



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	<u>Contestação</u>	Contestação
33283 368	17/08/2020 14:13	<u>2743153_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros Documentos
33283 369	17/08/2020 14:13	<u>2743153_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:13:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714132807300000031857017>
Número do documento: 20081714132807300000031857017

Num. 33283357 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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

DANOS

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



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERALDO ALVES ONIAS**

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

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13326798





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

072.762.114-95

Nome completo da vítima

ERALDO ALVES ONIAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
ERALDO ALVES ONIAS

CPF titular da conta
072.762.114-95

Profissão

Endereço

RUA RAIMUNDO JOSÉ DE SOUSA

Número

NE 446

Complemento

Bairro

VIDA NOVA I

Estado

PARAIBA

CEP

58840 -000

Email

Telefone (DDD)

(83) 99974-6322

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

BANCO

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

0482

13

4038-0

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

AGÊNCIA

NRO

NRO

D/V

CONTA

CONTA

NRO

D/V



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

Num. 33283369 - Pág. 3



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

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	CPF titular da conta 072.762.114-95	Profissão
Bairro VIDA NOVA I	Cidade POMBAL	Número Nº 446	Complemento
Email		Estado PARAIBA	CEP 58840 -000
Telefone (DDD) (83) 99974-6322			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

Ribeirão Preto, 03 de Setembro de 2018

Local e Data

Eraldo Alves Onias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL

03 SET. 2019





03 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:13:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714132866400000031857379>
Número do documento: 20081714132866400000031857379

Num. 33283369 - Pág. 5

11 MAR. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

 Nº do sinistro ou ASL:
3180 40 6820

 CPF da vítima:
072.762.114-95

Nome completo da vítima:

ERALDO ALVES OMIAS

CPF:

072.762.114-95

Número:

446

Complemento:

Nome completo:

ERALDO ALVES OMIAS

Profissão:

MOTORISTA

Endereço:

RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA

Bairro:

VILA NOVA I

Cidade:

FOMBAL

E-mail:

Nome completo:

Estado:

PARAÍBA

CEP:

58.840-000

Tel.(DDD):

(83) 999746382

E-mail:

Nome completo:

CPF:

Número:

Complemento:

E-mail:

Nome completo:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 614/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO/ DPVAT

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

Local do ocorrido: Rua Cromacio Wanderlei - POMBAL-PB

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

COMUNICANTE: ERALDO ALVES ONIAS, Filiação: Cicero Onias de Sousa e Aurimar Alves Onias; **Profissão:** motorista; **Estado Civil:** união estável ;**Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** bras.; **Data de Nascimento:** 26.07.1986; **Endereço Residencial:** Rua Raimundo Jose de Sousa, 446, Vida Nova - Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 996191001/ **Portador de RG n° 2930229 SSP-PB. CPF 072.762.114-95**

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

Pombal - PB, 31 de agosto de 2018.

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

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

COMUNICANTE: Eraldo Alves Onias
1º Test.: Camila Gomes de Sousa
2º Amintas Dantas Wanderley Júnior

Policia responsável pela lavratura do boletim:

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

03 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

CONTATO: RUA CEL. JOÃO CARNEIRO, N° 288 - CENTRO - POMBAL-PB - CEP 58.840-000 / TEL.: 83 34312206



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

Num. 33283369 - Pág. 7



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima ERALDO ALVES ONIAS	CPF da Vítima 012.162.334-95	Data do Acidente 10/04/2018
---	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

POMBAL - PB, 03 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

03 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima ERALDO ALVES ONIAS	CPF da Vítima 012.162.334-95	Data do Acidente 10/04/2018
---	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

POMBAL - PB, 03 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

03 SET. 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL

DALI.001 V001/2017



11 MAR. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

 Nº do sinistro ou ASL:
3180 40 6820

 CPF da vítima:
072.762.114-95

Nome completo da vítima:

ERALDO ALVES OMIAS

CPF:

072.762.114-95

Número:

446

Complemento:

Nome completo:

ERALDO ALVES OMIAS

Profissão:

MOTORISTA

Endereço:

RUA RAIMUNDO JOSE DE SOUSA

Bairro:

VILA NOVA I

Cidade:

FOMBAL

E-mail:

Estado:

PARAÍBA

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
RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO 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: 0232
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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

 Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

 Sim

 Não

Vítima deixou

 Sim

 Não

Vítima teve filhos vivos:

Falecidos:

Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos?



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



Clínico - Trauma

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

06.07.18	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	Idade	Sexo:
001	Carla Alves Onias	51	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Local de Ocorrência	Rua Cremácia Vandeley			
Apelo no Local	PM <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agentes de Trânsito <input type="checkbox"/> Outro:	Caixa de Resgate <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> Outro:	DATA / MOTIVO:	Médico Regulador <u>Dr. Rodolfo</u>

DESTINO

Local 1: HRP - Pombal	Responsável:	OBS:
Local 2:	Responsável:	OBS:

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

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

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> HÁBITO ETÍlico <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO
FUNÇÃO MOTORIA: <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO:
PELE E MUCOSA: <input type="checkbox"/> ICERICO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> EQUIMOSAS <input type="checkbox"/> OUTROS:
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> SUPINÉICO <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ <input type="checkbox"/> MV+ <input type="checkbox"/> MV-
() RETRAÇÕES INTERCOSTALIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISES <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO:
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> HEMOCARDÍCICO <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> ASSISTOLIA <input type="checkbox"/> BCF <input type="checkbox"/> PULSOS IRREGULARES <input type="checkbox"/> PULSOS FILIFORMES
SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNC/ABDOM: <input type="checkbox"/> GLÓDICO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> TENSÃO APALPÁVEL <input type="checkbox"/> IRH+ <input type="checkbox"/> IRH-
() CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> DESENTERIA <input type="checkbox"/> HEMATÉMESIS <input type="checkbox"/> NAUSÉAS <input type="checkbox"/> VÓMITOS OUTRO:
SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISÚRIA <input type="checkbox"/> POLACRÓRIA <input type="checkbox"/> LANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA
() SVD: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> l <input type="checkbox"/> SVA
QUEIXA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL: _____ PARESTESIA / LOCAL: _____ PARALISIA / LOCAL: _____
() OUTRA: _____

EXAME FÍSICO

VIA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES / TEMPERATURA: <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dL
FR: <input type="checkbox"/> SpO2 SEM O2: <u>97</u> % / SpO2 COM O2: <u>97</u> % / FC: <u>75</u> bpm / PA: <u>110x70</u> mmHg PERFUSÃO: <input type="checkbox"/> > 2s <input type="checkbox"/> < 2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: _____

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

EVOLUÇÃO: ENFERMEIRO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Paciente encotrado ferido da cena do acidente consciente, orientado, verbalizando SSSV presentes e normais, apresentando corte e hemorragia em região da superfície (1) e suspeita de lesão em punho (1), feto imobilizadas conforme protocolo APH. Imobilizações de membro com tala Encaimada ao HRP.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

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

03 SET. 2018



RELAÇÃO DOS PERTENÇAS:

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

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

ATENDIMENTO NO LOCAL RECUSA

NAME:	RG
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:

03 SET. 2019





Prefeitura Municipal de Pombal

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

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USA 04



Clínico - Trauma

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

06.07.18	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	Idade	Sexo:
Local de Ocorrência			51	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Após no Local	<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agentes de Trânsito <input type="checkbox"/> Outro:			

DATA: 06.07.18 Hora: 11:50 P. CA DATA MOTIVO:

Médico Regulador
Dr. Rodolfo

DESTINO

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

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

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

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> HÁBITO ETÍlico <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO
<input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO:
FUNÇÃO MOTORIA: <input type="checkbox"/> DEAMBULA <input type="checkbox"/> DEAMBULA COM AUXÍLIO <input type="checkbox"/> FICAMADO <input type="checkbox"/> OUTRO:
PELE E MUCOSA: <input type="checkbox"/> PÁLIDO <input type="checkbox"/> ICTÉRICO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> SUDOREÍCA <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> EQUIMOSAS <input type="checkbox"/> OUTROS:
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> SUPINÉICO <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ <input type="checkbox"/> MV+ <input type="checkbox"/> MV-
<input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTALIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISES <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO:
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMOCARDÍCICO <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> ASSISTOLIA <input type="checkbox"/> BCF <input type="checkbox"/> PULSOS IRREGULARES <input type="checkbox"/> PULSOS FILIFORMES
SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: <input type="checkbox"/> +/-() <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNC/ABDOM: <input type="checkbox"/> GLÓDOSO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> DOLOR A PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> IRH+ <input type="checkbox"/> IRH-
<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> DESENTERIA <input type="checkbox"/> HEMATÉMESIS <input type="checkbox"/> NAUSÉAS <input type="checkbox"/> VÓMITOS OUTRO:
SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISÚRIA <input type="checkbox"/> POLACÍDIA <input type="checkbox"/> LANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA
<input type="checkbox"/> SVD: <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> lSVA
QUEIXA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL: _____ PARESTESIA / LOCAL: _____ PARALISIA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> OUTRA: _____

EXAME FÍSICO

VIA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES / TEMPERATURA: <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dL
FR: <input type="checkbox"/> SpO2 SEM O2: <u>97</u> % / SpO2 COM O2: <u>97</u> % / FO: <u>75</u> bpm / PA: <u>110x70</u> mmHg PERFUSÃO: <input type="checkbox"/> > 2s <input type="checkbox"/> < 2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: _____

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

EVOLUÇÃO: ENFERMEIRO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Paciente encantado fez da cena do acidente consciente, orientado, verbalizando SSSV presentes e normais, representando corte e hemorragia em região da superfície (1) e suspeita de lesão em punho (2). Foi feita imobilização conforme protocolo APH. Imobilização de membro com tala encaminhado ao HPR.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

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

03 SET. 2018



RELAÇÃO DOS PERTENÇAS:

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

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

ATENDIMENTO NO LOCAL RECUSA

NAME:	RG
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:

03 SET. 2019





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Círino, 220 - Japuá - João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

FAX/CONTATO COM A CAGEPA:
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

39661997

REFERÊNCIA

AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
112.005.600.0091.000	000	1	0	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
VLLIA161548	28/12/2012	JARDIM LILÁDIO	POTENCIAL	POTENCIAL	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA					
811	822	11	30	03/09/2018	
MÍST. CONS. ANO:	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017 MS.	
JUL/2018	9	0	PARAMETROS	EXTG.	ANALIS.
JUN/2018	12	0	TURBIDEZ	46	46
MAR/2018	10	0	CLORO	46	46
ABR/2018	9	0	COL.TERMOT	0	0
MAR/2018	9	0	COR	10	35
FEV/2018	9	0	COL.TOTAIS	46	46
MÉDIA(m ³)	9	0	DADOS REFERENTES A: JUN/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 10/08/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 09:09:16	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 m ³ - R\$ 3,96 POR UNIDADE	10 m ³	37,91	
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	1 m ³	4,89	
ESGOTO			

03 SET. 2018

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

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



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

82660000000 2 42800010112 4 03966199701 3 08201830003 6





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe Júlio Pessoa - PB
CEP: 58.016-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA
JUN/2018

JAQUEM RAIMOS WANDERLEY
RUA BELÉM DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO -
P.R.R?POLIS POMBAL PB 58840- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Indústria	Setor	
112.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização		Situação Água	Situação Esgoto	
Y17F649754	23/01/2018	EXT LACRILIGADO		POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NÚM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
31 42 11 32 08/07/2018
HIST. CONS. / ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
M/1/2018 9 0 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
AER/2018 10 0 TURBIDEZ 0 0 0
MAR/2018 7 0 CLORO 0 0 0
FEV/2018 4 0 COL. TERMOT 0 0 0
JUN/2018 10 0 COR 0 0 0
DEZ/2017 10 0 COL. TOTAIS 0 0 0
MÉDIA(m³) 7 DADOS REFERENTES A: AER/2018

03 SET. 2018

DATA DA IMPRESSÃO: 11/06/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 08:08:52	
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
AT: 10 m ³ - 6,65 POR UNIDADE	10 m ³	67,65
ACIMA DE 10 m ³ - R\$ 11,72 POR m ³	1 m ³	11,72
ESGOTO		

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

VENCIMENTO:	23/06/2018	Total a Pagar:	R\$ 79,37
-------------	------------	----------------	-----------

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

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



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

DEBITO AUTOMATICO





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Círino, 220 - Japuá - João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

FAÇA CONTATO COM A CAGEPA!
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

39661997

REFERÊNCIA

AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
112.005.600.0091.000	000	1 0 0 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
VLLIA161548	28/12/2012	JARDIM LILÁDIO	POTENCIAL
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA			
811	822	11	30 03/09/2018
MÍST. CONS. ANO R	LEIT.	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017 MS.
JUL/2018	9	0	PARAMETROS EXIG.
JUN/2018	12	0	ANALIS. CONFORMES
MAR/2018	10	0	TURBIDEZ 46 46 46
ABR/2018	9	0	CLORO 46 46 46
MAR/2018	9	0	COL. TERMOT 0 0 0
FEV/2018	9	0	COR 10 36 35
MÉDIA(M)	9	0	COL. TOTAIS 46 46 46
DADOS REFERENTES A: JUN/2018			

DATA DA IMPRESSÃO:	03/08/2018	HORA DA IMPRESSÃO:	09:09:16
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 m ³ - R\$ 3,96 POR UNIDADE	10 m ³	37,91	
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	1 m ³	4,89	
ESGOTO			

03 SET. 2018

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

24/08/2018 R\$ 42,80

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



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

82660000000 2 42800010112 4 03966199701 3 08201830003 6





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe Júlio Pessoa - PB
CEP: 58.016-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA
JUN/2018

JAQUEM RAIMOS WANDERLEY
RUA BELÉM DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO -
PIRIPOLIS POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Indústria	Setor	
112.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	

Hidrômetro Data de Instalação Localização Situação Água Situação Esgoto

Y17F649754 23/01/2018 EXTE LACRILIGADO POTENCIAL

ANTERIOR I ATUAL I CONSUMO (m³) I NÚM DE DIAS PROXIMA LEITURA
31 42 11 32 08/07/2018
HIST. CONS. / ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
M/1/2018 9 0 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
AER/2018 10 0 TURBIDEZ 0 0 0
MAR/2018 7 0 CLORO 0 0 0
FEV/2018 4 0 COL. TERMOT 0 0 0
JUN/2018 10 0 COR 0 0 0
DEZ/2017 10 0 COL. TOTAIS 0 0 0
MÉDIA(m³) 7 DADOS REFERENTES A: AER/2018

03 SET. 2018

DATA DA IMPRESSÃO: 11/06/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 08:08:52

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
AT: 10 m ³ - 6,65 POR UNIDADE	10 m ³	67,65
ACIMA DE 10 m ³ - R\$ 11,72 POR m ³	1 m ³	11,72
ESGOTO		

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

VENCIMENTO:	23/06/2018	Total a Pagar:	R\$ 79,37
-------------	------------	----------------	-----------

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

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



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

DEBITO AUTOMATICO





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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

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

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>AV4 BEL. FCO. DA SILVA ALMADA</u>	<u>POMPAL</u>	<u>PARAÍBA</u>	<u>58.840-000</u>
<u>DETRO POLIS</u>			
<u>JACQUES.ADV@.BOL.COM.BR</u>	<u>Telefone comercial(DDD)</u> <u>(83) 98944-6322</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u> <u>(83) 98148-8766</u>	

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

Jacques das Ovelhas
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

03 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC OPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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=29014](http://WWW2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29014)

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 COAP².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, resseguro, reasseguro, recontrato e reassegurador.

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 12.830.

Pelo exposto, eu JOSÉ RAMOS LAMAGREY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.916-334-08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GRALDO ALVES ONIAS, inscrito (a) no CPF sob o N° 072.762-114-95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GRALDO ALVES ONIAS, inscrito (a) no CPF sob o N° 072.762-114-95, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:
JM0570 SOBRA A 20100

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.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração é crime.

Endereço		Número	Complemento
RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCRITÓRIO
Brasil	Cidade	Estado	CEP
BRASIL	POMBAL	PARAÍBA	58.340-000
Email		Telefone comercial (000)	Telefone celular (000)
JAGUAR, ADVOGADOS, PBL - com. BR		(031) 999111-6322	(031) 991142 - 8466

POMMI - PB 03 de SETEMBRO de 2018
Local e Data:

Assinatura do Documento

8.3 SET 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	115.190,01
IMPOSTO DEVIDO	15.637,48
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	14.821,36
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2018) NÚMERO DE QUOTAS	1
VALOR DA QUOTA	14.821,36

CONFIDENCIAL

DOCUMENTO ORIGINAL

CONFIDENCIAL

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

06 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

0702617654

Página 1 de 2





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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

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

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>AV4 BEL. FCO. DA SILVA ALMADA</u>	<u>POMPAL</u>	<u>PARAÍBA</u>	<u>58.840-000</u>
<u>DEMETROPOOLIS</u>			
<u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>	<u>Telefone comercial(DDD)</u> <u>(83) 98944-6322</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u> <u>(83) 98148-8766</u>	

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

Jacques das Ovelhas
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

03 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



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

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

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

DOCUMENTO ORIGINAL

Genival Severo de Queiroga
Escrevente

CPF: 026.972.914-72
CPF: 026.972.914-72

03 SET. 2018





Dr. Túlio Alberto de Oliveira Souza

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PB: 9251

LAUDO MÉDICO

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

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

Pombal em 24 de novembro de 2018.

11 DEZ. 2018

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:13:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714132866400000031857379>
Número do documento: 20081714132866400000031857379

Num. 33283369 - Pág. 24



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERALDO ALVES ONIAS**

Nº Sinistro: **3180406820**

Vítima: **ERALDO ALVES ONIAS**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

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

Senhor(a),

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

11 DEZ. 2018

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13352855





HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

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

AZUL VERDE AMARELA LARANJA VERMELHA

ENFERMARIA: SAMU LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Bealdo Afves Sines

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

NOME DA MÃE: Ariéder Afves Sines PROFISSÃO: _____

CARTÃO DO SUS: RG/CNH: 293 0229

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Sebastião Fortunato de Sa

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

SINAIS VITIAIS:

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

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

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

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

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente trazido pelo SAMU, vítima de acidente automobilístico, moto x moto, apresentando lesão em face (seio maxilar deslocado e arco zigomático) com suspeita de fratura e lesão em punho direito com limitação de movimento (fratura?)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Rx de punho / tomografia de crânio.

RESULTADOS: _____

PREScriÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

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

2º Glibenclamida: 01 amp + ABD (EV) 06:00

3º Glibitamina: 01 amp + ABD (EV) 06:00

4º Tramadol: 01 amp + 500 ml Sf 0,9% EV 06:00

5º _____

6º _____

7º Paulo Meide Melo Freitas CRM 2374 DUILIO MONTENEGRO E SILVA Medico CRM/PB 11540 Israyane Santos Bento

8º NID: 000000434567487 CRM/PB 11540 Técnica em Enfermagem

9º _____

10º _____

11º _____

12º _____

13º _____

14º _____

15º _____

16º _____

17º _____

18º _____

19º _____

20º _____

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

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

MEDICAÇÃO:

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

SERVIÇOS REALIZADOS:

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

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

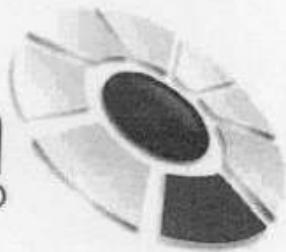
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

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 esfenoide direita.

Hemorragia extra-axial laminar na fossa média craniana direita.

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

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

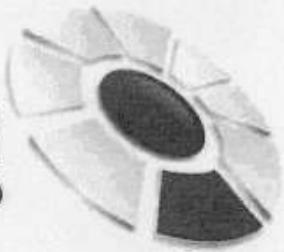
Estruturas da linha média centradas.

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

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

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





CONCLUSÃO:

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

Fratura da asa maior do esfenoide direita.

Hemorragia extra-axial laminar na fossa média craniana direita.

Rm Franco

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

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

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



03 SET. 2010



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Enaldo Almeida
Orman portador (a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 S52.5.
Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 60
(semanas) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 23 de 07 de 2018

CRM 7801

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

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





03 SET. 2019

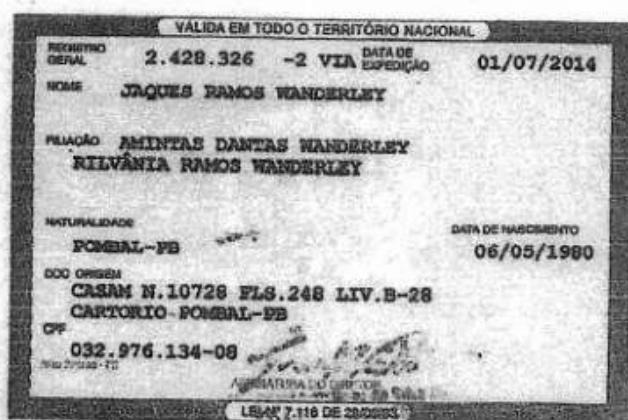


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 14:13:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081714132866400000031857379>
Número do documento: 20081714132866400000031857379

Num. 33283369 - Pág. 31



03 SET. 2018



03 SET. 2018



03 SET. 2019



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.



Ervaldo Alves

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
conheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **ERALDO ALVES**
NIAS. CONFERIDO (Ervaldo Alves) D.O.F. POMBAL-Paraíba,
9/08/2018.

GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal D.A.H. 0229-DKRS
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,38 FARFEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 0,00

DOCUMENTO ORIGINAL

03 SET. 2018

Genival Severo de Queiroga
Escrivente
, CPF: 026.972.974-72

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321783/18

Vítima:ERALDO ALVES ONIAS

Data do acidente: 20/07/2018

CPF: 072.762.114-95

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERALDO ALVES ONIAS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

ERALDO ALVES ONIAS : 072.762.114-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446050/18

Vítima:ERALDO ALVES ONIAS

Data do acidente: 20/07/2018

CPF: 072.762.114-95

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERALDO ALVES ONIAS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

ERALDO ALVES ONIAS : 072.762.114-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL

