
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



**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

CPF titular da conta

072.762.114-95

Profissão

Endereço

RUA RAIMUNDO JOSÉ DE SOUSA

Número

Nº 446

Complemento

Bairro

VILA NOVA I.

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 Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

BANCO

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

0782

D/V

CONTA

Nº

4078-0

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

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 Lider 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

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

CPF titular da conta

072.762.114-95

Profissão

Endereço

RUA RAIMUNDO JOSÉ DE SOUSA

Número

Nº 446

Complemento

Bairro

VILA NOVA I.

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 Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

BANCO

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

13

4078-0

(Informar dígito se existir)

AGENCIA

Nº

CONTA

Nº

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 Lider 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

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:
3180 40 6820

CPF da vítima:

072.762.114-95 ENALDO ALVES OMIAS

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 44/2012

Nome completo:

ENALDO ALVES OMIAS

CPF:

072.762.114-95

Profissão: **MOTORISTA**

Endereço:

RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA

Bairro: VILA NOVA I

Cidade: LOMBAL

Estado: PARANÁ

E-mail:

CEP: 58.840-000

Tel.(DDD): (43) 999746382

Número:

446

Complemento:

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 4078-0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: LOMBAL - PR, 07.03.2019

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) 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-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: AMINTAS CANTAS WANDERLEY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50

Amintas Cantas Wanderley Junior
Assinatura

2º | Nome: MAYANA MONIQUE AUCHAGA WA-10616-4
CPF: 059.842.774-09

Mayana Monique Auchaga Wandervly
Assinatura

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 n° 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 Policia, 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
1^a Test.: Camila Gomes de Sousa
2^a Amintas Dantas Wanderley Júnior

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

012.162.334-95

Data do Acidente

10.01.2018

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



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

012.162.334-95

Data do Acidente

10.01.2018

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



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:
3180 40 6820

CPF da vítima:

072.762.114-95 ENALDO ALVES ONIAS

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 44/2012

Nome completo:

ENALDO ALVES ONIAS

CPF:

072.762.114-95

Profissão: **MOTORISTA**

Endereço:

RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA

Número:

446

Bairro: VILA NOVA I

Cidade: LOMBAL

Estado: PARANÁ

CEP: 88.840-000

E-mail:

Tel.(DDD): (83) 999746382

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 4078-0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: LOMBAL - PR, 07.03.2019
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Enaldo Alves Onias
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Enaldo Alves Onias
Assinatura do Procurador (se houver): Julin dos Vales
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: AMINTAS CANTAS WANDERLEY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50

Amintas Cantas Wanderley Junior
Assinatura

2º | Nome: MAYANA MONIQUE AUCHAGA WAIDELICH
CPF: 059.842.774-09

Mayana Monique Auchaga Waidelich
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-lhe ciência 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: USP 04



Clinico-Trauma

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Qm:	06.07.18	Ócidente n°:	Paciente / Usuário: <u>Dátilma Alves Onial</u>	Idade: <u>51</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local de Ocorrência:	Av. Rio Branco			Bairro: <u>CA</u>	Médico Regulador: <u>Dr. Rodolfo</u>
Apelo no Local:	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Bombeiros	<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> Agentes de Trânsito	<input type="checkbox"/> Outro: <u>De Canil à Rua Pernambuco</u>
				<input type="checkbox"/> GIA: MÓTIVO:	

DESTINO

LOCAL 1: <u>Hospital - Pombal</u>	RESPONSÁVEL: _____	OBS: _____
LOCAL 2: _____	RESPONSÁVEL: _____	OBS: _____

TIPO DE ACRADO (MATERIAL DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	MEDICAMENTOS: _____
<input type="checkbox"/> GINECO - OBSTÉTRICO	PATOLOGIA (S): _____
<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO	ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	VACINAS: _____

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> NÁLITO ETÍlico <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
FUNCTION 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"/> SUDOREÍCA <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> EQUIMÔSIS <input type="checkbox"/> OUTROS: _____
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"/> AN + <input type="checkbox"/> AN - <input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTAIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMOCARDÍCO <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> ASSISTOLIA <input type="checkbox"/> BCF <input type="checkbox"/> PULSOS IRREGULARES <input type="checkbox"/> PULSO FLIFORMES
SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE/ABDOM: <input type="checkbox"/> GLÓDICO <input type="checkbox"/> PLÁCIDO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> TUCKLA PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> TRH+ <input type="checkbox"/> TRH- <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DESENTERIA <input type="checkbox"/> HEMATÉSESI <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> VÓMITOS OUTRO: _____
SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISÚRIA <input type="checkbox"/> POLACÔRIA <input type="checkbox"/> UANURA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SUDOR: <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> SVA
QUEXA 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: <u>36,5°C</u> GLICEMIA CAPILAR: <u>113 mg/dL</u>
FR: <u>Irregular</u> SpO2 SEM O2: <u>97%</u> % / SpO2 COM O2: <u>97%</u> % FC: <u>75</u> bpm PA: <u>120/70 mmHg</u> 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 ferida da cama do acidente consciente, orientado, verbalizando SSSU presentes e normais, apresentava corte e hematomas em região da supraclítorum e suspeita hérnia em punho, férias imobilizadas conforme protocolo APH. Imobilizações de membro com faixa encaimada ao HEP.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: <u>Dátilma Alves</u> COREN: <u>365742</u> TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____	COREN: _____
CONDUTOR SOCORISTA: <u>Júlio Soárez</u> SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____	MÉDICO (VISTO): _____

RELAÇÃO DOS PERTENÇAS:

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):	REÓGIO (MARCA):					
BRINCOS (QUANTIDADE):	PULSEIRAS (QUANTIDADE)			ANEIS (QUANTIDADE):		
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENÇAS:						
SETOR:	FUNÇÃO:					
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AAS 300mg		LCDOL (PINCETA 250ml	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10ml		ATADURA DE CREPDON 25cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTOPRIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
QUIRIDINA 3g		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N°)	
ESCOLAMILINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOLAMILINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
FUROSEMIDA		JELCO N°	
GLICOSE 50%		LANCOL DESCARTAVEL	
HIDROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMAÑHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL N°	
IPRATROPIK GOTAS		MÁSCARA DESCARTAVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP N°	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA N°	
MARACERAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
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: USP 04



Clinico-Trauma

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Qm:	06.07.18	Ócidente n°:	Paciente / Usuário: <u>Dátilma Alves Onial</u>	Idade: <u>51</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local de Ocorrência:	Av. Rio Branco			Bairro: <u>CA</u>	Médico Regulador: <u>Dr. Rodolfo</u>
Apelo no Local:	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Bombeiros	<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> Agentes de Trânsito	<input type="checkbox"/> Outro: <u>De Canil à Rua Pernambuco</u>
				<input type="checkbox"/> GIA: MÓTIVO:	

DESTINO

LOCAL 1: <u>Hospital - Pombal</u>	RESPONSÁVEL: _____	OBS: _____
LOCAL 2: _____	RESPONSÁVEL: _____	OBS: _____

TIPO DE ACRADO (MATERIAL DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	MEDICAMENTOS: _____
<input type="checkbox"/> GINECO - OBSTÉTRICO	PATOLOGIA (S): _____
<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO	ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	VACINAS: _____

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> NÁLITO ETÍlico <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
FUNCTION 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"/> SUDOREÍCA <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> EQUIMÔSES <input type="checkbox"/> OUTROS: _____
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <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"/> AN + <input type="checkbox"/> AN - <input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTAIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMOCARDíCICO <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> ASSISTOLIA <input type="checkbox"/> BCF <input type="checkbox"/> PULSOS IRREGULARES <input type="checkbox"/> PULSOS RÍFORMES
SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE/ABDOM: <input type="checkbox"/> GLÓDICO <input type="checkbox"/> PLÁCIDO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> TUCKLA PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> TRH+ <input type="checkbox"/> TRH- <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DESENTERIA <input type="checkbox"/> HEMATÉSE <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> VÓMITOS OUTRO: _____
SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISÚRIA <input type="checkbox"/> POLACÔRIA <input type="checkbox"/> UANURA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SUDOR: <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> SVA
QUEXA 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: <u>36,5°C</u> GLICEMIA CAPILAR: <u>113 mg/dL</u>
FR: <u>Irregular</u> SpO2 SEM O2: <u>97%</u> % / SpO2 COM O2: <u>97%</u> % FC: <u>75</u> bpm PA: <u>120/70 mmHg</u> 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 ferida da cama do acidente consciente, orientado, verbalizando SSSV presentes e normais, apresentava corte e hematomas em região da supraclítorum e suspeita hérnia em punho, férias imobilizadas conforme protocolo APH. Imobilizações de membro com faixa encaimada ao HEP.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: <u>Dátilma Alves</u> COREN: <u>365742</u> TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____	COREN: _____
CONDUTOR SOCORISTA: <u>Júlio Soárez</u> SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____	MÉDICO (VISTO): _____

RELAÇÃO DOS PERTENÇAS:

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):	REÓGIO (MARCA):					
BRINCOS (QUANTIDADE):	PULSEIRAS (QUANTIDADE):			ANEIS (QUANTIDADE):		
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENÇAS:						
SETOR:	FUNÇÃO:					
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AAS 300mg		LCDOL (PINCETA 250ml)	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10ml		ATADURA DE CREPDON 25cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTOPRIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
QUIRIDINA 3g		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N°)	
ESCOLAMILINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOLAMILINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
FUROSEMIDA		JELCO N°	
GLICOSE 5%		LANCOL DESCARTAVEL	
HIDROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMAÑHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL N°	
IPRATROPIK GOTAS		MÁSCARA DESCARTAVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP N°	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA N°	
MARACERAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBUTALINA			
OUTROS			

() ATENDIMENTO NO LOCAL () RECUSA

NOME:	RG:
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	
TESTEMUNHA:	

03 SET. 2019



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Clima, 220 - Jaguibe João Pessoa - PB
CEP: 50.015-070 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

39661997

REFERÊNCIA
AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
ERALDO ALVES ONIAS
RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA, 446 - VIDA NOVA I
POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
112.005.600.0091.000	000	1 0 0 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
V.LIX.16.1548	28/12/2012	JARDILAC LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR / ATUAL / CONSUMO (m ³) / NUM DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA			
811 822	11	30	09/09/2018
HIST. CONS./ANAL. LEIT.	1	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. US/2017 MS.	
JUL/2018	9	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES	
JUN/2018	12	TURBIDEZ	46 46 46
MAR/2018	10	CLORO	46 46 46
ABR/2018	9	COL.TEMPERAT	0 0 0
MAR/2018	9	COR	10 36 35
FEV/2018	9	COL.TOTAIS	46 46 46
MEDIAÇÃO	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 m ³ - R\$ 3,91 POR UNIDADE 11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	10 m ³ 1 m ³	37,91 4,89	
ESGOTO			

03 SET. 2018

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,96 PIS E CONFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	24/08/2018	Total a Pagar:	R\$ 42,80
-------------	------------	----------------	-----------

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



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCTIMENTO	TOTAL A PAGAR
39661997	AGO/2018	24/08/2018	R\$ 42,80

826600000000 2 42500010112 4 03966199701 3 08201830003 6





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 -
P.R.R?POLIS POMBAL 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	
Y12F6492754	23/01/2018	EXT LACRADA LIGADO		POTENCIAL		

ANTERIOR			ATUAL			CONSUMO (m ³)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
31	42	11	32					08/07/2018
HIST. CONSUMO/ANOS	LEIT.	QUALID.	AGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017	MS.		
MAR/2018	9	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
ABR/2018	10	0	TURBIDEZ	0	0	0		
MAR/2018	7	0	CLORO	0	0	0		
FEV/2018	4	0	COL. TERMOT	0	0	0		
JAN/2018	10	0	COR	0	0	0		
DEZ/2017	10	0	COL. TOTAIS	0	0	0		
MÉDIA(m ³)	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)			
ATÉ 10 m ³ - R\$ 67,65 POR UNIDADE	10 m ³	67,65	
ACIMA DE 10 m ³ - R\$ 11,72 POR m ³	1 m ³	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
-------------	-------------------	----------------	------------------



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



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 ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Clima, 220 - Jaguibe João Pessoa - PB
CEP: 50.015-070 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

39661997

REFERÊNCIA
AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
ERALDO ALVES ONIAS
RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA, 446 - VIDA NOVA I
POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
112.005.600.0091.000	000	1 0 0 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
V.LIX.16.1548	28/12/2012	JARDILAC LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR / ATUAL / CONSUMO (m ³) / NUM DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA			
811 822	11	30	09/09/2018
HIST. CONS./ANAL. LEIT.	1	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. US/2017 MS.	
JUL/2018	9	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES	
JUN/2018	12	TURBIDEZ	46 46 46
MAR/2018	10	CLORO	46 46 46
ABR/2018	9	COL.TEMPERAT	0 0 0
MAR/2018	9	COR	10 36 35
FEV/2018	9	COL.TOTAIS	46 46 46
MEDIAÇÃO	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 m ³ - R\$ 3,91 POR UNIDADE 11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	10 m ³ 1 m ³	37,91 4,89	
ESGOTO			

03 SET. 2018

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,96 PIS E CONFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	24/08/2018	Total a Pagar:	R\$ 42,80
-------------	------------	----------------	-----------

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



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCTIMENTO	TOTAL A PAGAR
39661997	AGO/2018	24/08/2018	R\$ 42,80

826600000000 2 42500010112 4 03966199701 3 08201830003 6





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 -
P.R.R?POLIS POMBAL 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	
Y12F6492754	23/01/2018	EXT LACRADA LIGADO		POTENCIAL		

ANTERIOR			ATUAL			CONSUMO (m ³)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
31	42	11	32					08/07/2018
HIST. CONSUMO/ANOS	LEIT.	QUALID.	AGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017	MS.		
MAR/2018	9	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
ABR/2018	10	0	TURBIDEZ	0	0	0		
MAR/2018	7	0	CLORO	0	0	0		
FEV/2018	4	0	COL. TERMOT	0	0	0		
JAN/2018	10	0	COR	0	0	0		
DEZ/2017	10	0	COL. TOTAIS	0	0	0		
MÉDIA(m ³)	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)			
ATÉ 10 m ³ - R\$ 67,65 POR UNIDADE	10 m ³	67,65	
ACIMA DE 10 m ³ - R\$ 11,72 POR m ³	1 m ³	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
-------------	-------------------	----------------	------------------



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



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 JACQUES 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 072.362.114 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERALDO ALVES ONIAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.362.114 / 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
RJ4 BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCRITÓRIO
PETROPOLIS	POMBAL	PARAÍBA	58.840-000
JACQUES.DPV@GOL.COM.BR	Telefone comercial(DDD) (83) 99974-6322	Telefone celular (DDD) (83) 98148-8766	

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

Jacques Ramos Wandery
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 fazenda 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 JAGOS RAMOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 052.916-144-08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GRALDO ALVES OMIAS inscrito (a) no CPF sob o N° 072.762-114-95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GRALDO ALVES OMIAS, inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Lider-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

Rua Bel. Fco. da Silva Almeida	Número	Complemento
Bairro	Estado	CEP
PETROPOLIS	PARAÍBA	58.340-000
JAGOS. ADVOGADOS ECR. - COM. BR.	Telefone comercial (DDO)	Telefone celular (DDO)
	(83) 38911-6322	(83) 98148-8766

POMBAL - PB de 07 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

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	

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	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

CONFIDENCIAL

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 JACQUES 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 072.362.114 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERALDO ALVES ONIAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.362.114 / 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
RJ4 BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCRITÓRIO
PETROPOLIS	POMBAL	PARAÍBA	58.840-000
JACQUES.DPV@GOL.COM.BR	Telefone comercial(DDD) (83) 99974-6322	Telefone celular (DDD) (83) 98148-8766	

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

Jacques Ramos Wandery
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

 x *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

conheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **ELNY ALVES
ONIAS. CONFERIDO** (). DOU FÉ. POMBAL-Paraíba,
0/08/2018.

GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal G-AHL42230-VTDE
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,38 FARFEN R\$ 0,28 FEPJ R\$ 0,00

DOCUMENTO ORIGINAL

Genival Severo de Queiroga

Escrevente

CNPJ

G472 Escrevente
CPF: 026.972.974-72

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 20º); 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 CREFPB - 29411

MÉDICO

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERALDO ALVES ONIAS**

Nº Sinistro: **3180406820**

Vítima: **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.seguradoraslider.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 Sines

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

NOME DA MÃE: Auxiliadora Alves Sines PROFISSÃO:

CARTÃO DO SUS: RG/CNH: 293 02 29

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Sebastião Fortunato de Sa

ESTADO: PB 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 motox moto, apresentando lesão em face (seio maxilar direito e arco zigomático) com suspeita de fratura e lesão em punho direito com limitação de movimento (fratura?)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Rx de bumbo / tomografia de crânio.

RESULTADOS: _____

PREScrição MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1º Dexanestesia: 01 amp + ABD (EV) 06:00

2º Iglutil 01 amp + ABD (EV) PA = 100x 80

3º Dipirona: 01 amp + ABD (EV) T = 36.8

4º Tramadol: 01 amp + 100 ml 5% 0.9% (EV) SP02 = 96.7

5º _____ P = 89

6º _____

7º _____ J. Paulo Heide Melo Freyre
CRM/PB 2375
Nº. 00011111111111111111

8º _____ Dúilio Montenegro e Silveira
CRM/PB 11540

Isravane Santos Bento
Técnica em Enfermagem
COREN-PB 001 1612

9º _____

10º _____

11º _____

12º _____

13º _____

14º _____

15º _____

16º _____

17º _____

18º _____

19º _____

20º _____

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/>

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

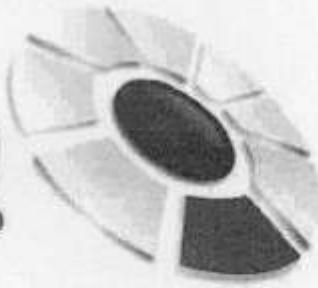
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

A handwritten signature in cursive ink.

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



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 esfenoide 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 esfenoide 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 qualquer esclarecimento necessário.

03 SET. 2018



SECRETARIA DE SAÚDE



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Eraldo Alves
Ornato 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
(dezoito) 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. 2018



03 SET. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	2.428.326 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014
NAME	JAQUES RAMOS WENDERLEY	
PAI/AO AMINTAS DANTAS WENDERLEY MÃE/RIVÂNIA RAMOS WENDERLEY		
NATURALIDADE POMBAL-PB	DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980	
DOC ORIGEM CASAN N.10728 FLS.248 LIV.B-26 CARTÓRIO - POMBAL-PB		
CPF 032.976.134-08	ASSINATURA DO CARTÓRIO	
LEIAIS 7.116 DE 2009/03		

03 SET. 2018

03 SET. 2018

GENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014200541390

PB Nº 014200541390

BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXPIRAÇÃO: 03/2018

VIA:	0101467569 - 0	DATA:	00/00000000	ANO:	2018
NAME:		ELINY ALVES OLIVEIRA			

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoravalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE ÁREA TERRESTRE CUSTO DA CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

CPF / CNPJ:		065893572445	PLACA:		PEBB3987 / PB
PLACA ANT. UF:		NOVO	CÓDIGO PROV.		9022JC4820ER54990
MARCA / MODELO:		HONDA / UT 125 ES	ANO / FABR.:		2014
CATEGORIA:		LÁNTE	DESCRIÇÃO:		VERMELHA
ODIADA:		60/00/0000	VALOR:		PRÉMIO TARIÁRIO
PAGAMENTO / CODAS:		0	PERÍODO:		06/06/2018 A 05/07/2018
NOTA DE ARMAZÉM:		SEGURADO	PRÉMIO:		R\$ 57,50
OBSERVAÇÕES:		HONDA UT 125 ES			

REF. N.º:	065893572445	VALIDADE:	23/07/2018
RENOVADA:	01014675690	HONDA / UT 125 ES	NO CHASSIS:
ANO / FABR.:	2014	9022JC4820ER54990	
ODIADA:	0		

PRÉMIO TARIÁRIO

VALOR:	R\$ 57,50	DATA DE PAGAMENTO:	06/06/2018
VALOR:	R\$ 57,50	DATA DE PAGAMENTO:	05/07/2018
VALOR:	R\$ 57,50	DATA DE PAGAMENTO:	16/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.238.669/0001-04

CONTRAN

LOCAL:	DATA:
POMBAL - PB	23/07/2018
11436	11436

MAR - 2018

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, N° 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**.



POMBAL - PB, 29 / 08 / 2018.



Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Aconselho (POR AUTENTICIDADE) a Firma de: **ERALDO ALVES
ONIAS**. CONFERIDO ()
3/08/2018.

DOCUMENTO ORIGINAL

GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-AH-4229-DKR3
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,38 FARPEJ R\$ 0,28 FEPJ R\$ 0,00

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/07/2018

Titular do CPF: ERALDO ALVES ONIAS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446050/18

Vítima: ERALDO ALVES ONIAS

CPF: 072.762.114-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/07/2018

Titular do CPF: ERALDO ALVES ONIAS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL