



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
45086769	29/06/2021 12:58	Petição	Petição
45086772	29/06/2021 12:58	2743153_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03	Outros Documentos
45086773	29/06/2021 12:58	2743153_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
45086774	29/06/2021 12:58	2743153_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



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

00020339





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

072.762.114-95

Nome completo da vítima

ERALDO ALVES ONIAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ERALDO ALVES ONIAS

Endereço

RUA RAIMUNDO JOSÉ DE SOUSA

Bairro

VILA NOVA S.

Email

Cidade

ROMBAL -

CPF titular da conta

072.762.114-95

Profissão

Número

Nº 446

Complemento

Estado

PARAIBA

CEP

58840-000

Telefone (DDD)

(83) 99974-6322

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ROMBAL - PB, 03 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Erlando Alves Onias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

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=2106291258455660000042851154>

Número do documento: 2106291258455660000042851154



03 SET. 2018





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

072.762.114-95

Nome completo da vítima

ERALDO ALVES ONIAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ERALDO ALVES ONIAS

Endereço

RUA RAIMUNDO JOSÉ DE SOUSA

Bairro

VILA NOVA S.

Email

Cidade

ROMBAL -

CPF titular da conta

072.762.114-95

Profissão

Número

Nº 446

Complemento

Estado

PARAIBA

CEP

58840-000

Telefone (DDD)

(83) 99974-6322

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ 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)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

0722

D/V

13

CONTA

Nº

4078-0

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ROMBAL - PB, 03 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Erlando Alves Onias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

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=2106291258455660000042851154>

Número do documento: 2106291258455660000042851154



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 ASI: 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 441/2012		
Nome completo: ERALDO ALVES OMIAS		CPF: 072.762.114-95
Profissão: MOTORISTA	Endereço: RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA	Número: 446
Bairro: NOVA I	Cidade: POMBAL	Estado: PARANÁ
E-mail:	CEP: 58.840-000	Tel.(DDD): (83) 999746382

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 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 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.

TESTEMUNHAS

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

2ª | Nome: **MAYARA MONIQUE GUERINOGA WANDERLEY**
CPF: **054.342.774-09**
Mayara Monique Guerinoaga Wanderley
Assinatura

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

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 fidejussão 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 Nº 614/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO/ DPVAT

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

Local do ocorrido: Rua Cromacio Wanderlei - POMBAL-PB

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

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

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

Pombal – PB, 31 de agosto de 2018.

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

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

COMUNICANTE: Eraldo Alves Onias

1ª Test.: Camila Gomes de Sousa

2ª Amintas Dantas Wanderley Junior

Policial responsável pela lavratura do boletim:

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

03 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima ERALDO AUES ONIAS	CPF da Vítima 072.762.334-95	Data do Acidente 20.07.2018
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Suelio Aires Torres
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

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 AUES ONIAS	CPF da Vítima 072.762.334-95	Data do Acidente 20.07.2018
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Suelio Aires Torres
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 ASI: 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 441/2012		
Nome completo: ERALDO ALVES OMIAS		CPF: 072.762.114-95
Profissão: MOTORISTA	Endereço: RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA	Número: 446
Bairro: NOVA I	Cidade: POMBAL	Estado: PARANÁ
E-mail:	CEP: 58.840-000	Tel.(DDD): (83) 999746382

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 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 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.

TESTEMUNHAS

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

CPF: **064.978.664-50**

Amintas Santos Wanderley Junior

Assinatura

2ª | Nome: **MAYARA MONIQUE GUERINOGA WANDERLEY**

CPF: **054.342.774-09**

Mayara Monique Guerinoaga Wanderley

Assinatura

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

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 fidejussão do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



Prefeitura Municipal de Pombal
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USA 04



Clinico-Trauma

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>30.07.18</u>	Ocorrência nº: <u>0032</u>	Paciente / Usuário: <u>Cráida Alves Diniz</u>	Idade: <u>31</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Local da Ocorrência: <u>Rua Cremário Wanderley</u>	Bairro: <u>CA</u>		Médico Regulador: <u>Dr. Rodrigo</u>	
Apoio 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>Dono da casa: Mr. e Mrs. Pereira</u>				
OTA - MOTIVO: <u>CA</u>				

DESTINO

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

TIPO DE ACRATO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

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

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☐ INCONSCIENTE ☐ HÁLITO CILÍCO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO
() COMA () AGITADO () OUTRO: _____

FUNÇÃO MOTORA: () DEAMBULA () DEAMBULA COM AUXÍLIO () ACAMADO () OUTRO: _____

PELE E MUCOSA: () PÁLIDO () ICTERÍCO () CIANÓTICO () PELE FRIA () SUDORÉICA () PETÉQUIAS () EQUIMÕES () OUTROS: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO: ☒ EUPNEICO ☐ DISPNEIA () TAQUIPNEIA () BRADIPNEIA () APNEIA () SATURAMENTO DAS ASAS DO NARIZ () MV+ () MV-
() RETRAÇÕES INTERCOSTAIS () HEMOPTISE () EPISTAXE () OUTRO: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR: ☒ NORMOCÁRDICO () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () ASSISTÓLIA () SCF () PULSOS INCRMAIS () PULSO FILIFORMES

SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: () + () - () VO () SNG () SNE / ABDOME: () GLOBOSO () PLANO () FLÁCIDO () UCKOR A PALPAÇÃO () RH+ () RH-
() CONSTIPAÇÃO INTESTINAL () DIARREIA () DISENTERIA () HEMATEMESE () NAUSEAS () VÔMITOS OUTRO: _____

SISTEMA GENITOURINÁRIO: () DISÚRIA () POLACIÚRIA () ANÚRIA () HEMATURIA () INCONTINÊNCIA URINÁRIA () RETENÇÃO URINÁRIA
() SVD DU: _____ ml () SVA

QUEIXA PRINCIPAL: () DOR / LOCAL: _____ PARESTESIA / LOCAL: _____ PARALISIA / LOCAL: _____
() OUTRA: _____

EXAME FÍSICO

VVAA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES () OBSTRUÍDA () CORPO ESTRANHO () SECREÇÕES / TEMPERATURA: _____ °C GLICÊMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dl
PR: <u>100</u> bpm SpO2 SEM O2: <u>99</u> % / SpO2 COM O2: _____ % FC: <u>75</u> bpm PA: <u>130/90</u> mmHg PERFUSÃO () > 2s () > 2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO: () ENFERMEIRO () TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Paciente encontrada fora da cena do acidente, consciente, orientado, verbalizando SSVL presentes e normais, apresentando ceto e hipoventilação em região do supracostado (D) e supracostado esquerdo em punho (D), todos imobilizados conforme protocolo APH. Imobilização de membro com tala Encaimada ao HRP.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

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

03 SET. 2018



RELAÇÃO DOS PERTENCES:

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

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

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

CARTÕES DE BANCO 1 2 3 NOMES DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$ _____

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

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

DADOS DO RECEBEDOR

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES: _____

SETOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR _____

CARIMBO DO RECEBEDOR _____

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AAS 100mg		LÍQUID (PINCETA 250ml)	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10ml		ATADURA DE CREPON 15cm	
AMODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
DIPIRONA 1g		FITA DE GLUCEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
FUROSEMIDA		JELCO Nº	
GLICOSE 50%		LANCOL DESCARTÁVEL	
HIDROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIC GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBUTALINA			
OUTROS			

() ATENDIMENTO NO LOCAL () RECUSA

NOME: _____

ASSINATURA: _____ RG: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

03 SET. 2019





Prefeitura Municipal de Pombal
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USA 04



Clinico-Trauma

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>30.07.18</u>	Ocorrência nº: <u>0032</u>	Paciente / Usuário: <u>Cráida Alves Diniz</u>	Idade: <u>31</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Local da Ocorrência: <u>Rua Cremário Wanderley</u>	Bairro: <u>CA</u>		Médico Regulador: <u>Dr. Rodrigo</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>Dono da casa: 113 e 10507</u>				

DESTINO

LOCAL 1: <u>HRP - Pombal</u>	RESPONSÁVEL: <u>[assinatura]</u>	OBS:
LOCAL 2:	RESPONSÁVEL:	OBS:

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

- ☐ CLÍNICO
☐ GINECO - OBSTÉTRICO
☐ PSIQUIÁTRICO
☐ TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO:

ANTECEDENTES

MEDICAMENTOS:
PATOLOGIA(S):
ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO:
VACINAS

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☐ INCONSCIENTE ☐ HÁLITO CILÍCO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO
() COMA ☐ AGITADO ☐ OUTRO:

FUNÇÃO MOTORA: () DEAMBULA () DEAMBULA COM AUXÍLIO () ACAMADO () OUTRO:

PELE E MUCOSA: () PÁLIDO () ICTERICO () CIANÓTICO () PELE FRIA () SUDORÉICA () PETÉQUIAS () EQUIMOSAS () OUTROS:

SISTEMA RESPIRATÓRIO: ☒ EUPNEICO ☐ DISPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ BRADIPNEIA ☐ APNEIA ☐ SATURAMENTO DAS ASAS DO NARIZ () MV+ () MV-
() RETRAÇÕES INTERCOSTAIS () HEMOPTISE () EPISTAXE () OUTRO:

SISTEMA CARDIOVASCULAR: ☒ NORMOCÁRDICO ☐ TAQUICARDIA ☐ BRADICARDIA ☐ ASSISTÓLIA ☐ SCF () PULSOS INCRMAIS () PULSO FILIFORMES

SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: () + () - () VO () SNG () SNE / ABDOME: () GLOBOSO () PLANO () FLÁCIDO () UCKOR A PALPAÇÃO () RH+ () RH-
() CONSTIPAÇÃO INTESTINAL () DIARREIA () DISENTERIA () HEMATEMESE () NAUSEAS () VÔMITOS OUTRO:

SISTEMA GENITOURINÁRIO: () DISÚRIA () POLACIÚRIA () ANÚRIA () HEMATURIA () INCONTINÊNCIA URINÁRIA () RETENÇÃO URINÁRIA
() SVD DU: _____ ml () SVA

QUEIXA PRINCIPAL: () DOR / LOCAL: _____ PARESTESIA / LOCAL: _____ PARALISIA / LOCAL: _____
() OUTRA: _____

EXAME FÍSICO

VVAA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES () OBSTRUÍDA () CORPO ESTRANHO () SECREÇÕES / TEMPERATURA: _____ °C GLICÊMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dl
PR: <u>irpm</u> SpO2 SEM O2: <u>99</u> % / SpO2 COM O2: _____ % FC: <u>75</u> bpm PA: <u>130/90</u> mmHg PERFUSÃO () > 2s () > 2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO: () ENFERMEIRO () TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Paciente encontrada fora da cena do acidente, consciente, orientado, verbalizando SSVL presentes e normais, apresentando cefaleia e hirsutismo em região da supracílio () e dispostos na posição em punho (), todos imobilizados conforme protocolo APH. Imobilização de membro com tala Encaimada ao HRP.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

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

03 SET. 2018



RELAÇÃO DOS PERTENCES:

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

MEDICAMENTOS		QUANT.	MATERIAS		QUANT.
AAS 100mg			LCOL (PINCETA 250ml)		
ADRENALINA			ALGODÃO (PACOTE)		
ÁGUA DESTILADA 10ml			ATADURA DE CREPON 15cm		
AMODARONA			CATETER TIPO ÓCULOS		
ATROPINA			EQUIPO MACROGOTAS		
CAPTROPIL 25mg			EQUIPO MACROGOTAS		
DICLOFENACO 75mg			ESPARADRAPO		
OPIRONA 1g			FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)		
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)			GARROTE		
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)			GASE ESTÉRIL (PACOTE)		
FENOTEROL GOTAS			GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)		
FUROSEMIDA			JELCO Nº		
GLICOSE 50%			LANCOL DESCARTÁVEL		
HIDROCORTISONA 100mg			LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO		
HIDROCORTISONA 500mg			LUVA ESTÉRIL Nº		
IPRATROPIC GOTAS			MÁSCARA DESCARTÁVEL		
ISORDIL 5mg			SCALP Nº		
METOCLOPRAMIDA			SERINGA Nº		
PARACETAMOL GOTAS			SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº		
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%			OUTROS:		
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO					
SOLUÇÃO 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 Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 08.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME NOME E 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
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.005.600.000/01.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VIIIX164548	28.12.2012	JARDIM LACIMADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA			
811	822	11	30 09/09/2018			
HIST. CONS. / ANOS	LEIT.	QUALID. ÁGUA	ANEXO 20	PORT. 05/2017	MS.	
JUL/2018	9	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2018	12	0	TURBIDEZ	46	46	46
MAI/2018	10	0	CLORO	46	46	46
ABR/2018	9	0	COL. TERMO	0	0	0
MAR/2018	9	0	COR	10	36	35
FEV/2018	9	0	COL. TOTAIS	46	46	46
MEDIA(M)	9		DADOS REFERENTES A: JUN/2018			

DATA DE IMPRESSÃO: 10/09/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:09:16

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3 37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

1 M3 4,89

ESGOTO

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

VENCIMENTO: 24/08/2018

Total a Pagar:

R\$ 42,80



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM MAIS GANHO"



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



03 SET. 2018





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

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAIQUES FAMOS WANDERLEY
RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO -
PETERPOLIS 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		
Y17P632254	23/01/2018	EXT LACRILHADO	POTENCIAL				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA		
31	42	11	32		08/07/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
M/I/2018	9	0	PARÂMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
AER/2018	10	0	TURBIDEZ		0	0	0
M/R/2018	7	0	CLORO		0	0	0
FEV/2018	4	0	COL. TERMOT		0	0	0
JUN/2018	10	0	COR		0	0	0
DEZ/2017	10	0	COL. TOTAIS		0	0	0
MEDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: AER/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 11/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:08:52

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

AT: 10 M3 - 67,65 POR UNIDADE

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

10 M3

67,65

1 M3

11,72

ESGOTO

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

VENCIMENTO:

23/06/2018

Total a Pagar:

R\$ 79,37



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

70682232

JUN/2018

23/06/2018

R\$ 79,37

DEBITO AUTOMATICO

03 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:45

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106291258455660000042851154

Número do documento: 2106291258455660000042851154

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 08.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME NOME E 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
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.005.600.000/1.000.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VIIIX164548	28.12.2012	JARDIM LACIMADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA			
811	822	11	30 09/09/2018			
HIST. CONS. / ANOS	LEIT.	QUALID. ÁGUA	ANEXO 20	PORT. 05/2017	MS.	
JUL/2018	9	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2018	12	0	TURBIDEZ	46	46	46
MAI/2018	10	0	CLORO	46	46	46
ABR/2018	9	0	COL. TERMO	0	0	0
MAR/2018	9	0	COR	10	36	35
FEV/2018	9	0	COL. TOTAIS	46	46	46
MEDIA(M)	9		DADOS REFERENTES A: JUN/2018			

DATA DE IMPRESSÃO: 10/09/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:09:16

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

10 M3 37,91

1 M3 4,89

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

VENCIMENTO: 24/08/2018

Total a Pagar:

R\$ 42,80



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM MAIS GANHO"



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



03 SET. 2018





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

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAIQUES FAMOS WANDERLEY
RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO -
PETERPOLIS 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			
Y17P632254	23/01/2018	EXT LACRILHADO	POTENCIAL				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA			
31	42	11	32	08/07/2018			
HIST. CONS. / ANOR. LEIT. / QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
M/I/2018	9	0	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
AER/2018	10	0	TURBIDEZ	0	0	0	
M/R/2018	7	0	CLORO	0	0	0	
FEV/2018	4	0	COL. TERMOT	0	0	0	
JUN/2018	10	0	COR	0	0	0	
DEZ/2017	10	0	COL. TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	7	DADOS REFERENTES A: AER/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 11/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:08:52

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

AT: 10 M3 - 67,65 POR UNIDADE

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

10 M3

67,65

1 M3

11,72

ESGOTO

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

VENCIMENTO:

23/06/2018

Total a Pagar:

R\$ 79,37



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

70682232

JUN/2018

23/06/2018

R\$ 79,37

DEBITO AUTOMATICO

03 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 12:58:45

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106291258455660000042851154

Número do documento: 2106291258455660000042851154

Num. 45086772 - Pág. 18

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu 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 072.762.114 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERALDO ALVES ONIAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.762.114 / 95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCritÓRIO
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PETROPOLIS	FOMBAL	PARAIBA	58.840-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
JACQUES.ADV@BOL.COM.BR		(83) 99974-6322	(83) 98148-8766

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

Jacques Ramos Wanderley
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAP².

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 JOUCES RAMOS MANOELLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.946-134 / 08
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERALDO ALVES ONIAS inscrito
(a) no CPF sob o nº 072.762.114 / 95 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
ERALDO ALVES ONIAS inscrito (a) no CPF sob o nº 072.762.114 / 95 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:
☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:
IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>		<u>219</u>	<u>ESCALÃO</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>PETROPOLIS</u>	<u>POMAL</u>	<u>PARNÁ</u>	<u>58.340-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>JAGS-ADVOGADOS.COM.BR</u>		<u>(85) 98944-6322</u>	<u>(35) 98148-8766</u>

POMAL - PB 03 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

Suelio Moreira Torres
Assinatura do Declarante

DL.DRL.001 V001/2017

03 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



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
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/BIBLIOTECASWEB/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 072.762.114 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERALDO ALVES ONIAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.762.114 / 95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCritÓRIO
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PETROPOLIS	FORMAL	PARAIBA	58.840-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
JACQUES.ADV@BOL.COM.BR		(83) 99974-6322	(83) 98148-8766

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

Jacques Ramos Wanderley
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

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

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Ano: 2014


Cor: VERMELHA

Placa: QFB 5987/PB

Chassi: 9C2JC4820ER549490

Data do Acidente: 20/ 07/ 2018

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

 Elny Alves Onias

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

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

GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização tipo Normal B-A-L-2230-VTDE
Confira os dados do ato em <http://seio.digital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,38 FARPEN R\$: 0,28 FEPU R\$: 0,00

Genival Severo de Queiroga
Escrevente

CPF: 026.972.974-72

CPF: 026.972.974-72

DOCUMENTO ORIGINAL

03 SET. 2018





Dr. Túlio Alberto de Oliveira Souza

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PB: 9251

LAUDO MÉDICO

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

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

Pombal em 24 de novembro de 2018.

11 DEZ. 2018

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

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



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





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

03 SET. 2018



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: Gealberto Alves Simas
COR: DATA DE NASCIMENTO: 26/07/1986 IDADE: 31 SEXO: M
NOME DA MÃE: Amelinda Alves Simas PROFISSÃO:
CARTÃO DO SUS: RG/CNH: 293 0229
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Sebastião Fortunato de Sá
ESTADO: PA CEP: 55840-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: DATA DE ATEND: 20/07/2018

SINAIS VITAIS:

PA: SPO: FC: R: HGT:
T: PESO: GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS:

QUEIXAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

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

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

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

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Rx de punho / tomografia de crânio.

RESULTADOS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° Oxicodona: 01 amp + ABD (EV)
- 2° Tylenol: 01 amp + ABD (EV)
- 3° Dipirona: 01 amp + ABD (EV)
- 4° Tramadol: 01 amp + 100 ml St 0.9% (EV)
- 5°
- 6°
- 7°
- 8°
- 9°
- 10°
- 11°
- 12°
- 13°
- 14°
- 15°
- 16°
- 17°
- 18°
- 19°
- 20°

Dr. Paulo Melo Melo Fregues
CRM 3374
RQE: 8051/04434552457

Duilio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540

Israél Santos Bento
Técnico em Enfermagem
COREN-PB 001 188 2



03 SET. 2018

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"**



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

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

MEDICAÇÃO:

☐ 1 - PRESCRIÇÃO

☐ 2 - APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÓBITO

☐ INTERNAÇÃO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

0301060001

ATIV. PROF.

22

TIPO ATEND.

51

GRUPO ATEND.

25

FAIXA ETÁRIA

11

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

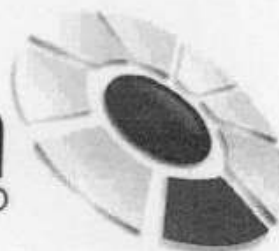
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação após trauma.

TÉCNICA:

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

RESULTADO:

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

Fratura da asa maior do esfenóide direita.

Hemorragia extra-axial laminar na fossa média craniana direita.

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

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

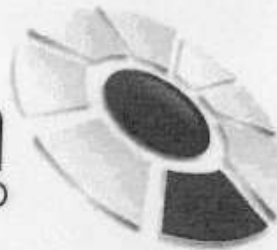
Estruturas da linha média centradas.

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 esfenóide direita.

Hemorragia extra-axial laminar na fossa média craniana direita.

Rm Franco

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

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

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandaval 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



03 SET. 2018



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Ernaldo 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
(seisenta) 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.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
DIRETORIA NACIONAL DE HABITACAO

Nome: **WALDO ALVES CHIAS**

CPF: **3936229** UF: **SP** PB

CR: **072.762.114-95** DATA NACIMENTO: **26/07/1984**

FUNÇÃO: **CICERO CHIAS DE SOUSA**
ACRIMAR ALVES CHIAS

PROVIDO PLASTIFICAR

818462700

VALIDA EM TODAS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS

818462700

03 SET. 2019

Assinatura: *Waldo Alves Chias*

Assinatura: *Rodolfo Carneiro*

40610056609
PROG27125416

DATA EMISSÃO: **26/09/2013**

ASSINATURA DO SAUDADOR

UNIDADE: **UNID. PB HABITACAO**





03 SET. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
RECEITO GERAL	2.428.326 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	01/07/2014
NOME	JAQUES RAMOS WANDERLEY		
RELACÃO	AMINTAS DANTAS WANDERLEY RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY		
NATURALIDADE	FOMBAL-PB	DATA DE NASCIMENTO	06/05/1980
DOO ORIGEM	CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28 CARTÓRIO FOMBAL-PB		
CPF	032.976.134-08		
LEI Nº 7.116 DE 28/05/2013			

03 SET. 2018



03 SET. 2019

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 014200541390 01/01/2018 00/00000000 2018	
ELINY ALVES CNIAS CPF / CNPJ: 06589572415 PUA: ANT / UF: PB 9C23C4820ER549490 PUA: 0EB5987/PB		06589572415 0EB5987/PB	
HONDA / BIZ 125 ES CATEGORIA: 2 P/124 / C1 COTA ÚNICA: 00/8070000 VENC / COTAS: 21 DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2018		06589572415 0EB5987/PB	
A.E. ADM DE CONC NACIOH HONDA LTDA 0		06589572415 0EB5987/PB	
POMBAL - PB 11436		06589572415 0EB5987/PB	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUOR SUA CARGA, A PESSOA E TRANSPORTADOS QUANDO - SEGURO DPVAT	
PB Nº 014200541390 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
SEGUROADORA LIDER - DPVAT CNPJ 08.528.400/0001-94	
PREMIO TARIFARIO 01014675690 9C23C4820ER549490 2018	
DATA DE EMISSAO 23/07/2019	
DATA DE QUOTACAO 18/07/2018	

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.

Erardo Alves Onias

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **ERALDO ALVES ONIAS**. CONFERIDO em 29/08/2018.
GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-AHL2226-DKR3
Confira os dados do ato em: <https://seelodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,38 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,00

DOCUMENTO ORIGINAL

03 SET. 2018

Genival Severo de Queiroga
Escrivento
CPF: 026.972.974-72



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 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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446050/18

Vítima: ERALDO ALVES ONIAS

CPF: 072.762.114-95

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERALDO ALVES ONIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

ERALDO ALVES ONIAS : 072.762.114-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

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

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



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 INVIABILIZOU ESTABELECER 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: RAO 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 ADOPTADO 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 1ª 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 nexos 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 inexistente nexos 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 nexos 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.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXOS 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



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

