: **059.842.774-09**
Mayana Monique Quinhoa Wandencky
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidei-júrio do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



Prefeitura Municipal de Pombal
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USA 04



Clinico-Trauma

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA	
Data: <u>20.07.18</u>	Ocorrência nº: <u>0032</u>
Local de Ocorrência: <u>Rua Cromácio Wanderley</u>	Paciente / Usuário: <u>Cráida Alves Dmial</u>
Idade: <u>51</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Apelo no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRP <input type="checkbox"/> Agentes de Trânsito <input type="checkbox"/> Outro: <u>Car. de P. Res.</u>	Médico Regulador: <u>Dr. Rodrigo</u>
DTA: MOTIVO: <u>CA</u>	

DESTINO	
LOCAL 1: <u>HRP - Pombal</u>	RESPONSÁVEL: <u>[Assinatura]</u>
LOCAL 2: _____	RESPONSÁVEL: _____
OBS: _____	OBS: _____

TIPO DE ACRATO (NATURZA DA OCORRÊNCIA)	ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO - OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	MEDICAMENTOS: _____ PATOLOGIA(S): _____ ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____ VAGINAS: _____

EXAME FÍSICO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> HÁLITO ETÍLICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ FUNÇÃO MOTORA: <input type="checkbox"/> DEAMBULA <input type="checkbox"/> DEAMBULA COM AUXÍLIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ PELE E MUCOSA: <input type="checkbox"/> PÁLIDO <input type="checkbox"/> ICTÉRICO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> EQUIMONES <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> SUPRINEICO <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ <input type="checkbox"/> JVN+ <input type="checkbox"/> JVN- <input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTAIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> ASSISTÓLIA <input type="checkbox"/> PCF <input type="checkbox"/> PULSOS - INORMAIS <input type="checkbox"/> PULSOS FILIFORMES SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE / ASOOME <input type="checkbox"/> GLOBOSO <input type="checkbox"/> PLANO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> DOLOR A PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH- <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DESENTÉRIA <input type="checkbox"/> HEMATÉSE <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> VÔMITOS OUTRO: _____ SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISÚRIA <input type="checkbox"/> POLACIÓRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATÚRIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SVD DU: _____ ml <input type="checkbox"/> SVA QUEIXA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL: _____ PARESTESIA / LOCAL: _____ PARALISIA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTRA: _____

EXAME FÍSICO
VVA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES / TEMPERATURA: _____ °C GLICEMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dl FR: _____ lpm SpO2 SEM O2: <u>97</u> % / SpO2 COM O2: _____ % FC: <u>75</u> bpm PA: <u>130/90</u> mmHg PERFUSÃO: <input type="checkbox"/> > 2s <input type="checkbox"/> > 2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: _____
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

EVOLUÇÃO: () ENFERMEIRO () TÉCNICO EM ENFERMAGEM
<u>Paciente encontrada fora da cena do acidente consciente, orientada, verbalizando SSU presentes e normais, apresentando corte e hematomas em região do supercílio (D) e do polegar em punho (D). Realizada imobilização conforme protocolo APT. Imobilização de membro com tala Encaimada ao HRP.</u>

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)
ENFERMEIRO: <u>Adriana Alves</u> COREN: <u>365792</u> TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____
CONDUZIR SOCORRISTA: <u>Adriana Santos</u> SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____

RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR: QUANTIDADE:	MARCA:		MODELO:		MARCA: MODELO:	
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD		VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	OUTROS:
CARTÕES DE BANCO	1	2	3	NOMES DO BANCO:		
DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$						
CALÇADOS (MARCA):						
BRINCOS (QUANTIDADE):						
PULSEIRAS (QUANTIDADE):						
OUTROS:						
REÓGIO (MARCA):						
ANEIS (QUANTIDADE):						
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES:						
SETOR:						
FUNÇÃO:						
ASSINATURA DO RECEBEDOR						
CARIMBO DO RECEBEDOR						

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AAS 300mg		LCOL (PINCETA) 250ml	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10ml		ATADURA DE CREPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
OPIRONA 3g		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCORAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
FUROSEMIDA		JELCO Nº	
GLICOSE 50%		LANÇOL DESCARTÁVEL	
HIDROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIC GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA			
TERBUTALINA			
OUTROS			

() ATENDIMENTO NO LOCAL () RECUSA

NOME:	RG
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:

03 SET. 2019



Prefeitura Municipal de Pombal
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USA 04



Clinico-Trauma

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA	DATA 20.07.18	Ocorrência nº 0032	Paciente / Usuário Cristina Alves Dantas	Idade 51	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Local da Ocorrência Rua Cromácio Wanderley	Apelo no Local <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRP <input type="checkbox"/> Agentes de Trânsito <input type="checkbox"/> Outro: <u>Car. de P. Res.</u>				Médico Regulador Dr. Rodrigo
DTA: MOTIVO:					

DESTINO	LOCAL 1: <u>HRP - Pombal</u>	RESPONSÁVEL:	OBS:
	LOCAL 2:	RESPONSÁVEL:	OBS:

TIPO DE ACRATO (NATURZA DA OCORRÊNCIA)	ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO - OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO:	MEDICAMENTOS: PATOLOGIA(S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VAGINAS

EXAME FÍSICO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> HÁLITO ETÍLICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO:
FUNÇÃO MOTORA: <input type="checkbox"/> DEAMBULA <input type="checkbox"/> DEAMBULA COM AUXÍLIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> OUTRO:
PELE E MUCOSA: <input type="checkbox"/> PÁLIDO <input type="checkbox"/> ICTÉRICO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> SUDORÉICA <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> EQUIMONES <input type="checkbox"/> OUTRO:
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ <input type="checkbox"/> JVN+ <input type="checkbox"/> JVN- <input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTAIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO:
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> ASSISTÓLIA <input type="checkbox"/> PCF <input type="checkbox"/> PULSOS - NORMAIS <input type="checkbox"/> PULSOS FILIFORMES
SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE / ASGOME <input type="checkbox"/> GLOBOSO <input type="checkbox"/> PLANO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> DOLOR A PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH- <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DESENTÉRIA <input type="checkbox"/> HEMATÊSE <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> VÔMITOS OUTRO:
SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISÚRIA <input type="checkbox"/> POLACIÚRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATÚRIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SVD DU: _____ ml <input type="checkbox"/> SVA
QUEIXA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PARESTESIA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PARALISIA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTRA:

EXAME FÍSICO
VIA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES <input type="checkbox"/> TEMPERATURA: _____ °C GLICEMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dl PR: _____ SpO2 SEM O2: <u>97</u> % SpO2 COM O2: _____ % FC: <u>75</u> bpm PA: <u>130/90</u> mmHg PERFUSÃO: <input type="checkbox"/> > 2s <input type="checkbox"/> > 2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO: ☐ ENFERMEIRO ☐ TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Paciente encontrada fora da cena do acidente consciente, orientada, verbalizando SSVU presentes e normais, apresentando corte e hematomas em região do supercílio e do antebraço em punho. Realizada imobilização conforme protocolo APT. Imobilização de membro com tala Encaimada ao HRP.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: <u>Adriana Alves</u> COREN: <u>365792</u>	TÉCNICO DE ENFERMAGEM:	COREN:
CONDUZIR SOCORRISTA: <u>Adriana Santos</u>	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO):	MÉDICO (VISTO):

RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: RG CPF TÍTULO DE ELEITOR HABILITAÇÃO PASSAPORTE OUTROS: _____

CELULAR: QUANTIDADE: _____ MARCA: _____ MODELO: _____ MARCA: _____ MODELO: _____

CARTÕES DE CRÉDITO: MASTER CARD VISA AMERICAN EXPRESS HIPE CARD OUTROS: _____

CARTÕES DE BANCO 1 2 3 NOMES DO BANCO: _____ OUTROS: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$ _____

CALÇADOS (MARCA): _____ RÉGIO (MARCA): _____ ANEIS (QUANTIDADE) _____

BRINCOS (QUANTIDADE): _____ PULSEIRAS (QUANTIDADE) _____ OUTROS: _____

DADOS DO RECEBEDOR

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES: _____

SETOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR _____

CARIMBO DO RECEBEDOR _____

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AAS 300mg		LCOL (PINCETA) 250ml	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10ml		ATADURA DE CREPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
OPIRONA 3g		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCORAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
FUROSEMIDA		JELCO Nº	
GLICOSE 50%		LANÇOL DESCARTÁVEL	
HIDROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIC GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA			
TERBUTALINA			
OUTROS			

() ATENDIMENTO NO LOCAL () RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

03 SET. 2019



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Gomes, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRICULA
39661997
REFERENCIA
AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GERALDO ALVES ONIAS
RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA, 446 - VIDA NOVA I
POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.005.600.0001.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VIA 164548	28.12.2012	JARDIM LAC LINDO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA			
811	822	11	30 09/09/2018			
HIST. CONS. ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JUL/2018	9	0	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES			
JUN/2018	12	0	TURBIDEZ 46 46 46			
MAR/2018	10	0	CLORO 46 46 46			
ABR/2018	9	0	COL.TERMOT 0 0 0			
MAR/2018	9	0	COR 10 36 35			
FEV/2018	9	0	COL.TOTAIS 46 46 46			
MEDIA(M)	9		DADOS REFERENTES A: JUN/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 10/08/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 09:09:16
DESCRIÇÃO	CONSUMO TOTAL(R\$)
ÁGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3 37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	1 M3 4,89
ESGOTO	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,96 PIS E CONFINS. LEI 12.743/12	
VENCIMENTO: 24/08/2018	Total a Pagar: R\$ 42,80

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL	
INFORMAÇÕES GERAIS:	
"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"	



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
39661997	AGO/2018	24/08/2018	R\$ 42,80



03 SET. 2018



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY

RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO -
PETROPOLIS POMBAI PB 58840-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.115.0005.000		000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y17P649754	23/01/2018	EXT. ACRILICADO	POTENCIAL				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS		PRÓXIMA LEITURA		
31	42	11	32		08/07/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
MAI/2018	9	0	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
AER/2018	10	0	TURBIDEZ	0	0	0	
MAI/2018	7	0	CLORO	0	0	0	
FEV/2018	4	0	COL. TERMOT	0	0	0	
JUN/2018	10	0	COR	0	0	0	
DEZ/2017	10	0	COL. TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: AER/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 11/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:08:52

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

AT: 10 M3 - 67,65 POR UNIDADE

ACIMA DE 10 M3 - R\$ 11,72 POR M3

10 M3 67,65

1 M3 11,72

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,34 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

23/06/2018

Total a Pagar:

R\$ 79,37



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	JUN/2018	23/06/2018	R\$ 79,37

DEBITO AUTOMATICO

03 SET. 2018



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Gomes, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 53.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRICULA
39661997
REFERENCIA
AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GERALDO ALVES ONIAS
RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA, 446 - VIDA NOVA I
POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.005.600.000.000.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VIA 164548	28.12.2012	JARDIM LAC LINDO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA			
811	822	11	30 09/09/2018			
HIST. CONS. ANOS LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JUL/2018	9	0	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES			
JUN/2018	12	0	TURBIDEZ 46 46 46			
MAR/2018	10	0	CLORO 46 46 46			
ABR/2018	9	0	COL.TERMOT 0 0 0			
MAR/2018	9	0	COR 10 36 35			
FEV/2018	9	0	COL.TOTAIS 46 46 46			
MEDIA(M)	9		DADOS REFERENTES A: JUN/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 10/08/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 09:09:16
DESCRIÇÃO	CONSUMO TOTAL(R\$)
ÁGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3 37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	1 M3 4,89
ESGOTO	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,96 PIS E CONFINS. LEI 12.743/12	
VENCIMENTO: 24/08/2018	Total a Pagar: R\$ 42,80

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL	
INFORMAÇÕES GERAIS:	
"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"	



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
39661997	AGO/2018	24/08/2018	R\$ 42,80



03 SET. 2018



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY

RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO -
PETROPOLIS POMBAI PB 58840-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.115.0005.000		000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
Y17P649754	23/01/2018	EXT. ACRILICADO	POTENCIAL				
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)		NUM DE DIAS		
31		42	11		32		
						PRÓXIMA LEITURA	
						08/07/2018	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
MAI/2018	9	0	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
AER/2018	10	0	TURBIDEZ	0	0	0	
MAI/2018	7	0	CLORO	0	0	0	
FEV/2018	4	0	COL. TERMOT	0	0	0	
JUN/2018	10	0	COR	0	0	0	
DEZ/2017	10	0	COL. TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: AER/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 11/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:08:52

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

AT: 10 M3 - 67,65 POR UNIDADE

ACIMA DE 10 M3 - R\$ 11,72 POR M3

10 M3

67,65

1 M3

11,72

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,34 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

23/06/2018

Total a Pagar:

R\$ 79,37



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



CAGEPA

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

70682232

JUN/2018

23/06/2018

R\$ 79,37

DEBITO AUTOMATICO

03 SET. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JAIQUES RAMOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.946-134 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERALDO ALVES ONIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.762.114 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERALDO ALVES ONIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.762.114 / 95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios: IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ 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
RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCRITÓRIO
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PETROPOLIS	POMPAI	PARAIBA	58.840-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
JAIQUES.ADV@BOL.COM.BR		(83) 99974-6322	(83) 98148-8766

POMPAI - PB, 03 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

JAIQUES RAMOS WANDERLEY
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.996-134 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GRALDO ALVES ONIAS inscrito (a) no CPF sob o nº 072.762.114 / 95 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GRALDO ALVES ONIAS inscrito (a) no CPF sob o nº 072.762.114 / 95 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios.

IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ 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
RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCRITÓRIO
Cidade	Estado	CEP	
PETROPOLIS	PARANÁ	58.340-000	
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
JACQUES.ADV@GOL.COM.BR		(85) 99944-6322	(91) 98148-8766

POMAL - PB 03 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

Jacques Ramos Wanderley
Assinatura do Declarante

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA		Número 284
		Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL
		UF PB

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais) 115.190,01
IMPOSTO DEVIDO	16.637,48
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	14.821,36
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2018) NÚMERO DE QUOTAS	1
VALOR DA QUOTA	14.821,36

DOCUMENTO ORIGINAL

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 29/04/2018 às 12:43:14
0702617654

06 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JAIQUES RAMOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.946-134 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERALDO ALVES ONIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.762.114 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERALDO ALVES ONIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.762.114 / 95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios: IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ 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
RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCRITÓRIO
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PETROPOLIS	POMPAI	PARAIBA	58.840-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
JAIQUES.ADV@BOL.COM.BR		(83) 99974-6322	(83) 98148-8766

POMPAI - PB, 03 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

JAIQUES RAMOS WANDERLEY
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **ELNY ALVES ONIAS**, RG nº 2930323, data de expedição 12/09/2001, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 065.895.724-45, com domicílio na cidade de Pombal, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Sebastião Fortunato Sa, nº 69, Vida Nova, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **ERALDO ALVES ONIAS**, cujo o condutor era **ERALDO ALVES ONIAS**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Ano: 2014

Cor: VERMELHA

Placa: QFB 5987/PB

Chassi: 9C2JC4820ER549490

Data do Acidente: 20/ 07/ 2018

Local e Data: POMBAL-PB, 29 / 08 / 2018



Elny Alves Onias

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **ELNY ALVES ONIAS**. CONFERIDO em 29/08/2018. DOU FE. POMBAL-Paraíba,

GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA

Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-A-42230-VTDE
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,38 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,00

Genival Severo de Queiroga
Escritor

CPF: 026.972.974-72

CPF: 026.972.974-72

DOCUMENTO ORIGINAL

03 SET. 2018



Dr. Túlio Alberto de Oliveira Souza

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PB: 9251

LAUDO MÉDICO

Atesto para fins de perícia médica que o paciente Sr. **ERALDO ALVES ONIAS**, é portador de sequela de fratura de rádio distal direito, devido a acidente de trânsito (colisão moto-moto) em 20/07/2018. Com queixa de dor e limitação de movimento de punho direito. Relata ainda dormência em mão direita após fratura. Ao exame: dor; limitação de amplitude de movimento de punho direito (extensão de 20°); teste de Durkan positivo. Radiografia de punho direito: fratura consolidada; relações articulares mantidas. Paciente de alta da ortopedia.

CID 10: S 52.5 / M 25.5 / M 25.6 / G 56.0

Pombal em 24 de novembro de 2018.

11 DEZ. 2018

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB: 9251
MÉDICO

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERALDO ALVES ONIAS**
Nº Sinistro: **3180406820**
Vitima: **ERALDO ALVES ONIAS**
Data do Acidente: **20/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o número de sinistro **3180406820**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

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,

11 DEZ. 2018

Seguradora Líder-DPVAT



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: SAMU LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Bealdo Alves Simas

COR: _____ DATA DE NASCIMENTO: 26/07/1986 IDADE: 31 SEXO: M

NOME DA MÃE: Amelinda Alves Simas PROFISSÃO: _____

CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: 293 0229

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Sebastião Fortunato de Sa

ESTADO: PA CEP: 58840-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 10/07/2018

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente trazido pelo SAMU, vítima de acidente automobilístico, motorista, apresentando lesões em face (pele maxilar direita e arco zigomático) com suspeita de fratura e lesão em punho direito com limitação de movimento (fratura?).

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Rx de punho / tomografia de crânio.

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° Dexametasona: 01 amp + ABD (EV) 06:00

2° Tylenol: 01 amp + ABD (EV) PA=100x80

3° Dipirona: 01 amp + ABD (EV) T=36.8

4° Tramadol: 01 amp + 100 ml St 0.9% (EV) SPO2=96%

5° P=89

6° _____

7° _____

8° _____

9° _____

10° _____

11° _____

12° _____

13° _____

14° _____

15° _____

16° _____

17° _____

18° _____

19° _____

20° _____

Dr. Paulo Meide Melo Freire
CRM 2374
RQE: 205100434552457

Duilio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540

Israiane Santos Bento
Técnica em Enfermagem
COREN-PB-0011612

03 SET. 2018

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID: _____

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM: _____

ASS./COREN: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA: _____

CONSULTA BÁSICA (PAD): _____

CONSULTA ESPECIALIZADA: _____

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
☐ 2 - APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

☐ RESIDÊNCIA
☐ ÓBITO

☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0301060001	22	51	25	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

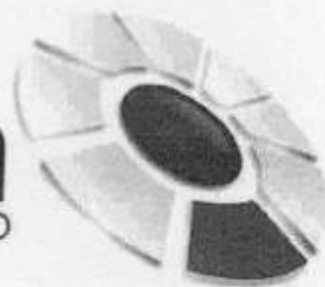
OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: ERALDO ALVES ONIAS
Nº do Paciente: PB180260786
Data de Nascimento: 26/07/1986
Data do Exame: 21/07/2018
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação após trauma.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Fraturas das paredes do seio maxilar direito, osso zigomático e arco zigomático ipsilaterais.

Fratura da asa maior do esfenóide direita.

Hemorragia extra-axial laminar na fossa média craniana direita.

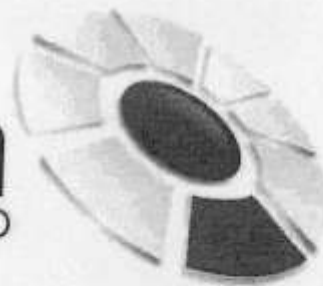
O parênquima cerebral apresenta forma, posição, dimensões e densidade usuais.

Sulcos entre os giros corticais, cissuras de Sylvius, sistema ventricular supratentorial e cisternas da base de aspecto usual para a faixa etária.

Estruturas da linha média centradas.

Não há evidências de lesões focais detectáveis ao método na fossa posterior.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.



CONCLUSÃO:

Fraturas das paredes do seio maxilar direito, osso zigomático e arco zigomático ipsilaterais.

Fratura da asa maior do esfenóide direita.

Hemorragia extra-axial laminar na fossa média craniana direita.

Rm Franco

Assinado Eletronicamente por: Dr. Rafael Marques Franco CRM 149791-SP
| Médico-radiologista RQE 50097-SP através de Telelaudo Tecnologia Médica
Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 21/07/2018
12:45:21 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

03 SET. 2018



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Ernaldo Alves
Omen

portador (a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,

sendo portador da infecção CID-10 S52.5

Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 60

(semanas) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 23 de 07 de 20 18

CRM 7801

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o

Dr. _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

03 SET. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA-CRIMINAL
EQUIPAMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-239



Jaques Ramos Wanderley

CARTEIRA DE IDENTIDADE



03 SET. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.428.326 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

RELACÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY
RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

NATURALIDADE FOMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980

DOC ORIGEM CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28
CARTÓRIO FOMBAL-PB

CPF 032.976.134-08

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

03 SET. 2018

SENATRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PELOS ACIDENTES CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUANTO A SUA GARANTIA RESCATE TRANSFERRIDA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200541390 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 022 1204

1	06389512415	QNT. CUBA		QTE 5981/PB
RENUNIA	01014671690	HONDA/BIZ 125 ES	WAGON/MODELO	
ANO FABR.	2014	QTE CUBA	902304820ER549490	Nº CHASSI
PREMIO TARIFARIO				
QUANTO DO SEGURO (R\$)				
QUANTO DO SEGURO (R\$)				
DATA DE QUOTACAO	18/07/2016			

SEGURODPVAT

11436-0935371-20180723

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:	ERALDO ALVES ONIAS , BRASILEIRO, CASADO, MOTORISTA, COM RG: 2930229 SSP/PB E CPF: 072.762.114-95, RESIDENTE E DOMICILIADO A RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA, Nº 446, VIDA NOVA I, POMBAL - PB.
OUTORGADO:	Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - **DPVAT INVALIDEZ E DAMS**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ E DAMS** para a vítima **ERALDO ALVES ONIAS**.

CARTÓRIO DO 1º
OFÍCIO DE NOTAS

POMBAL - PB, 29 / 08 / 2018.

x *Erardo Alves Onias*

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **ERALDO ALVES ONIAS**. CONFERIDO em 29/08/2018.

GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B.A.L.0229-DKR3
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,38 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,00

DOCUMENTO ORIGINAL

03 SET. 2018

Genival Severo de Queiroga
Escravento
CPF: 026.872.974-72

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321783/18

Vítima: ERALDO ALVES ONIAS

CPF: 072.762.114-95

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERALDO ALVES ONIAS

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

ERALDO ALVES ONIAS : 072.762.114-95

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: 03/09/2018
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

JAQUES RAMOS WANDERLEY

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446050/18

Vítima: ERALDO ALVES ONIAS

CPF: 072.762.114-95

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERALDO ALVES ONIAS

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

ERALDO ALVES ONIAS : 072.762.114-95

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: 11/12/2018
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

JAQUES RAMOS WANDERLEY

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL