



Número: **0801437-58.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.992,09**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FERNANDES DE LUCENA (AUTOR)		CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33573 367	25/08/2020 11:25	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
33573 372	25/08/2020 11:25	<a href="#">2743156_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos
33573 376	25/08/2020 11:25	<a href="#">2743156_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos

ANEXO





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do Enetro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	295.579.004-34	JOSE FERNANDES DE LUCEMA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
JOSE FERNANDES DE LUCEMA		295.579.004-34
Profissão:	Endereço:	Número:
APRESENTADO	RUA RSD 230	SIM
Bairro:	Cidade:	CEP:
PETROPOLIS-FUN PERMUT	POMBAL	58840-000
E-mail:	Estado:	Tel.(DDD):
EVANDRO.QUEIROGA.ADV@HOTMAIL.COM	PB	83-98132-0080

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

RENTUA MENSAL:			
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 00029268
(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Falecidos: _____
		Vítima deixou nascituro (se nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Assinatura eletrônica da vítima/beneficiário (declarante)	Local e Data: _____	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1º   Nome: _____
	CPF: _____	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.

FPS.001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





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



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOME: José Fernandes de Lucena

COR: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: 02/02/52 IDADE: 66 SEXO: M.

NOME DA MÃE: Valdeci Lucena Fernandes PROFISSÃO: Representante

CARTÃO DO SUS: 703001861765371 RG/CNH: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: João Pereira de Mendonça

ESTADO: PE CEP: 58870-000 CÓDIGO 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 costela e fratura  
do punho direito.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: Punho do punho direito

TIPOS: \_\_\_\_\_

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° Fratura da costela e fratura

2° do punho direito.

3° \_\_\_\_\_

4° \_\_\_\_\_

5° \_\_\_\_\_

6° Xilocaína

7° Manomax 100

8° Tiltil 40+AD EV

9° Depressant AD PR

10° Antiespasmódico

11° \_\_\_\_\_

12° \_\_\_\_\_

13° \_\_\_\_\_

14° \_\_\_\_\_

15° \_\_\_\_\_

16° \_\_\_\_\_

17° \_\_\_\_\_

18° \_\_\_\_\_

19° \_\_\_\_\_

Dr. José Antônio de Sousa Neto  
CRM-PB - 2070 / PE - 122.650.224-6  
Clínica Geral

Gracyene Santos Bento  
Técnica em Enfermagem  
COREN-PB 007186 270

Thayse Cristine de Farias Moreira  
Enfermeira  
COREN-PB 273.206

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

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



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Em 17.30 da manhã, Thayside, filha de 5 Anos, 12/11/2014, residente em Pombal, Paraíba, apresentando febre, tosse, coriza, dificuldade respiratória, letargia, vomito 1x, e diarréia 2x. Foi encaminhado para avaliação.

ASS./COREN: Thayside Crisóstomo de Faria  
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 (IS) ASSITENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU PLEGAR DIREITO

Assessoria Jurídica do Prof. Roberto

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 85

Eu, JOSE FERNANDES DE LUCENA,

RG nº 792.039, 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 BR 230, S/N</u>
Número	<u>514</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>PETROPOLIS - FCO PEREIRA</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Tel. de contato	<u>83-98132-0080</u>
E-mail	<u>EVANDROQUEIROCA.ADV@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

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

Jose Fernando de Lucena

Assinatura do Declarante

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





Upgrade TRF4500  
Device: OCM70229/COMMERCIAL - COMMERCIAL  
Rating: 18-207-264-471      Registered: Mar/2015  
Address: 00000000000      Expires: 28/03/2015

[illegible]

Atenție! Pentru mai multe informații contactați-ne la: **0800 083 0196** sau vizitați-ne pe: [www.energidistributie.ro](http://www.energidistributie.ro)

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista de próxima leitura:	CPF/CNPJ/RANI:
Mar / 2019	28/03/2019	29/04/2019	499.322.840-81

UC (Unidade Consumidora): 5/1797878-4

Canal de rentato

2014年12月15日

[illegible]

Cost: Cedexes Christophe	20,10	22,04	20,71	22,47	0,00	4,00
Taxa: Tobu	0,57	0,57	0,57	0,57	0,00	0,00

Media Unidades mensas (kWh)	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
-----------------------------	-------------	---------------

04/04/2019	R\$ 90.88
------------	-----------

04/04/2019

R\$ 90.88

Historico de Consumo (kWh)

76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

RESERVADO AO FISCAL

7609.d185.3fef.c750.e2b2.5afe.62c4.4a83

Indicadores de Qualidade			Comparativo de Custos			
	Limites da ANEEL	Apostado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DE VOLTA	8,51	0,05	NOMINAL	500	Consumo de Energia	27,29
DE TRANSFORM.	11,80				Consumo de Energia	28,85
DE LIG. E DISTR.	14,46				Consumo de Energia	9,13
DE USUÁRIO	9,96				Consumo de Energia	68,66
DE TRANSFORM.	10,73	0,05	CONTRATADA	LIMITE INFERIOR	Consumo de Energia	2,73
DE LIG. E DISTR.	14,46				TOTAL	50,55
DE USUÁRIO	9,96					
DE DOR	12,48					

### ATENÇÃO

Faturas em atraso

\* <http://www.ama-assn.org> is the website of the American Medical Association.





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 55.015-670 - CNPJ: 08.123.054/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

70912866

REFERENCIA

MAT/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA  
RUA MIGUEL ALVES DA SILVA, 28 - 1 ANDAR  
PETROPOLIS POMBAI, PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Outros	
112.004.165.0146.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
			LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NÚM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA  
10 | 09/06/2019

HIST. CONS./ANOS	LEIT.	QUANT. ANEXOS DO FORT.	05/2017 MS.
ABR/2019	10	PARÂMETROS EXIG. ANALIS.	CONFORMES
MAR/2019	10	TURBIDEZ	0 0 0
FEV/2019	20	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
MEDIA(M)		DADOS REFERENTES A: MAR/2019	

DATA DA IMPRESSÃO: 10/05/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 08:52:00

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

10 M3

27,91

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS Lei 12.241/12

VENCIMENTO:

23/05/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 37 DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA DO FATURAMENTO PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSIS DOS DEBITOS ATÉ 31/12/2018, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.



**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

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

52680000000 0 37910010112 8 07091286601 2 05201970003 9



SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





# Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



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. Esta 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/terapeuta do paciente, e quem compre, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/terapeuta para quaisquer esclarecimentos necessários.

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 Nery, s/n / Centro - Gataí do Racho - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





**DR. TIAGO ANTÔNIO FERNANDES**  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - CRM 5764/PB

**RECIBO MÉDICO**

**VALOR: R\$ 1.700,00**

TIAGO ANTONIO FERNANDES, CRM 5764/PB, CPF 021.863.534-66, declaro ter recebido do(a) Sr.(a) José Fernandes de Lucena C.P.F n291.579.004-34 a importância de R\$ 1.700,00 (Hum Mil e Setecentos Reais) referente ao pagamento de procedimento cirúrgico no(a) Sr.(a) , CPF n

Sousa, 12 de Dezembro de 2018.

*Dr. Tiago Antonio Fernandes*  
CRM-PB 5764  
Ortopedia, Traumatologia e  
Cirurgia da Coluna

Dr. TIAGO ANTONIO FERNANDES  
CRM 5764/PB

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA  
08.999.674/0001-53  
RUA CORONEL JOSÉ GOMES DE SÁ, 27 - CENTRO  
TRIBUTOS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - (NFS-e)

<b>Número</b> 000007310	<b>Emissão</b> 03/01/2019 10:25:30	<b>Autenticidade</b> 9310N33APP23A31A909N 																																				
<b>PRESTADOR DE SERVIÇO</b> CNPJ: 41.121.708/0001-88    Insc. Municipal: 5062    Insc. Estadual: Razão Social: CASA DE SAUDE DOM JESUS LTDA E-mail: 0    Telefone: Endereço: R DEOCLECIANO PIRES, 14, , CENTRO, Município/UF: SOUSA/PB, CEP: 58801530																																						
<b>TOMADOR DE SERVIÇO</b> CPF: 291.579.004-34    Insc. Municipal: 0    Insc. Estadual: Nome: JOSÉ FERNANDES DE LUCENA E-mail:    Telefone: 99603-7777 Endereço: RUA: JOÃO PEREIRA DE MENDONÇA, 40, , PETRÓPOLIS, Município/UF: POMBAL - PB, CEP: 58640000																																						
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b> REFERENTE A DESPESAS HOSPITALARES DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ORTOPEDIA DO MESMO.																																						
<b>ITEM 116/ATIVIDADE ECONÔMICA:</b> 0 / 3801044 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMEN LOCAL DA PRESTAÇÃO: SOUSA/PB TIPO DE RECOLHIMENTO: A RECOLHER TRIBUTAÇÃO: Tributável																																						
<table border="0"><tr><td>VALOR NOTA:</td><td>400,00</td><td>COMINS:</td><td>0,00</td><td>TOTAL RETENÇÕES:</td><td>0,00</td></tr><tr><td>VALOR DEDUÇÃO:</td><td>0,00</td><td>INSS:</td><td>0,00</td><td>VALOR LÍQUIDO:</td><td>400,00</td></tr><tr><td>BASE DE CÁLCULO:</td><td>400,00</td><td>CSLL:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>ALÍQUOTA:</td><td>3,00%</td><td>IR:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>VALOR ISSQN:</td><td>12,00</td><td>PIS:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>OUTROS:</td><td>0,00</td><td></td><td></td></tr></table>			VALOR NOTA:	400,00	COMINS:	0,00	TOTAL RETENÇÕES:	0,00	VALOR DEDUÇÃO:	0,00	INSS:	0,00	VALOR LÍQUIDO:	400,00	BASE DE CÁLCULO:	400,00	CSLL:	0,00			ALÍQUOTA:	3,00%	IR:	0,00			VALOR ISSQN:	12,00	PIS:	0,00					OUTROS:	0,00		
VALOR NOTA:	400,00	COMINS:	0,00	TOTAL RETENÇÕES:	0,00																																	
VALOR DEDUÇÃO:	0,00	INSS:	0,00	VALOR LÍQUIDO:	400,00																																	
BASE DE CÁLCULO:	400,00	CSLL:	0,00																																			
ALÍQUOTA:	3,00%	IR:	0,00																																			
VALOR ISSQN:	12,00	PIS:	0,00																																			
		OUTROS:	0,00																																			
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b> Nota Fiscal de Serviço Eletrônica (NFS-e). Lei:033/2002 - Decreto: 109/2010 Competência: <a href="http://contribuinte.sousa.pb.gov.br">http://contribuinte.sousa.pb.gov.br</a>																																						

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019

00810810312012







PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA  
08.999.674/0001-53  
RUA CORONEL JOSÉ GOMES DE SÁ, 27 - CENTRO  
TRIBUTOS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - (NFS-e)

Número	Emissão	Autenticidade
000004602	12/12/2018 14:30:03	22289TE1033910511E2I



PRESTADOR DE SERVIÇO

CNPJ: 02.693.155/0001-45 Insc. Municipal: 5452 Insc. Estadual:  
Razão Social: CENTRALMEDIC - CENTRO MEDICO E RADIOLOGICO DE SOUSA LTDA  
E-mail: centralmedic@hotmail.com Telefone: 3522-2317  
Endereço: R DEOCLECIANO PIRES, 12, , CENTRO, Município/UF: SOUSA/PB, CEP: 58201530

TOMADOR DE SERVIÇO

CPF: 291.579.084-34 Insc. Municipal: 9 Insc. Estadual:  
Nome: JOSE FERNANDES DE LUCENA  
E-mail: Telefone: 83 98615-2271  
Endereço: RUA: JOÃO PEREIRA DE MENDONÇA, 40, , PISTOPOLIS, Município/UF: POBAL - PB, CEP: 59200040

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A EXAME DE RAIOS X DO PUNHO DIREITO.

ITEM 116/ATIVIDADE ECONOMICA:

/ 0801030 - SERVIÇOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM SEM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE, EXCETO RESSONANCIA M  
LOCAL DA PRESTAÇÃO: SOUSA/PB  
TIPO DE RECOLHIMENTO: A RECOLHER  
TRIBUTAÇÃO: Tributável Simples Nacional

VALOR NOTA:	150,00	COTINS:	0,00	TOTAL RETENÇÕES:	0,00
VALOR DEDUÇÃO:	0,00	INSS:	0,00	VALOR LÍQUIDO:	150,00
BASE DE CÁLCULO:	150,00	CSLL:	0,00		
ALÍQUOTA:	0,00%	IR:	0,00		
VALOR ISSQN:	0,00	PIS:	0,00		
		OUTROS:	0,00		

OUTRAS INFORMAÇÕES

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica (NFS-e). Lei: 028/2002 Decreto: 239/2010  
Competência: OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
<http://contribuinte.sousa.pb.gov.br>

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019

000004602





**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

1ª Via Farmácia  
2ª Via Paciente

CRM: 2070 UF: PB Nº: 112.540.6647

Endereço: Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Pombal - PB

Cidade: POMBAL

Dr. José Hermínio de Sousa Neto  
Assinatura - Cartão Geral  
Assinatura - Cartão Geral

Paciente: Requena de Sousa

Endereço: Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Pombal - PB

Prescrição: Cafeleira 500 - 8

400ml

Data: 07/12/18

Dr. José Hermínio de Sousa Neto  
Assinatura - Cartão Geral  
Assinatura - Cartão Geral

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

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

Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB

Nome:

*João Francisco Leão*

*Leão*

*Fluorox 500 - 2*

*2000g*

*100g*

*Fluorox 100g - 2*

*2000g*

Data:

*09/12/18*

Médico

*Dr. José Hamilton de Sousa Neto*  
*CRM-PB 2000127-12.650.894-5*  
*Generalista*

"Tudo posso naquele que me fortalece"

GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB

Nome do Paciente:

*João Francisco de Leão*

*Encefalograma*

*Quanto a história de*

*Transtorno com padrão de*

*Alteração de função de núcleo*

*dado o acompanhamento intra-*

*uterino.*

DATA

*10/12/18*

Assinatura do Médico

*[Assinatura]*

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

"Tudo posso naquele que me fortalece"



256319



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu CARLOS EVANDRO MARCELO QUEIROGA, inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.823.674-129, 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 DESPEAS MÉDICAS da Vitima 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		Número	Complemento
<u>RUA MIGUEL ALVES DA SILVA</u>		<u>28</u>	<u>5º ANDAR</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>PETROPOLIS</u>	<u>POMBAL</u>	<u>PB</u>	<u>58.840-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>EVANDRO@QUEIROGA.ADV@HOTMAIL.COM</u>		<u>83-2345-0670</u>	<u>83-98332-0080</u>

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

Carlos Evandro Marcelo Queiroga  
Assinatura do Declarante

DLDR/001 V001/2017

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *pt. junho*

Nome: *João Ferrnando de Lucena* \* *Respostas* \*  
Sexo: *masculino* Data de Nascimento: *02/02/52*  
Endereço: *R. São Fernando de Mendonça, n.º 40, Bomhal - PB*  
Fone: *99603-7777* Médico: *Dr. Tiago*  
Convênio: *Porticabon* Data: *12/12/18*

Anamnese: *Paciente vítima de acidente automobilístico em 06/12/18, resultando com dor e deformidade em membro direito*

Antecedentes Pessoais e Familiares:

Exame Físico:

*DM, exames limitados funcionais em membros*

Exames Complementares:

Diagnóstico:

*Lesão do lig. colateral do joelho*

Tratamento:

*RFT*

Gráfico Marginal - Sistema PB 2521.1515 (170818)

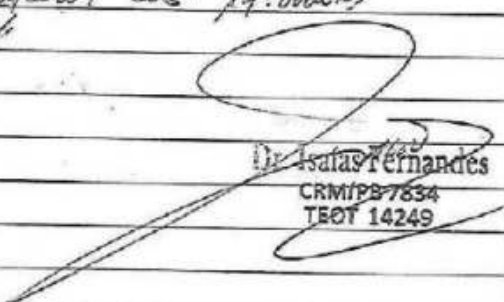
*12227*

*Dr. Isaias Fernandes*  
CRM/PB 7834  
TEOT 14249

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



**FOLHA DE PRESCRIÇÃO**

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
12/12/18	<p>1) Diferença prescrição</p> <p>2) Cefalotina → 1g/1g + 1g/1g (2x) 6/6h</p> <p>3) Difenhydramina → 1g/1g + 1g/1g (2x) 6/6h</p> <p>4) Talofen 400 → 1g/1g + 1g/1g (2x) 12/12h</p> <p>5) Alta hospitalar às 17:00h</p> <p>6) COCOSTEN</p>	<p>10 16 22 04</p> <p>16 22 04</p> <p>16 04</p>
	<p></p> <p>Dr. Isaias Fernandes CRM/PS 7834 TEOT 14249</p>	

SABEMI – REC. EM 28 MAI 2019







## EVOLUÇÃO

DATA	HORA	
12/12/18		<p>HD: Fratura do tórax distal do costal ⑥</p> <p>Paciente submetido a tratamento cirúrgico, sem intercorrências.</p> <p>cd. ① A SRPA</p> <p>② pto. resumo histórico, seguir p/ exames</p> <p>③ Alt após 12-00h</p>

SABEMI – REC. EM 28 MAI 2019



Hospital:

Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.

Nome do Paciente:

Sol Fernandes de Lencop

Nº Prontuário:

Data Operação:

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Fábio Fernandes

1º Auxiliar:

Diego Serey

2º Auxiliar:

João Fernandes

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Albert

Tipo de Anestesia:

Sedação + local

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura do braço distal do rádio D

Tipo de Operação:

OFTT

Diagnóstico Pré-Operatório:

O novo

Relatório Imediato do Patologista:

Não há

Exame Radiológico no ato:

Sim.

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

- ① Reduzir eu OFTT sob sedação e bloqueio local
- ② Apsérise e anti-sepsis criteriosa
- ③ Apsérise de campos estéril
- ④ Redução fechada de fratura e fixação com 03 fios de Kirschner
- ⑤ Controle radiográfico satisfatório
- ⑥ Fals. Linc. Jernack

Dr. Isaias Fernandes

CRM-PA 7834

TEOT 14249

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Modelo Proposto - Versão 01/2019 (02/2019)

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



# Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



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

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99969-0097  
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 - Catalé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB

Hospital Regional de Pombal  
Senador "RUI CARNEIRO"

Nome: Prof. Francisco Lealme

Rui  
Flarex 500  
200 gic  
101  
Woolfina 100 g - 2  
Woolfina 100 g - 2  
200 gic

Data: 07/12/18

Dr. José Hamilton de Sousa Neto  
CRM-PB 200076 - 172.650.844  
- Genética Geral

Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal  
Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: João Francisco de Cássio

Caracimabamento

Parate e batom de  
tracoma por febre D.  
Aparelho Grátis de radio  
digital e acusticamente intra-  
intecalar.

12/12/18.

DATA

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (33) 3431-2149 - Pombal - PB.

"Tudo posso naquele que me fortalece"

REC. EM 28 - MAI - 2019



# 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. Jose Hemínio de Sousa Neto

CRM: 2079 Nº 102.551.550-7

Endereço: Ass. Saúde Geral

Cidade: POMBAL

1ª Via Farmácia  
2ª Via Paciente

Dr. Jose Hemínio de Sousa Neto  
CRM-PB - 2079 Nº 102.551.550-7  
Ass. Saúde Geral  
CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: Marjorie de Sousa

Endereço: Rua Princesa Isabel

Prescrição: Co. tel. xise 570 - B

em 40ml

Data: 07/12/18

Dr. Jose Hemínio de Sousa Neto  
CRM-PB - 2079 Nº 102.551.550-7  
Ass. Saúde Geral  
CARIMBO DO MÉDICO

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Ident. \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





# Clínica de Fisioterapia e Academia de Musculação

Dr<sup>a</sup> 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 F  
CPF 282.932 794-33

Luciene Barbosa Damaceno  
Fisioterapeuta

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019

### CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

A presente fotocópia comparece 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 Fiscalização 1 ao Norm. CAN/24-RXD  
Confira os dados do ato em <https://selo.digitalpb.jus.br>  
EMOLUM. R\$ 2,87 FAPEN R\$ 0,29 PERJ R\$ 0,00





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 792.039 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/10/2014

NOME JOSÉ FERNANDES DE LUCENA

FILIAÇÃO JOAQUIM FERNANDES DA SILVA VALDECI LUCENA FERNANDES

NATURALIDADE SANTA TEREZINHA-PB DATA DE NASCIMENTO 02/02/1952

DOC ORIGEM CERT. CAS. Nº7731 - LIV. B-65 - FLS. 130 - CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 291.579.004-34

LEI Nº 7.115 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO L-235

*JOSE F. de Lucena*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE  
06BE.917E.B55D.1700

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:50:30 do dia 07/10/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 291.579.004-34

Nome JOSE FERNANDES DE LUCENA

Nascimento 02/02/1952

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SAC CAIXA 0800 720 9101 - Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 720 0400

CONTA AUTOMÁTICA

734

Limite crédito pessoal e limitações:

Atendimento Caixa para 30x 210x 10x (Cobrança Nacional e Regio Brasil)

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

CAIXA

POUPANÇA

6277 8013 6867 0349

JOSE FERNANDES DE LUCENA

0732 613 00029268-2 10/21

elo

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.264.265 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/10/2013

NOME CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

FILIAÇÃO FRANCISCO BATISTA DE QUEIROGA MARIA ERVANIA DE QUEIROGA

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

DOC. ORIGEM CERT. CAS. Nº 11923 - LIV. B-32 - FLS. 243V - CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 030.826.674-29

ASSINATURA DO DIRETOR

LS Nº 7.115 DE 29/08/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235

Carlos Evandro Rabelo de Queiroga

PROFESSOR

CARTÃO DE IDENTIDADE

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PRESSIONAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE 2ª TERCEIRA OU QUARTA CATEGORIA A PERSONAS 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.seguradordalider.com.br](http://www.seguradordalider.com.br)  
SAO PAULO 0800 022 1204

EXEMPLO	DATA EMISSÃO
018	09/12/2018
Nº EXEMPLO	PLACA
NPX3090/PB	
CÓDIGO	VEÍCULO
1	R9157900434
RENOVAÇÃO	MARCA / MODELO
0176032150	HONDA/NXR150 BROS ES
ANO / LIT.	Nº CHASSI-
2009	9C2KD0420C9R046656
PRÊMIO TRAFEGÁRIO	
CUSTO DO SEGURO (gr)	
*****	
CUSTO DO SEGURO (gr)	
*****	
SEGURO	
P A G O	
DATA DE CANCELAMENTO	
03/12/2018	
COTA CUBICA	
INSCRIÇÃO	
PARCELAMENTO	

SEGURODPVAT LÍDER - DPVAT

CHASSI 09-2710-000000-04

14214-0912341-20181203





## PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190350047 **Data do acidente:** 07/12/2018  
**Vítima:** JOSE FERNANDES DE LUCENA **Atendimento:** HOSPITAL  
**Cidade:** Pombal **UF:** PB **Análise:** Primeira Análise  
**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A **Data:** 03/06/2019 15:51:44

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** FRAT DO ANTEBRACO FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO - **Internação:** Não

**Tratamento:** CIRURGICO

**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	3.07.20.09-5	FRATURA E/OU LUXAÇÕES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO 5...	1700,00	1576,30
Exames	4.08.03.11-2	RX - PUNHO	150,00	69,11
Materiais			400,00	0,00
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>2250,00</b>	<b>1645,41</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

**Observações:** NOTA FISCAL Nº 7310 NÃO FOI AVALIADA VISTO QUE, FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: JOSE FERNANDES DE LUCENA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	2250,00	1645,41	1645,41
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2250,00</b>	<b>1645,41</b>	<b>1645,41</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 2250,00 **TOTAL AVALIADO:** 1645,41 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1645,41



**INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA**



## 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*



**Cel. João Queiroga**  
1º Ofício de Notas e Cartório e Intimidade  
CNPJ: 09.205.816/0001-28  
Telefone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB

SABEMI – REC. EM 28 MAI 2019





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180567/19

**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  
Comprovantes de despesas médicas  
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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE FERNANDES DE LUCENA

JULIANE CAMPOS RODRIGUES



# 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:	06/06/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.645,41
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERNANDES DE LUCENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000029268-2

---

---

Nr. da Autenticação 5868DDCD54D3C41D





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350047

Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA

Data do Acidente: 07/12/2018

Cobertura: DAMS

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERNANDES DE LUCENA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

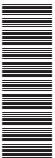
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01881/01882 - carta\_01 - DAMS

00020941



Carta nº 14391727







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190350047**

**Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA**

**Data do Acidente: 07/12/2018**

**Cobertura: DAMS**

**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:**

**Recebedor: JOSE FERNANDES DE LUCENA**

**Valor: R\$ 1.645,41**

**Banco: 104**

**Agência: 000000732**

**Conta: 0000029268-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01107/01108 - carta\_12 - DAMS

00020554





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.

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





PRF

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 18069378B01



Para maiores detalhes acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o site: [www.prf.gov.br/novobat](http://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.dpvaseguro.com.br](http://www.dpvaseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por J. BAPCOO, Protocolo: 18069378B01, Polícia Rodoviária Federal, em 27/05/2019, conforme registro oficial do Brasil, com fundamento no art. 5º, inciso 1º da Lei da Medida Provisória Nº 5.300-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 3º da Lei Nº 6.503, de 09 de outubro de 2013 e no art. 2º da Lei Nº 12.302, de 02 de novembro de 2010. A autenticidade desta assinatura pode ser verificada no site [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat), informando o protocolo 18069378B01 e o número de controle 3530270127793474151401603007.

191









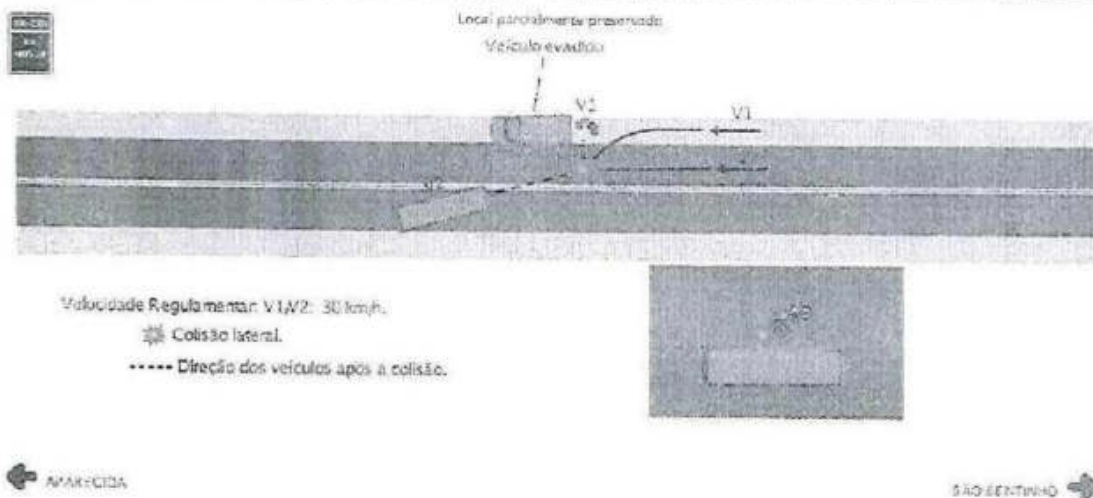
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18069372B01

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



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)	Desapagem (m)	Atrastamento (m)
1	V1			
1	V2			
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

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



Documento assinado eletronicamente por: RAPOSO, matrícula 1060955, Polícia Rodoviária Federal, em 27/12/2018, conforme notário oficial da Brinkia, com funcionamento no 5º ao art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 6.538, de 8 de outubro de 2015 e no artigo 5 da Instrução Normativa Nº 57-EG, de 10 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [www.prf.gov.br/validacao/validacao.asp](http://www.prf.gov.br/validacao/validacao.asp), informando o protocolo 18069372B01 e o número da certificação 9999705E7D7780F4A13F9C156200FF.

191



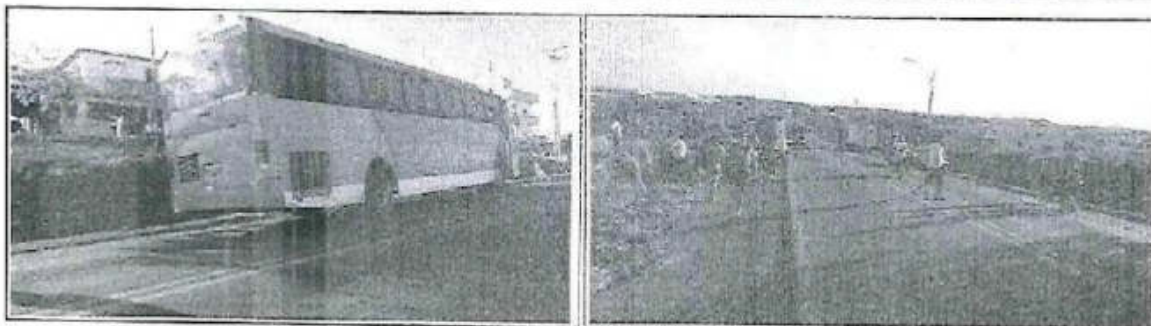


MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18069378801

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - NPX3090 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: NPX3090	Marca/modelo: HONDA/NXR150 BROS ES	Renavam: 00176032150
Ano fabricação: 2009	Chassi: 9C2KD04209R048658	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 de Repetidor: Outro  
Informações complementares: Motocicleta entregue à Joaquim Fernandes da Silva Neto, CPF: 082.752.894-57, sobrinho do condutor.

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



Documento assinado eletronicamente por J. ROPDSC, nome A. 1990620, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2016, conforme horário 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 8.531, de 6 de outubro de 2015 e na alínea a do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-CD, de 13 de novembro de 2016.  
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/movobots/autenticar>, informando o protocolo 10308279031 e o número de controle 6567C3E7C7769F4612F0C1862C0FF.

191







MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18069378B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 844/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/NXR150 BROS ES

Placa: NPX3090

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	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 (triciclo)			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 1969628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme protocolo nº 18069378B01, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 13.255/2016, de 24 de agosto de 2016, no art. 8º do Decreto nº 8.590, de 6 de outubro de 2015 e no art. 5º do art. 2º da Instrução Normativa nº 41-VI, de 19 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://ajp.prf.gov.br/validar/autenticar>, inserindo o protocolo 18069378B01 e o número de controle 88941236/2018PRFV12PRF018069378B01.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18089378B01

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: 06340331201  
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  
Informações complementares: Condutor socorrido para Hospital Regional de Pombal.

Tipo de Repetor: SAMU

V2 - VEÍCULO 2 - HVN6071 - ÔNIBUS

V2 - Informações

Placa: HVN6071 Marca/modelo: SCANIA/K113 CL  
Ano fabricação: 1990 Chassi: 9BSKC4X2ZL3459023  
Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel

Renavam: 00161990940  
Tipo de veículo: Ônibus  
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 nº 909326, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme Tódo 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. 6º 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 81 DG, de 18 de novembro de 2016.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.trf.gov.br/interacao/verificar>, informando o protocolo 18063078B01 e o número de controle 85887C3E7D7769FA1576C182C0FF.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18069378801



Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Não

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



Documento assinado eletronicamente por J. RARCOB, matrícula 1999623, Polícia Rodoviária Federal, em 27/12/2018, conforme notificação oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-0, de 24 de agosto de 2001, no art. 1º do Decreto Nº 8.508, de 8 de outubro de 2019 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 16 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/infocvsa/autenticar>, informando o protocolo 18069378801 e o número de controle 65867C357D7738F6A13F6C1952C0FF.

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 denunciado 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 longerina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longerina	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longerinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longerina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longerina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longerinas	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	
	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos				
14	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 Monta: Pequena

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1969628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme homologação 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. 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 01-03, de 13 de novembro de 2016.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <http://www.prf.gov.br/novobaseuser/car>, informando o protocolo 18069378B01 e o número de controle 8088703670776/RA12F8C1852C0F1.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18089378301



V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1360629, Polícia Rodoviária Federal, em 07/10/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 2º do art. 10 da Med. da Presidência Nº 2.260-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 6.595, de 6 de outubro de 2010 e na Resolução V do art. 2º da Instrução Normativa Nº 91-20, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.ori.gov.br/revista/autenticar>, informando o protocolo 18089378301 e o número da unidade 95367C3E7D7780F4A19F3D1965D0FF.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19069378801



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 de Contato

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

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



Documento assinado eletronicamente por J. R. POSE, inscrito 19069378801, Polícia Rodoviária Federal, em 07/02/2019, conforme sistema eletrônico do Sinsis, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.306/2001, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º da Lei nº 8.589, 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 2010.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/infocvcc/suporte/boas>, informando o protocolo 10069378801 e o número de controle 85867C3E7C778F6A13F6C1682C0FF.

191







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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,

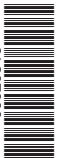
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14402483

Pag. 00697/00698 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020349





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**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](http://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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 295.579.004-34 Nome completo da vítima: JOSE FERNANDES DE LUCEMA

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

Nome completo: JOSE FERNANDES DE LUCEMA CPF: 295.579.004-34

Profissão: APOSENTADO Endereço: ROD BR 230 Número: 514 Complemento: CASA

Bairro: PETROPOLIS-FUN PERDUA Cidade: PARAIBA Estado: PB CEP: 58840-000

E-mail: EVANDRO.QUEIROGA.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).

**RENDA MENSAL:**

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 00029268 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda 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 (ou 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 (ver 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 259 do Código Penal.

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jose Fernando de Lucena

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

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

FPS.001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019









**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 Policia, 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:

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





**PRF**

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 18069378B01



Para maiores detalhes acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://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.dpvaseguro.com.br](http://www.dpvaseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA  
ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites de Resolução 544 do  
CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do  
seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1306008, Polícia Rodoviária Federal, em 07/05/2018, conforme registro oficial da Polícia, com fundamento no art. 5º, inciso III, da Lei nº 13.002 de 24 de agosto de 2014, no art. 1º da Lei nº 9.504, de 09 de outubro de 2017 e na Resolução 544 do CONTRAN, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site [portal.prf.gov.br/portal/validacao](http://portal.prf.gov.br/portal/validacao), informando o protocolo 18069378B01 e a senha de acesso 558072457277840151421403009.

**191**

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019







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 pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Ativa	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Centro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno 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 Bento-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 Bento-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 Bento-PB / Aparecida-PB, conforme constatação de pequenos fragmentos desprendidos dos veículos. Com o impacto, V1 imobilizou-se no acostamento do sentido São Bento-PB / Aparecida-PB e V2 imobilizou-se em cima da pista de rolamento no sentido Aparecida-PB / São Bento-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 Bento-PB / Aparecida-PB, ação essa realizada por V1. Observações: O local do acidente esteve preservado. A velocidade regulamentar para o trecho era de 30 km/h. A sinalização da 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 da PRF ao local do acidente, a ambulância do SAMU estava



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, ministro 1969628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme Portal oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 20.262/2018, de 24 de agosto de 2009, no art. 8º do Decreto nº 8.637, de 8 de outubro de 2015 e no inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 81-DE, de 10 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://www.prf.gov.br/validar\\_documento](http://www.prf.gov.br/validar_documento).  
O protocolo 18069378B01 em número de controle é 000700070777999A12F821802020F.

191





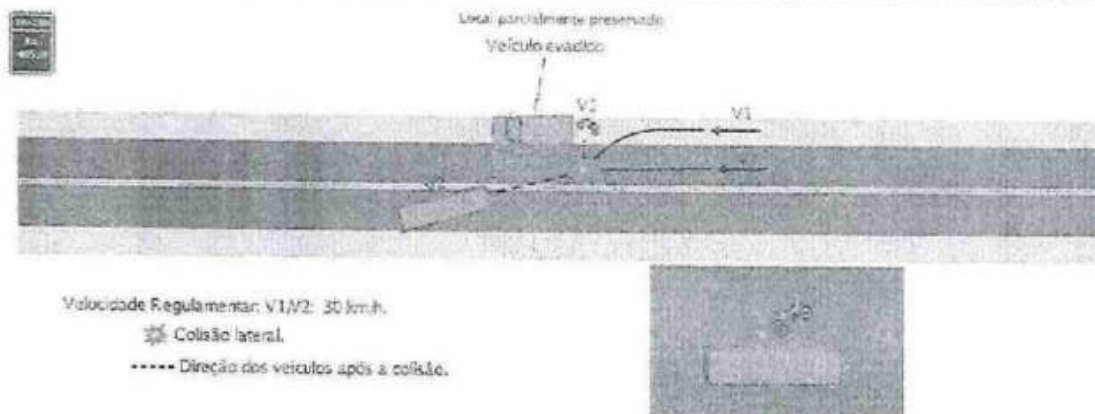
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18069378901

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



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)	Deslize (m)	Amassamento (m)
1	V1			
1	V2			
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

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



Documento assinado eletronicamente por: RAPOSO, matrícula 1999928, Polícia Rodoviária Federal, em 25/08/2020 11:25:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º da Lei 10.236/2001, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º da Lei 11.650, de 8 de outubro de 2018 e no artigo 5º da Lei 11.650, de 8 de outubro de 2018, da Instrução Normativa Nº 67-ICG, de 10 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/assessoria/autenticar>, informando o protocolo 18069378901 e o número da certificação 80887C857D774F4A11F9219B3C5F7.

191



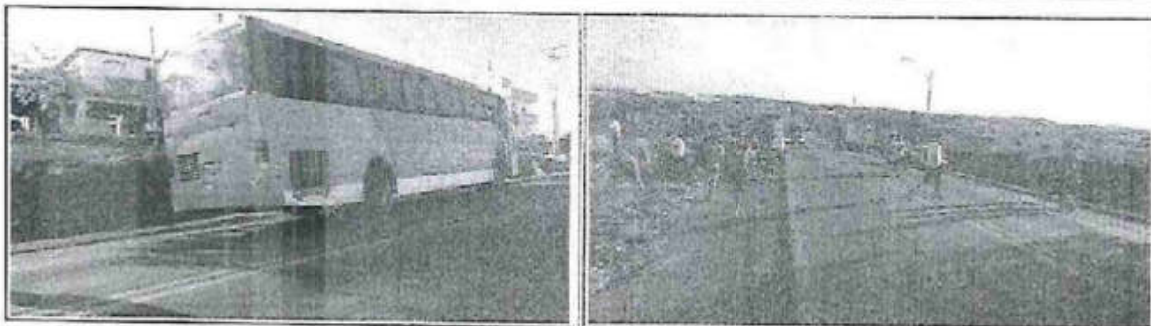


MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18069378801

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - NPX3090 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

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

Ano fabricação: 2009 Chassi: 9C2KD04208R046658

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Entrando na via

Renavam: 00176032150

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Vermelha

V1 - Encaminhamento

Motivo: Ausência de responsável

Tipo da Repetição: 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, matricado 1905620, Polícia Rodoviária Federal, em 27/02/2016, 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. 8º da Decreto Nº 8.535, de 8 de outubro de 2015 e na Resolução V da art. 2º da Instrução Normativa Nº 91-DG, de 13 de novembro de 2016.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/infocoba/autenticar>, informando o protocolo 10006278801 e o número da assinatura 656870321077894413F9C1862C0FF.

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: 1969628

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 (tricícios)			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 1969628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme modelo NBR 15468, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 12.227-2, de 24 de agosto de 2010, no art. 3º do Decreto nº 6.505, de 8 de outubro de 2008 e no art. 2º da Instrução Normativa nº 41-150, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade pode ser verificada no site [sigla.prf.gov.br/validador/validador](http://sigla.prf.gov.br/validador/validador), inserindo o protocolo 18069378B01 e o número de controle 20082511255206500000032127565.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA 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  
Informações complementares: Condutor socorrido para Hospital Regional de Pombal.

Tipo de Repetitor: SAMU

V2 - VEÍCULO 2 - HVN6071 - ÔNIBUS

V2 - Informações

Placa: HVN6071 Marca/modelo: SCANIA/K113 CL  
Ano fabricação: 1990 Chassi: 9BSKC4X2ZL3459023  
Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel

Renavam: 00181990940  
Tipo de veículo: Ônibus  
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. RA-RODO, matrícula 1109325 - Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2019, conforme Diário Oficial da União, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.203-9, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.659, de 9 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hovcbs/autenticar>, informando o protocolo 18069378B01 e o número de controle 88587C3E7D7753F4A13F8C1862C0FF.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18069378801



Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Não



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, marlo, em 19/09/2019, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2019, conforme certidão 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. 6º da Decreto Nº 6.530, de 8 de outubro de 2019 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 04-DG, de 18 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/infocvpu/autenticar>, informando o protocolo 18069378801 e o número de controle 85887C3E7D7735FAA13F4C1982C0FF.

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: HVN8071

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	
	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos				
14	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 Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1969628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme modelo 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 6.593, de 5 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01-03, de 13 de novembro de 2016.  
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site: <http://www.prf.gov.br/boaspraticas/validar>, informando o protocolo 18069378B01 e o número de controle 368870387077697441580166202018.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOMIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18089378801

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 18089378801, Polícia Rodoviária Federal, em 07/10/2020, conforme protocolo de trânsito, com fundamento no § 2º do art. 13 da Med. da Presidência Nº 8.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 6.505, de 10 de outubro de 2010 e na alínea b do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa Nº 91-20, de 15 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.drt.gov.br/validacao>, informando o protocolo 18089378801 e o número do código 55867C35737785F4A13F8C1805D9FF.

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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 295.579.004-34 Nome completo da vítima: JOSE FERNANDES DE LUCEMA

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

Nome completo: JOSE FERNANDES DE LUCEMA CPF: 295.579.004-34

Profissão: APOSENTADO Endereço: Rua Bn 230 Número: 514 Complemento: CASA

Bairro: PETROPOLIS-FUN PERMUN Cidade: PARAIBA Estado: PB CEP: 58840-000

E-mail: EVANDRO.QUEIROGA.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:**

☐ RECURSO 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 (Todas as bancas)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0732 ☐ CONTA: 00029268 ☐ 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (ou 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 (ver 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 RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

2º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidejussão do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





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, foi trazida pelo Sr. Samuel, vítima de acidente de trânsito, com lesões múltiplas, sendo a lesão mais grave no tórax, com fratura de costela e hemotórax. Foi encaminhado para a UTI.

ASS./COREN: Thayse Cristina de Farias Rodrigues  
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

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO  
☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

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

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

ASS. DO PACIENTE/ ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Antônio Ronaldo de Azevedo

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"**



SABEMI - REC-EM 28 MAI 2019

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

PACIENTE:  
NOME: José 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: 703001861765171 RG/CNH: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: João Pereira de Mendonça  
ESTADO: PE CEP: 58.870-000 CÓDIGO 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  
causando lesão e fratura  
no membro direito.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: Pontuação Ponto Direto  
TIPOS: \_\_\_\_\_  
RESULTADOS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:  
1° ferimento corto-contuso da  
2° região Esfôrda e fratura  
3° no membro direito.

4° Xilocaína  
5° Monomax 100  
6° Tilaxil 40+AD EV  
7° Apresol 100  
8° Antiflogístico

9° \_\_\_\_\_  
10° \_\_\_\_\_  
11° \_\_\_\_\_  
12° \_\_\_\_\_  
13° \_\_\_\_\_  
14° \_\_\_\_\_  
15° \_\_\_\_\_  
16° \_\_\_\_\_  
17° \_\_\_\_\_  
18° \_\_\_\_\_  
19° \_\_\_\_\_

Dr. José Márcio de Sousa Neto  
CRM-PB - 2070 CDE-42-550.054-6  
Luzia Geral

Isayana Santos Bento  
Técnica em Enfermagem  
COREN-PB 067186 270

Thayse Cristine de Farias Nobrega  
Enfermeira  
COREN-PB 273.206



# 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](http://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: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSE FERNANDES DE LULEMA,

RG nº 792.039, data de expedição 07/10/14,

Órgão SSDS/PB, CPF nº 296.579.004-34,

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 BR 230, SIM</u>
Número	<u>514</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>PETROPOLIS - FCO 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>EVANDROQUEIROCA.ADV@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

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

Jose Fernando de Lulema

Assinatura do Declarante

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70912866

REFERÊNCIA

MAI/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CARLOS IVANDRO RABELO DE QUEIROGA  
RUA MIGUEL ALVES DA SILVA, 28 - 1 ANDAR  
PETROPOLIS POMBAL PB 58840-600

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Outros	
112.004.365.0146.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
			LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NÚM DE DIAS | PROXIMA LEITURA  
10 09/06/2019

MTST. CONS./ANOR. LEIT.	QUANT. ÁGUA - M3	QUANT. ÁGUA - M3	QUANT. ÁGUA - M3	QUANT. ÁGUA - M3	QUANT. ÁGUA - M3
ABR/2019	10	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2019	10	TURBIDEZ	0	0	0
FEV/2019	10	FLUÍDO	0	0	0
JAN/2019	10	COL. TERMO	0	0	0
DEZ/2018	10	COR	0	0	0
NOV/2018	10	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIAÇÃO		DADOS REFERENTES A: MAR/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 10/05/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 08:52:30

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA -

10 M3

17,91

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: 8,51 PIS E CONFINS (LEI 12.741/12)

VENCIMENTO:

23/05/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 37 DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSIS DOS DEBITOS ATÉ 31/12/2018, NÃO ADIACENDO OS PARCELAMENTOS PRESENTES NAS FATURAS DE 2018.

**CAGEPA**

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

82680000000 0 37910010112 8 07091286601 2 05201976003 9



SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/08/2020 11:25:52

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082511255206500000032127565

Número do documento: 20082511255206500000032127565

Num. 33573376 - Pág. 21





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS  
CNPJ: 01.612.691/0001-47  
Demonstrativo de Pagamento de Salário  
Referente: 03/2019



Matrícula	Nome	CPF	PRONASIS	Emp. INTER	Dep. S. F.	Banco	Agência	Conta
0000579	CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA	030.823.674-29	170.68918.59.8	0	0	104	0732-3	00003149-5 - 037
Emprego/Societária								Data Admissão
00019	SEC. EDU. E. F. SÉRIE FINAL URB. FUNDEB/EST							01/04/2012
Unidade Trabalhadora								Regime
00019	SEC. EDUC. E. F. SÉRIE FINAL URBANA FUNDEB							EST
Cargos/Funções								Tempo de Serviço
0140	PROFESSOR B							07 ANOS
Nome do beneficiário do Bônus								Margem Consignável
								882,15
Código	Descrição	Ref	Limite	Vantagens	Descontos			
1001	VEICULOS	30		2.474,44				
1007	RENTAL ALUGA	30		572,50				
1011	GRAT. DE RESCISÃO A TITULAÇÃO 58	1		102,77				
1015	QUINQUENIO	30		152,77				
2100	IRRF	30			243,00			
2800	IRRF	30			41,53			
2904	SINCRONO	15			30,90			
Total de Vencimentos				3.273,82				
Total de Descontos					2.952,38			
Mensagem geral				321,44				
Valor Líquido a Receber					2.952,38			
Mensagem individual								
Assinatura								



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS  
CNPJ: 01.612.691/0001-47  
Demonstrativo de Pagamento de Salário  
Referente: 03/2019



Matrícula	Nome	CPF	PRONASIS	Emp. INTER	Dep. S. F.	Banco	Agência	Conta	Data Admissão	Regime	Tempo de Serviço	Margem Consignável
0000579	CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA	030.823.674-29	170.68918.59.8	0	0	104	0732-3	00003149-5	037	EST	07 anos	882,15
Emprego/Societária												
00019	SEC. EDUC. E. F. SÉRIE FINAL URB. FUNDEB/EST											
Unidade Trabalhadora												
00019	SEC. EDUC. E. F. SÉRIE FINAL URBANA FUNDEB											
Cargos/Funções												
0140	PROFESSOR B											
Nome do beneficiário do Bônus												
Código	Descrição	Ref.	Limite	Vantagens	Descontos							
1001	VEICULOS	30		2.474,44								
1007	RENTAL ALUGA	30		572,50								
1011	GRAT. DE RESCISÃO A TITULAÇÃO 58	1		102,77								
1015	QUINQUENIO	30		152,77								
2100	IRRF	30			243,00							
2800	IRRF	30			41,53							
2904	SINCRONO	15			30,90							
Total de Vencimentos				3.273,82								
Total de Descontos					2.952,38							
Mensagem geral				321,44								
Mensagem individual												
Assinatura												



**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).

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019

**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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu CARLOS EVARISTO 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		Número	Complemento
<u>RUA MIGUEL ALVES DA SILVA</u>		<u>28</u>	<u>1ª ANDAR</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>PETROPOLIS</u>	<u>POMBAL</u>	<u>PIS</u>	<u>58.840-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>GUANDUQUEIROGA.ADU@HOTMAIL.COM</u>		<u>83-2545-0670</u>	<u>83-98332-0080</u>

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

Carlos Evaristo Natália Queiroga  
Assinatura do Declarante

DLDRLOC1 V001/2017





# 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 Romário de Sousa Neto

CRM: 2070 UF: PB Nº: 112.550-00

Endereço: Av. Dr. José Romário de Sousa Neto

Cidade: POMBAL

1ª Via Farmácia  
2ª Via Paciente

Dr. José Romário de Sousa Neto  
CRM - 2070 - 112.550-00  
Assinatura do Médico

Paciente: Meiryane dos Santos Silva

Endereço: Rua Dr. José Romário de Sousa Neto

Prescrição: Ca. tel. xise 570 - B

em 40ml

Data: 07/12/18

Dr. José Romário de Sousa Neto  
CRM - 2070 - 112.550-00  
Assinatura do Médico

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura de Farmacêutico Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_







# Clínica de Fisioterapia e Academia de Musculação

Dr<sup>a</sup> Luciene Barbosa Damaceno

CREFITO 1 - 6579-6 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° 6579-6  
CPF 283.502 794-13

Luciene Barbosa Damaceno  
Fisioterapeuta





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA

SABEM - REC. EM 28 MAI 2019

Nome: Isai Ferrnando de Lucena \* Residência \*

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: Porticabon Data: 12/12/18

Anamnese: Paciente vítima de acidente automobilístico  
em 08/12/18, envolvendo carro do e de propriedade em  
percurso direto

Antecedentes Pessoais e Familiares:

Exame Físico:

em exame físico realizado em pronto socorro

Exames Complementares:

Diagnóstico:

fratura do braço direito do antebraço

Tratamento:

RFT

Código Médico - Sistema PD 3521.1514.07.004.0

Nº 12227

Isaias Fernandes  
CRM/PB 7834  
TEOT 14249

RESOLUÇÃO

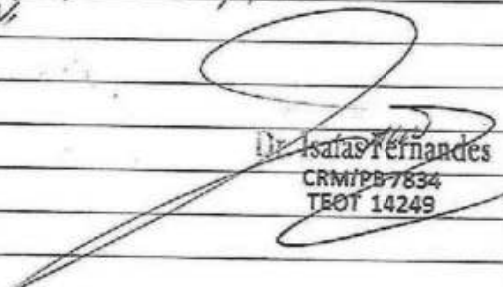




LEITO: 03

**FOLHA DE PRESCRIÇÃO**

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
12/12/18	<p>1) Dose prescrida</p> <p>2) Cefalofuro → 0,5g + 0,125g (2x), 6/6h</p> <p>3) Dipheno → 0,5g + 0,125g (2x), 6/6h</p> <p>4) folic 400 → 0,5g + 0,125g (2x) 12/12/18</p> <p>5) folic hospitalar até 17:00h</p> <p>6) CEEGTSN</p>	<p>10 16 22 04</p> <p>16 22 04</p> <p>16 04</p>
	<p></p> <p>Dr. Isaias Fernandes CRM/PB 7834 TEOT 14249</p>	







## EVOLUÇÃO

SABEMI - REC. EN 28 MAI 2019

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

Fernando  
M/M/PS 7834  
TEOT 142492



Hospital:

Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.

Nome do Paciente:

Sol Fernandes de Lucena

Nº Prontuário:

Data Operação:

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Tiago Fernandes

1º Auxiliar:

Diego Serey

2º Auxiliar:

João Afonso

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Alber

Tipo de Anestesia:

Sedação + local

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura do braço distal do rádio D

Tipo de Operação:

RFFI

Diagnóstico Pré-Operatório:

O novo

Relatório Imediato do Patologista:

Novo tumor

Exame Radiológico no ato:

Sim.

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

- 1) Reduzir com ORT no posicionamento e bloqueio local
- 2) Aplicar o anti-sepsis criterioso
- 3) Aplicar de curativos estéreis
- 4) Reduzir a fratura e fixar com 03 fios de Kirschner
- 5) Controle radiológico satisfatório
- 6) Fals. Luis Jernack

Dr. Ismael Fernandes  
CRM/PR 7834  
TEOT 14249

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Modelo Padrão - Versão PR 3021.1010 (12/10)



# Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



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 radio 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 não 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, conduzir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/odontista para quaisquer esclarecimentos necessários.

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 - Catalão do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





"Tudo posso naquele que me fortalece"

Caro meu amigo

---

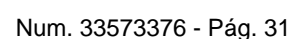
Paciente a pedido de  
Touma por favor @.  
Apresenta Gravidez de risco  
digital e acastelamento intra-  
uterino.

12/12/18

DATA

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.  
"Tudo posso naquele que me fortalece"



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.264.265 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/10/2013

NOME CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

FILIAÇÃO FRANCISCO BATISTA DE QUEIROGA MARIA ERVANIA DE QUEIROGA

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

DOC. ORIGINÁRIO CERT. CAS. Nº 11923 - LIV. B-32 - FLS. 243V - CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 030.623.674-29

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

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 DETENTOR

CARTeira DE IDENTIDADE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DENATRAN		DENATRAN	
DEFRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 014202708160 VLA 2018000054192-6 Cód. RENAVAM 2018000054192-6		Nº 014202708160 Cód. RENAVAM 2018000054192-6 Cód. RENAVAM 2018000054192-6	
JOSE FERNANDES DE LUCENA VLA 2018000054192-6 Cód. RENAVAM 2018000054192-6		JOSE FERNANDES DE LUCENA VLA 2018000054192-6 Cód. RENAVAM 2018000054192-6	
29157900434 PLACA AUT / UF NOVO PB		29157900434 PLACA AUT / UF NOVO PB	
9C2KD04209R046656 ESPECIE TIPO FAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		9C2KD04209R046656 ESPECIE TIPO FAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC	
HONDA/NXR150 BROS RS MARCA / MODELO CAP / POT / cil 2 P/149 / CI		HONDA/NXR150 BROS RS MARCA / MODELO CAP / POT / cil 2 P/149 / CI	
00/00/0000 VENC. CONTR. UNICA 00/00/0000		00/00/0000 VENC. CONTR. UNICA 00/00/0000	
03/12/2018 DATA DE PAGAMENTO 03/12/2018		03/12/2018 DATA DE PAGAMENTO 03/12/2018	
36633 POB/MAT.-PB LOCAL 0		36633 POB/MAT.-PB LOCAL 0	
14214 DATA 14214		14214 DATA 14214	

[illegible]



## 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) - OSTEOSÍNTESE 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) - OSTEOSÍNTESE 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.

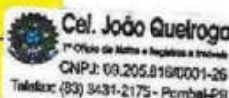
Outorgado: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA, brasileiro, casado, RG. 2.264.265 SSP/PB, CPF. 030.823.674-29, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 21.101, seccional da Paraíba, com endereço profissional na Rua Miguel Alves da Silva, 606, Petrópolis, Pombal – PB.

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 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

