
Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350084

Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA

Data do Acidente: 07/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERNANDES DE LUCENA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350084

Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA

Data do Acidente: 07/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERNANDES DE LUCENA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE FERNANDES DE LUCENA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000732**

Conta: **0000029268-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: _____ CPF da vítima: 293.579.004-34 Nome completo da vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE FERNANDES DE LUCENA CPF: 293.579.004-34
Profissão: APOSENTADO Endereço: RUA BR 230 Número: SIM Complemento: CASA
Bairro: PETROPOLIS-FUN PERMUN Cidade: POMBAL Estado: PB CEP: 58840-000
E-mail: EVANDROQUEIROCA-ADU@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 83-98132-0080

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

REDA 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: 00029268 2
(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) ☐ 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 (vir 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.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Jose Fernando de Lucena
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069376B01

V2 - Proprietário

Nome: ELTON EDUARDO DA SILVA SOUSA
Email:
Endereço: POMBAL-PB

CPF/CNPJ: 709.160.784-85
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - RODOLFO CARLOS GUABERTO

V2C - Informações

Nome: RODOLFO CARLOS GUABERTO
CPF: 068.672.174-86
sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 17/06/1987
Estado civil:
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD
UF: PB
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 23/03/2011
Vencimento da habilitação: 08/05/2019

Nº Registro: 05166185633
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,0 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA LEONIDAS HENRIQUE FORMIGA, 246, CASA, VIDA NOVA, POMBAL-PB
Telefone:
Email:



Documento assinado eletronicamente por J. R. ROSO, matrícula 1669828 - Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme sistema oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2016 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 10 de novembro de 2011.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novosistema/autenticar>, informando o protocolo 18069376B01 e o número de controle 55967C62707786F4A13F6C1862C0FF.

191



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 177/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO /DPVAT

Data do fato: 07/12/2018- por volta de 15:00 horas

Local do ocorrido: BR 230, próximo ao Posto Gavel/ POMBAL-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 18/03/2019 - 11:00Horas

COMUNICANTE: JOSE FERNANDES DE LUCENA- Filiação: Joaquim Fernandes da Silva e Valdeci Lucena Fernandes; Profissão: aposentado; Estado Civil: casado; Naturalidade: Santa Terezinha-PB; Nacionalidade: bras.; Data de Nascimento: 02/02/1952; Endereço Residencial: Rua João Pereira de Mondonça, s/n 1º andar, Bairro Petropolis - Pombal-PB; //; Telefone: 83 999384972/ Portador de RG nº 792.039 SSP-PB// CPF: 291.579.004-34.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ES / ANO/MODELO 2009- COR VERMELHA - PLACA NPX 3090 /PB, CHASSI: 9C2KD04209R046656, licenciada em nome do COMUNICANTE; Que quando trafegava na BR 230, sentido entrada de Pombal-PB, percebeu que o ônibus trafegava logo atrás do comunicante; Que próximo ao quebra molas na entrada da cidade, deu preferência o ônibus que lhe passasse, porem o ônibus ao fazer a manobra, colidiu com a motocicleta do comunicante; Que do acidente o comunicante teve fratura no braço direito, além de várias escoriações pelo corpo; Que foi socorrido para o Hospital Regional de Pombal-PB, pelo SAMU; Que no Hospital Regional de Pombal, foi atendido, recebeu os primeiros socorros, e após quatro dias foi transferido para o Hospital de Sousa-PB, onde foi submetido a cirurgia ortopédica; Que tem conhecimento do fato a pessoa de IANA LÍCIA LIMA DE BRITO, RG 1.066.035 SSP-PB, residente a Rua Domingos de Medeiros, 164, centro, Pombal. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal - PB, 18 de março de 2019.

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:

Test.

Jose Fernandes de Lucena
Iana Licia Lima de Brito

Policial responsável pela lavratura do boletim: *Nicolai de Sousa Lacerda*
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 18069376B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verifique os trâmites de Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1505608, Polícia Rodoviária Federal, em 07/02/2018, conforme registro oficial da Brasília, com funcionamento no 5º ao 13 de Média Provisória Nº 2.500-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 2º do Decreto Nº 6.955, de 6 de outubro de 2010 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 8-DO, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade desta assinatura pode ser verificada no site portal.prf.gov.br/novobat/validar, informando o protocolo 18069376B01 e o número de controle 5507024571978540314214050063.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 07/12/2018 Hora: 16:10 Município: POMBAL/PB
BR: 230 KM: 405,8 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: J. RAPOSO, 1969628

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Ativa
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Sim
Centro Central: Não
Fase do dia: Dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 07/12/2018, por volta das 16h10, no km 405,8 da BR-230, em Pombal-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão lateral seguido de queda de ocupante de veículo, com vítima (1 lesionada). Os veículos envolvidos foram: a motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES (V1); e o ônibus SCANIA/K113 CL (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava no acostamento do sentido São Bentinho-PB / Aparecida-PB, quando deparou-se com um caminhão parado no acostamento a sua frente, deslocou-se para a sua esquerda invadindo faixa de rolamento sentido crescente (São Bentinho-PB / Aparecida-PB) e colidiu lateralmente com V2 que transitava na mesma faixa e no mesmo sentido naquele momento. A colisão ocorreu na faixa de trânsito do sentido São Bentinho-PB / Aparecida-PB, conforme constatação de pequenos fragmentos desprendidos dos veículos. Com o impacto, V1 imobilizou-se no acostamento do sentido São Bentinho-PB / Aparecida-PB e V2 imobilizou-se em cima da pista de rolamento no sentido Aparecida-PB / São Bentinho-PB sob seus pneus. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a invasão da faixa de sentido São Bentinho-PB / Aparecida-PB, ação essa realizada por V1. Observações: O local do acidente estava preservado. A velocidade regulamentar para o trecho era de 30 km/h. A sinalização de via encontrava-se em boas condições. O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos. No momento da chegada da equipe de PRF ao local do acidente, a ambulância do SAMU estava



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matricado 1969628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 20.263-04, de 24 de agosto de 2007, no art. 9º do Decreto nº 6.863, de 8 de outubro de 2010 e no inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 81-00, de 18 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site www.prf.gov.br/validacao inserindo o protocolo 18069378B01 e o número de controle 0007002707759FRA12B02160200F.

191



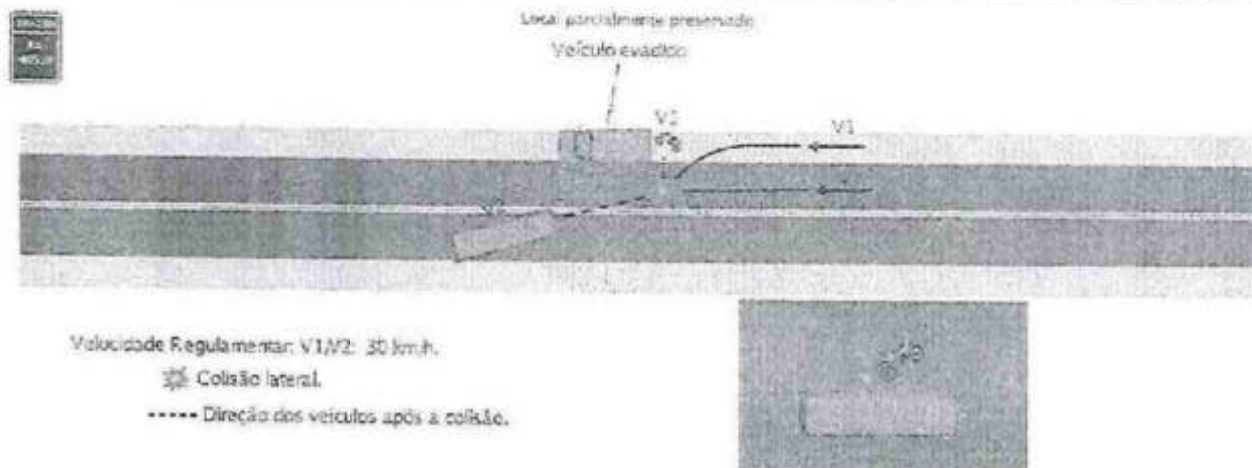
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378201

realizando os primeiros socorros ao condutor de V1. Condutor de V1 foi socorrido e encaminhado para o Hospital Regional de Pombal. V2 foi notificado pela falta de disco de diagrama de tacógrafo em seu veículo. V2 ficou sob responsabilidade de seu condutor. V1 foi entregue ao sobrinho do condutor, o sr. Joaquim Fernandes da Silva Neto, CPF: 062.752.894-57. Foi realizado teste de etilômetro no condutor de V2, cujo resultado não acusou ingestão de álcool. Não foi possível realizar teste de etilômetro no condutor de V1, pois o mesmo estava imobilizado e passando por procedimentos médicos.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



APARECIDA

SÃO LENTINHO

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	V1, V2
2	Queda de ocupante de veículo	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Desaceleração (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
1	V2			
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por RAPOSO, matrícula 1999228, Polícia Rodoviária Federal, em 25/12/2015, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º da Lei 10.240/2001 e no art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Instrução nº 6.528, de 6 de outubro de 2015 e no art. 10 da Instrução Normativa nº 614-GO, de 10 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/portal/autenticar>, informando o protocolo 18069378201 e o número da certificação 65887CA57D774F4A137921963C0FF.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - NPX3090 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: NPX3090 Marca/modelo: HONDA/NXR150 BROS ES

Renavam: 00176032150

Ano fabricação: 2009 Chassi: 9C2KD04208R046655

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Vermelha

Manobra no momento do acidente: Entrando na via

V1 - Encaminhamento

Motivo: Ausência de responsável

Tipo da Repecior: Outro

Informações complementares: Motocicleta entregue à Joaquim Fernandes da Silva Neto, CPF: 082.762.894-57, sobrinho do condutor.



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1505628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2016, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 3.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º da Decreto Nº 8.531, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 15 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18069378B01 e o número da chave 85867C327D7709F4A10F9D1B62C0FF.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/NXR150 BROS ES

Placa: NPX3090

Nº BOAT: 18069378B01

Nome do Agente: J. RAPOSO

Matrícula do Agente: 1869628

Data: 07/12/2018

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (tríciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1869628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme modelo válido no Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei da Privacidade Nº 2.206-2, de 24 de agosto de 2011, no art. 3º do Decreto Nº 6.902, de 8 de outubro de 2018 e no § 1º do art. 1º da Instrução Normativa Nº 6-VI-2018, de 13 de novembro de 2018.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.gov.br/segurancapublica/pt-br/assinatura> e protocolo 18069378B01 e o número de controle 89867236727792F4A1194C1863795F.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOMÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01

V1 - Proprietário

Nome: JOSE FERNANDES DE LUCENA
Email:
Endereço: POMBAL-PB

CPF/CNPJ: 291.579.004-34
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE FERNANDES DE LUCENA

V1C - Informações

Nome: JOSE FERNANDES DE LUCENA
CPF: 291.579.004-34
sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 02/02/1952
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B
UF: PB
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 28/12/1985
Vencimento da habilitação: 01/11/2021

Nº Registro: 05340331201
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA JOAO PEREIRA DE MENDONÇA, 40, CASA, PETROPOLIS, POMBAL-PB
Telefone: 83 996037777 Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico Tipo de Repetor: SAMU
Informações complementares: Condutor socorrido para Hospital Regional de Pombal.

V2 - VEÍCULO 2 - HVN6071 - ÔNIBUS

V2 - Informações

Placa: HVN6071 Marca/modelo: SCANIA/K113 CL Renavam: 00181990940
Ano fabricação: 1990 Chassi: 9BSKC4X2ZL3459023 Tipo de veículo: Ônibus
Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel Cor: Branca
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Veículo funcionando perfeitamente. Ficou sob responsabilidade do condutor.

V2 - Cronotacógrafo



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 196925 - Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2019, conforme Portaria oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.203-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hoje/validar>, informando o protocolo 18069378B01 e o número de controle 88987C357D77550FA615F8C1869C0FF.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378501



Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Não



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matricado 1999000, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme endereço oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 6.530, de 8 de outubro de 2012 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 91-DG, de 18 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/infraestrutura/autenticar>, informando o protocolo 18069378501 e o número de controle 85887C3E7D7735F4A13F6C1982C0FF.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / SCANIA/K113 CL

Placa: HVN6071

Nº BOAT: 18069378B01

Nome do Agente: J. RAPOSO

Matrícula do Agente: 1969628

Data: 07/12/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão,	M		X	
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		X	
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroçaria.	M		X	
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
14	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M		X	
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
17	Região da carroçaria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
18	Região do chassi termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dano de Montagem: Pequena



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1969628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 13 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.593, de 5 de outubro de 2015 e na Súmula 6 do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site: <http://www.prf.gov.br/ndvcb/autenticar>, informando o protocolo: 18069378B01 e o número de controle 958870367D776074413FBC1662C0FF.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por J. RAPQZQ, inscrita a 1969620, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2016, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 13 da Med. da Presidência Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 2º do Decreto Nº 6.505, de 9 de outubro de 2015 e na Resolução do INDC. V do art. 2º da Instrução Normativa Nº 91-22, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.trf.gov.br/imprensa/verificacao>, informando o protocolo 18069378B01 e o número do controle 95867C35737785F4A13F8D1865C0FF.

191

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: _____ CPF da vítima: 293.579.004-34 Nome completo da vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE FERNANDES DE LUCENA CPF: 293.579.004-34
Profissão: APOSENTADO Endereço: RUA BR 230 Número: SIM Complemento: CASA
Bairro: PETROPOLIS-FUN PERDUA Cidade: POMBAL Estado: PB CEP: 58840-000
E-mail: EVANDROQUEIROCA-ADV@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 83-98132-0080

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

REDA 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: 00029268 2
(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 (vir 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.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Jose Fernando de Lucena
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CD:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Em 12.30 da manhã, trazida pela Sra. Maria, vítima de acidente de trânsito, com lesões múltiplas, apresentando lesões no tórax, abdômen, membros inferiores, lesões no membro superior direito, com fratura de rádio e ulna direita.

ASS./COREN: Thayse Cristina de Farias Nobrega
Enfermeira

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

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

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
☐ 2 - APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ RESIDÊNCIA
☐ ÓBITO

- ☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

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

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Ass. Karoline da Silva Roberto

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:
NOME: João Fernandes de Lucena
COR: _____ DATA DE NASCIMENTO: 02/02/52 IDADE: 66 SEXO: M
NOME DA MÃE: Valdeci Lucena Fernandes PROFISSÃO: Apresentador
CARTÃO DO SUS: 703 0018 6176 5171 RG/CNH: _____
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: João Pereira de Mendonça
ESTADO: CEP: 58.800-00 CODIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 07/12/18
SINAIS VITAIS:
PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____
ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

3 Paciente sofreu acidente de moto com fratura da espinha e fratura do punho direito.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: Período punho direito
TIPOS: _____
RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:
1° Exames de corpo inteiro da
2° fratura da espinha e fratura
3° do punho direito.
4°
5°
6° Xilacina
7° Monomax 40
8° Tilatil 40+AD EV
9° Deposul 40+AD EV
10° Confira o nome do f. to.
11°
12°
13°
14°
15°
16°
17°
18°
19°
20°

Dr. José Humberto de Sousa Neto
CRM-PB - 2070 CDE - 422.850.051.6
Juazeiro do Norte

Isayano Santos Bento
Técnico em Enfermagem
COREN-PB 007186 270

Thayse Cristine de Farias Nobrega
Enfermeira
COREN-PB 273.206

17.38

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERNANDES DE LUCENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000029268-2

Nr. da Autenticação 42924D8E69732DEA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1595 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-071-91-35

Eu, JOSE FERNANDES DE LULEMA

RG nº 792.034, data de expedição 07/10/14,

Órgão SSDS/PB, CPF nº 293.579.004-34,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Rio 230, SIM</u>
Número	<u>SIM</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>PETROPOLIS - FLO PEREIRA</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Tel. de contato	<u>83-98132-0080</u>
E-mail	<u>EIVANDROQUEIROCA.ADV@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: POMBAL-PB, 30/05/2019

Jose Fernando de Lulema

Assinatura do Declarante



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.054/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
Informe este número

MATRÍCULA

70912866

REFERÊNCIA

MAT/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CARLOS IVANDRO KABELO DE QUEIROGA
RUA MIGUEL ALVES DA SILVA, 28 - 1 ANDAR -
PETROPOLIS POMBAL PB 58840-800

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Outro	
112.004.365.0146.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
			LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR / ATUAL		CONSUMO (MG)	NÚM DE DIAS		PRÓXIMA LEITURA	
		10			09/06/2019	
MST. CONS./ANOR. LEIT.		QUANT. ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
ABR/2019	10	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
MAR/2019	10	TURBIDEZ	0	0	0	
FEV/2019	10	CLORO	0	0	0	
JAN/2019	10	COL. TERMOT	0	0	0	
DEZ/2018	10	COR	0	0	0	
NOV/2018	10	COL. TOTAIS	0	0	0	
MÉDIA (MG)		DADOS REFERENTES A: MAR/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 10/05/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 08:52:10

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL (RS)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE (RS)

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

10 MS

37,91

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

23/05/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2000, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS ANTERIORES DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2018, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PRESENTES NAS FATURAS DE 2019.



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70912866	MAT/2019	23/05/2019	R\$ 37,91

52680080000 0 37910010112 8 07091286601 2 05201970003 9



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu CARLOS EVANDRO D. QUEIROGA inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.823.674 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE FERNANDES DE LUCENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.579.004 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima JOSE FERNANDES DE LUCENA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.579.004 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: PROFESSOR Renda: 3.273,82 e apresento os documentos comprobatórios: CONTRACHEQUE

☐ 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 <u>RUA MIGUEL ALVES DA SILVA</u>		Número <u>28</u>	Complemento <u>1º ANDAR</u>
Bairro <u>PETROPOLIS</u>	Cidade <u>POMBAL</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.840-000</u>
Email <u>EVANDROQUEIROGA.ADV@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD) <u>83-2545-0670</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98332-0080</u>

POMBAL-PB, 13 de MAIO de 2019
Local e Data

Carlos Evandro Natilote Queiroga
Assinatura do Declarante



Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"

CNPJ: 08.778.268/0004-03

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr. José Hermínio de Sousa Neto

CRM: 2070 UF: PB Nº: 132.550.101

Endereço: Rua Cel. João Leite 294

Cidade: POMBAL

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Dr. José Hermínio de Sousa Neto
CRM-PB - 2070 Nº 132.550.101
Ass. Cultura - Saúde Geral
CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: Reinaldo de Sousa

Endereço: Rua Cel. João Leite 294

Prescrição: Ca. tel. xise 570 - 8

Data: 07/12/18

Dr. José Hermínio de Sousa Neto
CRM-PB - 2070 Nº 132.550.101
Ass. Cultura - Saúde Geral
CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____



Superando limites

Clínica de Fisioterapia e Academia de Musculação

Dr^a Luciene Barbosa Damaceno

CREFITO 1 - 6579-5 F

(83) 3431-2299

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins de direito que, **JOSÉ FERNANDES DE LUCENA**, esteve em tratamento fisioterapêutico para reabilitação dos movimentos do braço direito, nas datas abaixo citadas, totalizando 6 (seis) sessões de fisioterapia.

05 de fevereiro de 2019

06 de fevereiro de 2019

08 de fevereiro de 2019

11 de fevereiro de 2019

13 de fevereiro de 2019

15 de fevereiro de 2019.

Pombal, 13 de maio de 2019

Luciene Barbosa Damaceno
Fisioterapeuta
CREFITO-1 N° 6579-5
CPF 203.832.794-13

Luciene Barbosa Damaceno
Fisioterapeuta

CARTÓRIO "CEI JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

A presente fotocópia conferida com a original - exibida nestas Notas. EM TEST. DA VERDADE, DOU FF. POMBAL-PB, 14/05/2019.

ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Selo Digital de Autenticação Tipo Normal C-A/N/3141-PKD
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 2,87 FARPEN R\$ 0,29 FEPU R\$ 0,00



CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *qual. punho*

Nome: *João Fernando de Lucena* * *Respostas* *
Sexo: *masculino* Data de Nascimento: *02/02/52*
Endereço: *R. São Fernando de Mendonça, n.º 40, Bomhol - PB*
Fone: *98603-7777* Médico: *Dr. Tiago*
Convênio: *Porticel* Data: *10/12/18*

Anamnese: *Paciente vítima de acidente automobilístico em 06/12/18, apresentando dor e deformidade em punho direito.*

Antecedentes Pessoais e Familiares:

Exame Físico:

Do. extensor e flexor funcionam em punho.

Exames Complementares:

Diagnóstico:

Fratura do 1º carpiano do lado.

Tratamento:

RFT

12227

Isaias Fernandes
CRM/PB 7834
TEOT 14249
RESOLUÇÃO



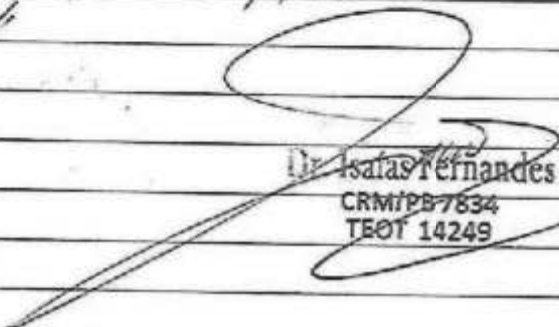
NOME:

João Fernandes de Lima

LEITO:

03

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
12/12/18	(1) Difenidramina	
	(2) Cefalaxina → 500mg + 300 (v), 6/6h	10 16 22 04
	(3) Difenidramina → 500mg + 300 (v), 6/6h	16 22 04
	(4) Folic 400 → 500mg + 300 (v), 12/12h	16 04
	(5) Alta hospitalar às 17:00h	
	(6) CEGTSSN	
		
	Dr. Isaias Fernandes	
	CRM/PA 7834	
	TEOT 14249	



SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019

Nome:

DATA	HORA	
12/12/18		HD: Fratura do fêmur distal do lado @ Paciente submetido a tratamento cirúrgico, sem intercorrências. cd. (1) A SRPA (2) pós recuperação cirúrgica, seguir p/ referencia (3) Alta após 17 dias

Hospital:

Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.

Nome do Paciente:

Joel Fernandes de Lucena

Nº Prontuário:

Data Operação:

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Tiago Fernandes

1º Auxiliar:

Diego Serey

2º Auxiliar:

João Afonso

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Alb. +

Tipo de Anestesia:

Sedação + local

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura do terço distal do rádio (D)

Tipo de Operação:

RFFI

Diagnóstico Pré-Operatório:

O novo

Relatório Imediato do Patologista:

New bone

Exame Radiológico no ato:

Sim.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de acesso - Tática e Técnica - Ligações - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① Redução com ORT sob sedação e bloqueio local
- ② Anepri's e anti-sepsis cutânea
- ③ Aplicação de curativo externo
- ④ Redução fechada de fratura e fixação com 03 fios de Kirschner
- ⑤ Controle radiográfico intraop.
- ⑥ Fals. Luis Jernack

Dr. Isaias Fernandes
CRM-PB 7834
TEOT 14249

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Paciente: JOSÉ FERNANDES DE LUCENA
Nº do Paciente: PB1973
Data de Nascimento: 02/02/1953
Data do Exame: 21/01/2019
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PUNHO DIREITO

RELATÓRIO:

Material de osteossíntese no rádio e ulna distais representado por fios de Kirschner.

Fratura no rádio distal e do processo estilóide da ulna.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dr. Felipe Amaral CRM 45799-MG |
Médico-radiologista RQE 36420-MG CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 21/01/2019 10:29:33 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/odontista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/odontista para quaisquer esclarecimentos necessários.

GOVERNO
DA PARAIBA

Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"

Senador "RUI CARNEIRO"

Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB

GOVERN
DE PARLIDA

Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"

Senador "RUI CARNEIRO"

DO NOT WRITE ON THIS CARD

Name:

Mr. Secretary

Nome do Paciente:

Dr. Fernando de Caceres

Reverend

Fluorox 500 — 2
2000

22

7

Wolfenbüttel 11. 8. 22

1

17/10/20

(Handwritten signature)

Médico

Data:

812160

17 DATA

17, 17, 18.

Assinatura do Médico

DATA	Row	Col	Row - Col	Row - PB
	021	3431	2149	Pombal - PB.

"Tudo posso naquele que me fortalece"

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.284.265 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/10/2013

NOME CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

PAI(M) FRANCISCO BATISTA DE QUEIROGA MARIA ERVANIA DE QUEIROGA

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 24/04/1979

COD. ORDEM CERT. CAS. Nº11923 - LIV.B-32 - FLS.243V - CARTORIO POMBAL-PB

CPF 030.623.674-29

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235

Carlos Evandro Rabelo de Queiroga

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PR 20180000532192-6
0017603215-0 00/00000000 2018

JOSE FERNANDES DE LUCENA

29157900434
PLACA AUT / UF
NOVO PB 9C2KD04209R046656

FAS/MOTOCICLE/RAO APPLIC GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS ES 2009 2009

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

1 P PARA LULA 00/00/0000 1ª VENC / DOAR
V PARA LULA 00/00/0000 2ª VENC / DOAR
A 0 3ª VENC / DOAR

PREMIO TAFIARIO (R\$) 00/00/0000

SEGURO P A G O 03/12/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

POMBAL-PB 03/12/2018

36633 14214

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PONTUAÇÃO, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT
PB Nº 014202708160 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

2018 03/12/2018

29157900434
PLACA
NOVO PB 9C2KD04209R046656

HONDA/NXR150 BROS ES 2009

PREMIO TAFIARIO (R\$) 00/00/0000

SEGURO P A G O 03/12/2018

1 P PARA LULA 00/00/0000 1ª VENC / DOAR
V PARA LULA 00/00/0000 2ª VENC / DOAR
A 0 3ª VENC / DOAR

PREMIO TAFIARIO (R\$) 00/00/0000

SEGURO P A G O 03/12/2018

SEGURO LIDER - DPVAT

14214-0912341-20181203



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190350084 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA **Data do acidente:** 07/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.6,7) - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190350084 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA **Data do acidente:** 07/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.6,7) - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE FERNANDES DE LUCENA, brasileiro, casado, aposentado, portador da cédula de Identidade de nº. 792.039 - SSP/PB, e inscrito sob o CPF de nº 291.579.004-34, residente e domiciliado João Pereira de Mendonça, s/n, 1º andar, Petrópolis, Pombal – PB.

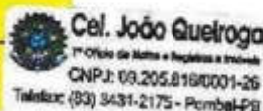
Outorgado: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA, brasileiro, casado, RG. 2.264.265 SSP/PB, CPF. 030.823.674-29, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 21.101, seccional da Paraíba, com endereço profissional na Rua Miguel Alves da Silva, 606, Petrópolis, Pombal – PB.

Confere poderes: Para o foro em geral, com a cláusula ad judicium – “et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto ajuizar as ações competentes, qualquer instância administrativa ou judicial, inclusive as de falência, e defendê-lo(s) nas contrárias seguindo umas e outras, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, e apresentar documentos referentes ao sinistro, ocorrido no dia 07/12/2018, requerer indenização por invalidez permanente, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs. É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pombal – PB 10/05/2019



Jose Fernandes de Lucena



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180595/19

Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA

CPF: 291.579.004-34

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 07/12/2018

Titular do CPF: JOSE FERNANDES DE LUCENA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA : 030.823.674-29

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

JOSE FERNANDES DE LUCENA : 291.579.004-34

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: 28/05/2019
Nome: JOSE FERNANDES DE LUCENA
CPF: 291.579.004-34

JOSE FERNANDES DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES
CPF: 026.874.120-40

JULIANE CAMPOS RODRIGUES