



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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33283 357	17/08/2020 14:13	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
33283 368	17/08/2020 14:13	<a href="#">2743153_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos
33283 369	17/08/2020 14:13	<a href="#">2743153_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



## 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



Rio de Janeiro, 04 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: 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

Número

Nº 446

Estado

PARAIBA

Profissão

Complemento

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

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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 - 17/08/2020 14:13:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714132866400000031857379>

Número do documento: 20081714132866400000031857379



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

0782

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 - 17/08/2020 14:13:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714132866400000031857379>

Número do documento: 20081714132866400000031857379



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: <b>3180406820</b>	CPF da vítima: <b>072.762.114-95</b>	Nome completo da vítima: <b>ERALDO ALVES OMIAS</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 441/2012		
Nome completo: <b>ERALDO ALVES OMIAS</b>		CPF: <b>072.762.114-95</b>
Profissão: <b>MOTORISTA</b>	Endereço: <b>RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA</b>	Número: <b>446</b>
Bairro: <b>NOVA I</b>	Cidade: <b>POMBAL</b>	Estado: <b>PARANÁ</b>
E-mail:	CEP: <b>58.840-000</b>	Tel.(DDD): <b>(83) 999746382</b>

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Suelio Moreira Torres*  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*João dos Santos*  
Assinatura do Representante Legal (se houver)

*João dos Santos*  
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 <b>ERALDO AUES ONIAS</b>	CPF da Vítima <b>072.762.334-95</b>	Data do Acidente <b>30.07.2018</b>
---	--	---------------------------------------

**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 <b>ERALDO AUES ONIAS</b>	CPF da Vítima <b>072.762.334-95</b>	Data do Acidente <b>30.07.2018</b>
---	--	---------------------------------------

**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: <b>3180406820</b>	CPF da vítima: <b>072.762.114-95</b>	Nome completo da vítima: <b>ERALDO ALVES OMIAS</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 441/2012		
Nome completo: <b>ERALDO ALVES OMIAS</b>		CPF: <b>072.762.114-95</b>
Profissão: <b>MOTORISTA</b>	Endereço: <b>RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA</b>	Número: <b>446</b>
Bairro: <b>VIÇA NOVA I</b>	Cidade: <b>POMBAL</b>	Estado: <b>PARANÁ</b>
E-mail:	CEP: <b>58.840-000</b>	Tel.(DDD): <b>(83) 999746382</b>

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

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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	08.07.18	Ocorrência nº	0032	Paciente / Usuário	Cravida Alves Dnial	Idade	31	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Local da Ocorrência	Rua Cremário Wanderley				Belgo	Médico Regulador			
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				CA	OTA-MOTIVO:			

DESTINO

LOCAL 1:	HRP - Pombal	RESPONSÁVEL:		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: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> HÁLITO CILÍCO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO ( ) COMA ( ) AGITADO ( ) OUTRO:
FUNÇÃO MOTORA: ( ) DEAMBULA ( ) DEAMBULA COM AUXÍLIO ( ) ACAMADO ( ) OUTRO:
PELE E MUCOSA: ( ) PÁLIDO ( ) ICTERICO ( ) CIANÓTICO ( ) PELE FRIA ( ) SUDORÉICA ( ) PETÉQUIAS ( ) EQUIMOSAS ( ) OUTRO:
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: ( ) GLOBOCO ( ) PLANO ( ) FLÁCIDO ( ) UCKOR A PALPAÇÃO ( ) RH+ ( ) RH- ( ) CONSTIPAÇÃO INTESTINAL ( ) DIARRÉIA ( ) DISENTERIA ( ) HEMATEMÉSE ( ) 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 ( ) OBSTRUIDA ( ) CORPO ESTRANHO ( ) SECREÇÕES / TEMPERATURA: _____ °C GLICÊMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dl
PR: _____ ipm 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 e supostamente em punho de tórax, tendo sido imobilizado conforme protocolo APH. Imobilização de membro com tala. Encaminhado 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 Sant</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):					
						ANEIS (QUANTIDADE):
<b>DADOS DO RECEBEDOR</b>						
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	
DIPLOFONA 1g		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
ESCOPIAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPIAMINA 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 FISIOLÓGICA			
TERBUTALINA			
OUTROS			

( ) ATENDIMENTO NO LOCAL ( ) RECUSA

NOME:	RG:
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:

03 SET. 2019





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



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USA 04

Clinico-Trauma

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>30.07.18</u>	Ocorrência nº: <u>0032</u>	Paciente / Usuário: <u>Cravida Alves Dnial</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: Ilma e Luciana</u>				

DESTINO

LOCAL 1: <u>HUP - 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 ( ) ICTERICO ( ) 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 ( ) HEMATEMÉSE ( ) 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 ( ) OBSTRUIDA ( ) CORPO ESTRANHO ( ) SECREÇÕES / TEMPERATURA: _____ °C GLICÉMIAS 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 cefaleia e hematomas em região da supracílio (L) e supracílio (R) em punho (R), todos estabilizados conforme protocolo APL. Imobilização de membro com tala. Encaminhado ao HUP.

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	
OPPIRONA 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



**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	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VIIIX164548	28.12.2012	JARDIM LACIMADO	POTENCIAL	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

82660000000 2 42800010112 4 03966199701 3 08201830003 6



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  
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

AT: 10 M3 - 67,65 POR UNIDADE

10 M3

67,65

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

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

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 - 17/08/2020 14:13:28

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714132866400000031857379

Número do documento: 20081714132866400000031857379

**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	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

82660000000 2 42800010112 4 03966199701 3 08201830003 6



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  
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

AT: 10 M3 - 67,65 POR UNIDADE

10 M3 67,65

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

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

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 - 17/08/2020 14:13:28

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714132866400000031857379

Número do documento: 20081714132866400000031857379

Num. 33283369 - 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

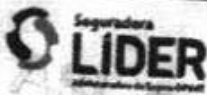
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

POMBAL - 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 COAP<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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>PARANÁ</u>	<u>58.340-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
<u>JOUES.ADV@GOL.COM.BR</u>		<u>(85) 98944-6322</u>	<u>(91) 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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	FOMBAL	PARAIBA	58.840-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
JACQUES.ADV@BOL.COM.BR		(83) 99974-6322	(83) 98148-8766

POMBAL - 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 )

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **ELNY ALVES ONIAS**, CONFERIDO em \_\_\_\_\_, DOU FÉ. POMBAL-Paraíba, 07/08/2018.

**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

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](http://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. 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: Gealbo Alves Sinas  
COR:                      DATA DE NASCIMENTO: 26/07/1986 IDADE: 31 SEXO: M  
NOME DA MÃE: Amelinda Alves Sinas PROFISSÃO:                       
CARTÃO DO SUS:                      RG/CNH: 293 0229  
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Sebastião Fortunato de Sá  
ESTADO: PB CEP: 58840-000 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) 06:00  
2° Tylenol: 01 amp + ABD (EV)  
3° Dipirona: 01 amp + ABD (EV)  
4° Tramadol: 01 amp + 100 ml St 0.9% (EV) PA=110x80  
9=36.8  
SPO2=96%  
P=89

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

Israíane Santos Bento  
Técnica em Enfermagem  
COREN-PB-0011882



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

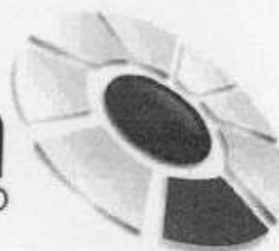
OU POLEGAR DIREITO

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: **SUELIO ALVES CHIAS**

CPF: **072.762.114-95** Data Nascimento: **26/07/1984**

Função: **CICERO CHIAS DE SOUSA**  
**ACRIMAS ALVES CHIAS**

Validade: **16/09/2013** Data Emissão: **26/09/2013**

818462700

PROVIDO PLASTIFICAR

818462700

Assinatura: *Suelio Alves Chias*

Assinatura: *Rodolfo Carneiro*

40610056609  
88027125416

03 SET. 2019





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			
FILIAÇÃO 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





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

<b>OUTORGANTE:</b>	<b>ERALDO ALVES ONIAS</b> , 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.
<b>OUTORGADO:</b>	<b>Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY</b> , 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 *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://seledigital.tpb.jus.br>  
EMOLUM: R\$: 11,38 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,00

DOCUMENTO ORIGINAL

03 SET. 2018

Genival Severo de Queiroga  
Escravento  
CPF: 026.972.974-72



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321783/18

**Vítima:** ERALDO ALVES ONIAS

**CPF:** 072.762.114-95

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ERALDO ALVES ONIAS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

#### ERALDO ALVES ONIAS : 072.762.114-95

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/09/2018  
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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 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

