



Número: **0801821-21.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **22/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ERALDO ALVES ONIAS (AUTOR)	JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45086 769	29/06/2021 12:58	<u>Petição</u>	Petição
45086 772	29/06/2021 12:58	<u>2743153_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</u>	Outros Documentos
45086 773	29/06/2021 12:58	<u>2743153_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
45086 774	29/06/2021 12:58	<u>2743153_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062912584508200000042851151>
Número do documento: 21062912584508200000042851151

Num. 45086769 - Pág. 1



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



Pag. 00677/00678 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062912584556600000042851154>
Número do documento: 21062912584556600000042851154

Num. 45086772 - Pág. 1



**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	Nome completo da vítima	
	072.762.114-95	ERALDO ALVES ONIAS	

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ERALDO ALVES ONIAS	Endereço RUA RAIMUNDO JOSÉ DE SOUSA	CPF titular da conta 072.762.114-95	Profissão
Bairro VILA NOVA I.	Cidade RAMBAL	Número NE 446	Complemento
Email		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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0482	D/V 13	CONTA NRO. 4038-0	D/V
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. 0482	D/V 13	CONTA NRO. 4038-0	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 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.

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

Suelio Moreira Torres

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL

03 SET. 2019





03 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062912584556600000042851154>
Número do documento: 21062912584556600000042851154

Num. 45086772 - Pág. 3



**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	Nome completo da vítima	
	072.762.114-95	ERALDO ALVES ONIAS	

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ERALDO ALVES ONIAS	Endereço RUA RAIMUNDO JOSÉ DE SOUSA	CPF titular da conta 072.762.114-95	Profissão
Bairro VILA NOVA I.	Cidade RAMBAL	Número NE 446	Complemento
Email		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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0482	D/V 13	CONTA NRO. 4038-0	D/V
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. 0482	D/V 13	CONTA NRO. 4038-0	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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rambal - PB, 03 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Suelio Moreira Torres

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL

03 SET. 2019





03 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062912584556600000042851154>
Número do documento: 21062912584556600000042851154

Num. 45086772 - Pág. 5

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 46/2012				
Nome completo: ERALDO ALVES OMIAS		CPF: 072.762.114-95		
Profissão: MOTORISTA	Endereço: RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA	Número: 446	Complemento:	
Bairro: VIDA NOVA I	Cidade: FOMBAL	Estado: PARAÍBA	CEP: 58.840-000	Tel.(DDD): (83) 999746322
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO 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

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

- | | |
|--|---|
| <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) |

AGÊNCIA: 0232

CONTA: 4078-0

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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: FOMBAL - PB, 07.03.2019
Nome:	
CPF:	

TESTEMUNHAS

1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDUCY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Assinatura

2º | Nome: MAYANA MONIQUE AUCHOGA VALENCIA

CPF: 059.342.774-09

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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, em vez 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.



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
1º Test.: Camila Gomes de Sousa
2º Amintas Dantas Wanderley Júnior

Policia responsável pela lavratura do boletim:

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

03 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

CONTATO: RUA CEL. JOÃO CARNEIRO, Nº 288 - CENTRO - POMBAL-PB - CEP 58.840-000 / TEL.: 83 34312206



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 10/04/2018
--	--	---------------------------------------

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

DALI.001 V001/2017

03 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

DALI.001 V001/2017

03 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



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 46/2012				
Nome completo: ERALDO ALVES OMIAS		CPF: 072.762.114-95		
Profissão: MOTORISTA	Endereço: RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA	Número: 446	Complemento:	
Bairro: VIDA NOVA I	Cidade: FOMBAL	Estado: PARAÍBA	CEP: 58.840-000	Tel.(DDD): (83) 999746322
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO 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

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

- | | |
|--|---|
| <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) |

AGÊNCIA: 0232

CONTA: 4078-0

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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: FOMBAL - PB, 07.03.2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDUCY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50

Assinatura

2º | Nome: MAYANA MONIQUE AUCHOGA VALENCE
CPF: 059.342.774-09

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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, em vez 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: USA 04



Clinico-Trauma

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Dia: <u>06.07.18</u>	Ocorrência n°: <u>0001</u>	Paciente / Usuário: <u>Givaldo Alves Onias</u>	Idade: <u>51</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local da Ocorrência: <u>Rua Cremácia Vandelely</u>	Bairro: <u>Bairro</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:	DATA: <u>06/07/2018</u>	CA: <u>CA</u>	GTA-MOTIVO: <u>11-210507</u>	

DESTINO

LOCAL 1: <u>HPR - Pombal</u>	RESPONSÁVEL: <u>DR. RODOLFO</u>	OBS: _____
LOCAL 2: _____	RESPONSÁVEL: _____	OBS: _____

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

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

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"/> HÁBITO ETÍlico <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
FUNÇÃO MOTORIA: <input type="checkbox"/> DEAMBULA <input type="checkbox"/> DEAMBULA COM AUXíLIO <input type="checkbox"/> SACIONADO <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"/> EQUIMOSAS <input type="checkbox"/> OUTROS: _____
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> SUPINÉICO <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"/> MV+ <input type="checkbox"/> MV- <input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTALIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISES <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMALCARDÍCICO <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 FILIFORMES
SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: <input type="checkbox"/> +/-() <input type="checkbox"/> VCO <input type="checkbox"/> SNC/ABDOM: <input type="checkbox"/> GLÓDOSO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> TENSÃO APALPAÇÃO: <input type="checkbox"/> IRH+ <input type="checkbox"/> IRH- <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DESENTERIA <input type="checkbox"/> HEMATÉMESIS <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> VÓMITOS OUTRO: _____
SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISURIA <input type="checkbox"/> POLACRÔMIA <input type="checkbox"/> LANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SVD DU: <u>mi</u> <input type="checkbox"/> SVA
QUEIXA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> DOR/LOCAL: _____ PARESTESIA/LOCAL: _____ PARALISIA/LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTRA: _____

EXAME FÍSICO

VIVA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES / TEMPERATURA: <u>37,3</u> °C GLICEMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dL
FR: <u>rrrr</u> SpO2 SEM O2: <u>97</u> % / SpO2 COM O2: <u>97</u> % FC: <u>75</u> bpm PA: <u>110x70</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 encantado fez da cena do acidente consciente, orientado, verbalizando SSU presentes e normais, representando corte e hemorragia em região da superfície (1) e suspeita de lesão em punho (1). Foi imobilizada conforme protocolo APH. Imobilizações de membros com fita encaminhado ao HPR.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: <u>Givaldo Alves</u> COREN: <u>365762</u> TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____
CONDUTOR SOCORISTA: <u>Jhivin Santi</u> SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____

03 SET. 2018



RELAÇÃO DOS PERTENÇAS:

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

MEDICAMENTOS		QUANT.	MATERIAS		QUANT.
AAS 100mg			LCDOL (PINCETA 250ml)		
ADRENALINA			ALGODÃO (PACOTE)		
ÁGUA DESTILADA 10ml			ATADURA DE CREPON 15cm		
AMIODARONA			CATETER TIPO ÓCULOS		
ATROFOPINA			EQUIPO MACROGOTAS		
CAPTROPIL 25mcg			EQUIPO MACROGOTAS		
DICLOFENACO 75mg			ESPARADRAPO		
OPIRONA 1g			FITA DE GLUCEMIA CAPILAR (CÓDIGO N°)		
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)			GARROTE		
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)			GASE ESTERIL (PACOTE)		
FENOTEROL GOTAS			GASE NÃO ESTERIL (PACOTE COM 100und)		
FUROSEMIDA			JELCO N°		
GLICOSE 5%			LANÇOL DESCARTAVEL		
HITROCORTISONA 100mg			LUVA DE PROCEDIMENTO TAMAÑO		
HIDROCORTISONA 500mg			LUVA ESTERIL N°		
IPRATROPIQUE GOTAS			MÁSCARA DESCARTAVEL		
ISORDIL 5mg			SCALP N°		
METOCLOPRAMIDA			SERINGA N°		
PARACERAMOL GOTAS			SONDA DE ASPIRAÇÃO N°		
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%			OUTROS:		
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO					
SOLUÇÃO FISIOLOGICO					
TERBLITALINA					
OUTROS					

ATENDIMENTO NO LOCAL RECUSA

NAME:	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

Dia: <u>06.07.18</u>	Ocorrência n°: <u>0001</u>	Paciente / Usuário: <u>Clarice Alves Onias</u>	Idade: <u>31</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local da Ocorrência: <u>Rua Coronel Vandeley</u>	Bairro: <u>Bairro</u>	CEP: <u>58010-000</u>	DTA: <u>06/07/2018</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:	CA: <u>CA</u>	DTA-MOTIVO: <u>11:15 10/07</u>		

DESTINO

LOCAL 1: <u>HPR - Pombal</u>	RESPONSÁVEL: <u>DR. RODOLFO</u>	OBS: _____
LOCAL 2: _____	RESPONSÁVEL: _____	OBS: _____

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

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

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"/> HÁBITO ETÍlico <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
FUNÇÃO MOTORIA: <input type="checkbox"/> DEAMBULA <input type="checkbox"/> DEAMBULA COM AUXíLIO <input type="checkbox"/> SACIONADO <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"/> EQUIMOSAS <input type="checkbox"/> OUTROS: _____
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> SUPINÉICO <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"/> MV+ <input type="checkbox"/> MV- <input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTALIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISES <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMALCARDíCICO <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 FILIFORMES
SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: <input type="checkbox"/> +/-() <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/> SNC/ABDOM: <input type="checkbox"/> GLÓDOSO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> TONICOS/ATRASADA: <input type="checkbox"/> IRH+ <input type="checkbox"/> IRH- <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DESENTERIA <input type="checkbox"/> HEMATÉMESIS <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> VÔMITOS OUTRO: _____
SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISURIA <input type="checkbox"/> POLACRÔMIA <input type="checkbox"/> LANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SVD: <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> l/SVA
QUEIXA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> DOR/LOCAL: _____ PARESTESIA/LOCAL: _____ PARALISIA/LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTRA: _____

EXAME FÍSICO

VIVA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES / TEMPERATURA: <u>37,3</u> °C GLICEMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dL
FR: <u>rrrr</u> SpO2 SEM O2: <u>97</u> % / SpO2 COM O2: <u>97</u> % FO: <u>75</u> bpm PA: <u>110x70</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 encantado fez da cena do acidente consciente, orientado, verbalizando SSV presentes e normais, representando corte e hemorragia em região da superfície (1) e suspeita de lesão em punho (1), feto imobilizadas conforme protocolo APT. Imobilizações de membro com tala Encaminhado ao HPR.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: <u>Gálma Alves</u> COREN: <u>365762</u> TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____
CONDUTOR SOCORISTA: <u>Júlio Santi</u> SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____

03 SET. 2018



RELAÇÃO DOS PERTENÇAS:

DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR: QUANTIDADE:		MARCA:		MODELO:		
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	MARCA:	MODELO:
CARTÕES DE BANCO	1 2 3	NOMES DO BANCO:			OUTROS:	
DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$						
CALÇADOS (MARCA):	REÓSIO (MARCA):					
BRINICOS (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 100mg			LCDOL (PINCETA 250ml)		
ADRENALINA			ALGODÃO (PACOTE)		
ÁGUA DESTILADA 10ml			ATADURA DE CREPON 15cm		
AMIODARONA			CATETER TIPO ÓCULOS		
ATROFOPINA			EQUIPO MACROGOTAS		
CAPTROPIL 25mcg			EQUIPO MACROGOTAS		
DICLOFENACO 75mg			ESPARADRAPO		
OPIRONA 1g			FITA DE GLUCEMIA CAPILAR (CÓDIGO N°)		
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)			GARROTE		
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)			GASE ESTERIL (PACOTE)		
FENOTEROL GOTAS			GASE NÃO ESTERIL (PACOTE COM 100und)		
FUROSEMIDA			JELCO N°		
GLICOSE 5%			LANÇOL DESCARTAVEL		
HITROCORTISONA 100mg			LUVA DE PROCEDIMENTO TAMAÑO		
HIDROCORTISONA 500mg			LUVA ESTERIL N°		
IPRATROPIQUE GOTAS			MÁSCARA DESCARTAVEL		
ISORDIL 5mg			SCALP N°		
METOCLOPRAMIDA			SERINGA N°		
PARACERAMOL GOTAS			SONDA DE ASPIRAÇÃO N°		
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%			OUTROS:		
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO					
SOLUÇÃO FISIOLOGICO					
TERBLITALINA					
OUTROS					

ATENDIMENTO NO LOCAL RECUSA

NAME:	RG
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:

03 SET. 2019





CAGEPA

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

FAXA CONTATO COM A CAGEPA:
INFORME ESTE NÚMERO:

MATRÍCULA

39661997

REFERÊNCIA

AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

KRALDO 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
VLLX161548	28/12/2012	JARDIM LILÁDIO	POTENCIAL
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA			
811	822	11	30 03/09/2018
MIST. CONS. ANOR	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05 2017 MS.
JUL/2018	9	0	PARAMETROS EXIG.
JUN/2018	12	0	ANALIS. CONFERENCIAS
MAR/2018	10	0	TURBIDEZ 46 46 46
ABR/2018	9	0	CLORO 46 46 46
MAR/2018	9	0	COL.TERMOT 0 0 0
FEV/2018	9	0	COR 10 36 35
MÉDIA(m ³)	9	0	COL.TOTAIS 46 46 46
DADOS REFERENTES A: JUN/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 10/08/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 09:09:16
DESCRICAÇÃO	
ÁGUA	CONSUMO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) ATE 10 m ³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE 11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	10 m ³ 37,91 1 m ³ 4,89
ESGOTO	

03 SET. 2018

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

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



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

82660000000 2 42800010112 4 03966199701 3 08201830003 6





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe Júlio Pessoa - PB
CEP: 58.016-570 - 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

JAQUEM RAIMONDO WANDERLEY
RUA BELÉM DO DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO -
PIERRE POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		B	C	I	T	
112.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização		Situação Água	Situação Esgoto	
Y17F649754	23/01/2018	EXT LACRILIGADO		POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NÚM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
 31 42 11 32 08/07/2018
 HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
 MAR/2018 9 0 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
 AER/2018 10 0 TURBIDEZ 0 0 0
 MAR/2018 7 0 CLORO 0 0 0
 FEVER/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
 MÉDIA(m³) 7 DADOS REFERENTES A: AER/2018

03 SET. 2018

DATA DA IMPRESSÃO: 11/06/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 08:08:52	
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
AT: 10 m ³ - R\$ 6,65 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
-------------	------------	----------------	-----------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
[WWW.TRANSAPARENCIA.PB.GOV.BR](http://www.transparencia.pb.gov.br)



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

DEBITO AUTOMATICO





CAGEPA

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

FAXA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO:

MATRÍCULA

39661997

REFERÊNCIA

AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

KRALDO 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
VLLX161548	28/12/2012	JARDIM LILÁDIO	POTENCIAL
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA			
811	822	11	30 03/09/2018
MIST. CONS. ANOR	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05 2017 MS.
JUL/2018	9	0	PARAMETROS EXIG.
JUN/2018	12	0	ANALIS. CONFERENCIAS
MAR/2018	10	0	TURBIDEZ 46 46 46
ABR/2018	9	0	CLORO 46 46 46
MAR/2018	9	0	COL.TERMOT 0 0 0
FEV/2018	9	0	COR 10 36 35
MÉDIA(m ³)	9	0	COL.TOTAIS 46 46 46
DADOS REFERENTES A: JUN/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 10/08/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 09:09:16
DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 m³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE
11 m³ A 20 m³ - R\$ 4,89 POR m³
ESGOTO 10 m³ 37,91
1 m³ 4,89

03 SET. 2018

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

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



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

82660000000 2 42800010112 4 03966199701 3 08201830003 6





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe Júlio Pessoa - PB
CEP: 58.016-570 - 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

JAQUEM RAIMONDO WANDERLEY
RUA BELÉM DO DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO -
PIERRE POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		B	C	I	S	
112.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	

Hidrômetro Data de Instalação Localização Situação Água Situação Esgoto

Y17F649754 23/01/2018 EXTERNA LIGADO POTENCIAL

ANTERIOR I ATUAL I CONSUMO (m³) I NÚM DE DIAS PROXIMA LEITURA

31 42 11 32 08/07/2018

HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

MAR/2018 9 0 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

AER/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(m³) 7 DADOS REFERENTES A: AER/2018

03 SET. 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 - R\$ 6,65 POR UNIDADE

ACIMA DE 10 m³ - R\$ 11,72 POR m³

ESGOTO

10 m³ 67,65

1 m³ 11,72

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	CONDICÃO 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





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 falsa 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 N° 072.762.114/95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERALDO ALVES ONIAS, 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 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 ALMADA		019	ESCALÓRIO
BAIRRO	Cidade	ESTADO	CEP
PETROPOLIS	POMPAL	PARAÍBA	58.840-000
Email	JACQUES.DPV@BOL.COM.BR	Telefone comercial(DDD) (83) 98944-6322	Telefone celular (DDD) (83) 98148-8766

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

Suelio Moreira Torres
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 comprovatória.

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 reseguro.

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 JACIUS RAMOS LEAL inscrito (a) no CPF/CNPJ 652.946-134-108,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GRALDO ALVES ONIAS,
inscrito (a) no CPF sob o N° 072.762.114-95 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ,
GRALDO ALVES ONIAS, 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 comprovatórios:
3100570 SOBRE A RESPOSTA

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		Número	Complemento
BRA BEL. FOO. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCRITÓRIO
PETROPOLIS	POMBAL	PARAÍBA	58.340-000
Email		Telefone comercial (000)	Telefone celular (000)
JACIUS-ADVOGADOS.BR.COM.BR		(15) 99944-6322	(15) 99142-8766

POMBAL - PB 03 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

03 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

DODRL001 V001/2017

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	15.637,48
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

0702617654

Página 1 de 2





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 falsa 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 N° 072.762.114/95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERALDO ALVES ONIAS, 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 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
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>AV4 BEL. FCO. DA SILVA ALMADA</u>	<u>POMPAL</u>	<u>PARAÍBA</u>	<u>58.840-000</u>
<u>DEMETRO POLIS</u>			
<u>JACQUES.DPV@BOL.COM.BR</u>	<u>Telefone comercial(DDD)</u> <u>(83) 98944-6322</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u> <u>(83) 98148-8766</u>	

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

Suelio Moreira Torres
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

 
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
NIAS. CONFERIDO** (assinatura). DOU FÉ. POMBAL-Paraíba,
0/08/2018.

GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA
Selos Digitais da fiscalização Tipo Normal G-APL4220-VTDE
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpj.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,38 FARPE: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 0,00

DOCUMENTO ORIGINAL

Genival Severo de Queiroga
Escrevente

CPF: 026.972.914-72
CPF: 026.972.914-72

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
MÉDICO

Clinica Santa Cecilia - R. Cel. João Carneiro, 368 - Centro, Pombal – tel: (83) 3431-2020
Clinica Santa Cecilia - Av Venâncio Neiva, 283, Centro, Catolé do Rocha – tel: (83) 3441-3667



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062912584556600000042851154>
Número do documento: 21062912584556600000042851154

Num. 45086772 - Pág. 24



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.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

Carta nº 13352855



03 SET. 2019



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 Afves Sines

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

NOME DA MÃE: Avenida Afves Sines PROFISSÃO:

CARTÃO DO SUS: RG/CNH: 293 0229

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Sebastião Fortunato de Sa

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

SINAIS VITIAIS:

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 punho / tomografia de crânio.

RESULTADOS: _____

PREScrição MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

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

2º Tybutil 01 amp + ABD (EV) DAP 100X80

3º Dipitran: 01 amp + ABD (EV) g = 36.8

4º Tramadol: 01 amp + 500 ml Sf 0.9% (EV) SP02 = 96%

5º _____ P = 89

6º _____

7º _____ Dr. Paulo Melo Freitas Médico CRM/PB 11540 Israiane Santos Bentz

8º _____ CRM/PB 11540 Técnica em Enfermagem

9º _____ COREN PB 001 161 2

10º _____

11º _____

12º _____

13º _____

14º _____

15º _____

16º _____

17º _____

18º _____

19º _____

20º _____



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

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:

<input type="checkbox"/> 1 - PRESCRIÇÃO	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> 2 - APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0301060001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/>

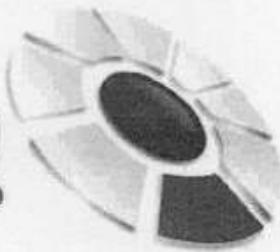
ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

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.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





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 ou 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.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Católe do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114



03 SET. 2010



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Eraldo Almeida
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
(sementa) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 23 de 07 de 2018

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:45
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062912584556600000042851154
Número do documento: 21062912584556600000042851154

Num. 45086772 - Pág. 31



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	
PILHAO: AMINTAS DANTAS WENDERLEY RILVÂNIA RAMOS WENDERLEY		
NATURALIDADE POMBAL-PB	DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980	
DOC. ORIGEM CRAM N. 10728 FLS.248 LIV.B-28 CARTÓRIO POMBAL-PB	CPF 032.976.134-08	
LEIAV 7.116 DE 2020/2021		

03 SET. 2018



03 SET. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DENATRAN	
DETTRAN - PB		Nº 014200541390		SEGURADOR AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE: CUITOU SUA CARGA A RESTAURANTE SPORTS DUNAO - SEGURO DPVAT	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EXPIRAÇÃO: 01/07/2018			
CÓD. CADASTRAL 1	0101467569 - 0	01/0000000			
ELINT ALVES OLIVEIRA		NOME			
06589572445		PLACA: QPB3587/PB			
QPB3587/PB	06589572445	QPB3587/PB	06589572445	REF. 2018	DATA EMISSÃO: 23/07/2018
NOVO	PLACA ANT. UF	9023JC4670ER549499	QPB3587/PB	REF. 2018	DATA EMISSÃO: 23/07/2018
HONDA/ BIZ 125 ES		QPB3587/PB			
HONDA/ BIZ 125 ES		QPB3587/PB	QPB3587/PB	REF. 2018	DATA EMISSÃO: 23/07/2018
CATEGORIA: P1 / 124 / CI		PLATEARIA: VERMELHA	PLATEARIA: VERMELHA	REF. 2018	DATA EMISSÃO: 23/07/2018
COTA ORIGINAIS: 01/0000000		VALOR DA UNICA: 1	VALOR DA UNICA: 1	REF. 2018	DATA EMISSÃO: 23/07/2018
PAGAMENTO: PARCELAMENTO / COTAS:		2 ^a	3 ^a	REF. 2018	DATA EMISSÃO: 23/07/2018
PRÉMIO TARRIFÁRIO: SEGURO PREMIUM R\$ 0,00		DATA DE VENCIMENTO: 16/07/2016	DATA DE VENCIMENTO: 16/07/2016	REF. 2018	DATA EMISSÃO: 23/07/2018
OBSERVACOES: HONDA UTILA		REF. 2018	REF. 2018	REF. 2018	DATA EMISSÃO: 23/07/2018
A.E ADM DE CONCILIAÇÃO HONDA UTILA		0	0	0	DATA EMISSÃO: 23/07/2018
CONTRAN		SEGURO DA LIDER - DPVAT		REF. 2018	
PONTAL PB LOCAL:		DATA: 23/07/2018	DATA: 23/07/2018	DATA: 23/07/2018	DATA: 23/07/2018
L1436		11436-0935371-20180723	11436-0935371-20180723	11436-0935371-20180723	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**.

POMBAL - PB, 29 / 08 / 2018.


x *Eraldo Alves Onias*.

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
sconheço (POR AUTENTICIDADE) a Firma de: **ERALDO ALVES
ONIAS**. CONFERIDO (_____) **DOU FÉ**. POMBAL-Paraíba,
9/08/2018.

GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal 0.AH.0229-DKRS
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

03 SET. 2018

Genival Severo de Queiroga
Escrivente
, CPF: 026.972.974-72

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321783/18

Vítima: ERALDO ALVES ONIAS

Data do acidente: 20/07/2018

CPF: 072.762.114-95

CPF de: Próprio

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 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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062912584556600000042851154>
Número do documento: 21062912584556600000042851154

Num. 45086772 - Pág. 35

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446050/18

Vítima:ERALDO ALVES ONIAS

Data do acidente: 20/07/2018

CPF: 072.762.114-95

CPF de: Próprio

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 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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062912584556600000042851154>
Número do documento: 21062912584556600000042851154

Num. 45086772 - Pág. 36

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180580626 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERALDO ALVES ONIAS **Data do acidente:** 20/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM FACE COM FRATURA DO MAXILAR DIREITO, ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO, ESFENOIDE DIREITO. (P5)
TRAUMA DO PUNHO DIREITO. (P1)

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ***NÃO ACOSTADO DOCUMENTOS QUE COMPROVE A FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECIER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE POMBAL/PB

Processo n.º 08018212120198150301

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ERALDO ALVES ONIAS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

POR TANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062912584601500000042851156>
Número do documento: 21062912584601500000042851156

Num. 45086774 - Pág. 1

na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

POMBAL, 25 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062912584601500000042851156>
Número do documento: 21062912584601500000042851156

Num. 45086774 - Pág. 2