

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do Enetro ou ASI: _____ CPF da vítima: **293.579.004-34** Nome completo da vítima: **JOSE FERNANDES DE LUCENA**

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

Nome completo: **JOSE FERNANDES DE LUCENA** CPF: **293.579.004-34**

Profissão: **APOSENTADO** Endereço: **RUA DO RIO 230** Número: **SIM** Complemento: **CASA**

Bairro: **PETROPOLIS-FUN PERUA** Cidade: **POMBAL** Estado: **PB** CEP: **58840-000**

E-mail: **EVANDROQUEIROGA.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).

RECEITA 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **00029268** 2

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/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 RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

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: Aposentado

CARTÃO DO SUS: 703 0018 6176 5171 RG/CNH: _____

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: João Pereira de Mendonça

ESTADO: CEP: 58870-000 CODIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 07/12/18

SINAIS VITAIS: _____

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

MEDICAÇÃO EM USO: _____

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

3

Paciente sofreu acidente de moto
causando fratura de costela
e fratura de fêmur e fratura
do punho direito.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: _____

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° Exame de corpo-contato da

2° fratura de fêmur e fratura

3° do punho direito.

4°

5°

6° Xilocaína

7°

8° Manomax 100

9°

10° Milofit 40+AD EV

11°

12° Depressant AD EV

13°

14° Colírio para os olhos

15°

16°

17°

18°

19°

20°

Dr. José Hermínio de Sousa Neto
CRM-PB - 2070 CBO - 312-050-001-E
Pombal - Paraíba

Israelyne Santos Bento
Técnica em Enfermagem
COREN-PB-03188 270

Thayse Cristine de Farias Nobrega
Enfermeira
COREN-PB 273.206

17.30

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Ho 17-20 de entrada Trezide pelo SAma. Última
acidente drubua Lante. Constante de 1200
m. - 1200m. 1200m. 1200m. 1200m. 1200m. 1200m.
a 1200m. 1200m. 1200m. 1200m. 1200m. 1200m.

ASS./COREN: Thayse Cristina de Farias Nobrega

CARACTERIZAÇÃO DO INTERDISCIPLINARISMO

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:

ENCAMINHAMENTO:

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

SERVICIOS 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

CU POLEGAR DIRETTO

Amore, Kordone di Crist. Romano

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 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 Bn 230, SIN</u> |
| Número | <u>514</u> |
| Apto/Complemento | <u>CASA</u> |
| Bairro | <u>PETROPOLIS - FLO PETEIRA</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



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

| |
|--|
| PARA CONTATO COM A CAGEPA, DIGITE ESTE NÚMERO |
| MATRÍCULA |
| 70912866 |
| REFERÊNCIA |
| 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 | Outro | |
| 112.004.365.0146.000 | 0001 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Hidrômetro | 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./ANDR. LEIT. E QUALID. ÁGUA - ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS. | | | | |
| ABR/2019 | 10 | PARÂMETROS EXIG. ANÁLIS. CONFORMES | | |
| MAR/2019 | 10 | TURBIDEZ | 0 | 0 |
| FEV/2019 | 20 | FLUÍDO | 0 | 0 |
| JAN/2019 | 10 | COL. TERMOT | 0 | 0 |
| DEZ/2018 | 10 | COR | 0 | 0 |
| NOV/2018 | 10 | COL. TOTAIS | 0 | 0 |
| MÉDIA(M) | | | | |
| DADOS REFERENTES A: MAR/2019 | | | | |

| | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------|-------------|
| DATA DA IMPRESSÃO: 10/05/2019 | | HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:20 | |
| DESCRIÇÃO | | CONSUMO | TOTAL (R\$) |
| ÁGUA | | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE (R\$) | | | |
| CONSUMO DE ÁGUA - | | | |
| ESGOTO | | 10 M3 | 27,91 |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,57 PIS E COFINS: R\$ 12,241712

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. 3º DA LEI 12.807/2008, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA DE FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSAIS DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2018, NÃO ABRANGENDO OS PARCELEMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

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

52680000000 0 37910010112 8 07091286601 2 05201970003 9





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

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PUNHO DIREITO

RELATÓRIO:

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

Fratura no rádio distal e do processo estilóide da ulna.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dr. Felipe Amaral CRM 45799-MG |
Médico-radiologista RQE 36420-MG CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 21/01/2019 10:29:33 GMT -3 (Brasília Time)

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



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



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
000007310

Emissão
03/01/2019 10:25:30

Autenticidade
9310N33APP23A31A909N



PRESTADOR DE SERVIÇO

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

TOMADOR DE SERVIÇO

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: POMBA - PB, CEP: 56840000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A DESPESAS HOSPITALARES DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ORTOPEDIA DO MESMO.

ITEM 116/ATIVIDADE ECONÔMICA:

0 / 0801044 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMEN
LOCAL DA PRESTAÇÃO: SOUSA/PB
TIPO DE RECOLHIMENTO: A RECOLHER
TRIBUTAÇÃO: Tributável

| | | | | | |
|------------------|--------|---------|------|------------------|--------|
| VALOR NOTA: | 400,00 | COFINS: | 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 | | |

OUTRAS INFORMAÇÕES

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica (NFS-e). Lei:033/2002 - Decreto: 109/2010
Competência:
<http://contribuinte.sousa.pb.gov.br>

004/031/03/2012



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
000004602

Emissão
12/12/2018 14:30:03

Autenticidade
22289TE1033910511E2I



PRESTADOR DE SERVIÇO

CNPJ: 02.093.155/0001-45 Insc. Municipal: 6452 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 96615-2271
Endereço: RUA: JOÃO PEREIRA DE MENDONÇA, 40, , PSTADPOLIS, Município/UF: POBAL - PB, CEP: 58200040

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A EXAME DE RAO X DO PUNHO DIREITO.

ITEM 116/ATIVIDADE ECONOMICA:

/ 0801C30 - 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 | COTISS: | 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:029/2002 Decreto: 139/2010
Competência: OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
<http://contribuinte.sousa.pb.gov.br>

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: 7070 UF: PB Nº: 132.550.654-77

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

Cidade: POMBAL

Dr. José Hermínio de Sousa Neto
CRM: 7070 - UF: PB - Nº: 132.550.654-77
Assinatura: [assinatura]
CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: Requena, L. Luana

Endereço: Rua Princesa Isabel

Prescrição: Ca. tel. xise 570 - B

400ml

Data: 07/12/18

Dr. José Hermínio de Sousa Neto
CRM: 7070 - UF: PB - Nº: 132.550.654-77
Assinatura: [assinatura]
Assinatura: [assinatura]

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico: _____ Data: ____/____/____

GOVERNO
DA PARAIBA

Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"
Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB

Nome:

Presença de lesão

Revis

Processo 500 - 2
1200 gic

101

Verificação 1108 - 02
2117 gic

Data:

09/12/18

Dr. José Hamilton de Sousa Neto
CRM-PB 20000-132.650.004-5
Georgina Gonal

Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DO ESTADO DA PARAIBA

Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente:

João Fernando de Lima

Encomenda muito

Quanto o número de

Tramite com número 10

Alguns pontos de vista
distal e acromioclavicular
intervenções.

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"



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu CARLOS EVANDRO TRIBEIRO QUEIROGA inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.823.674-1 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE FERNANDES DE LUCENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 293.579.004/34 do sinistro de DPVAT cobertura DESpesas Médicas da Vítima JOSE FERNANDES DE LUCENA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 293.579.004/34, 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>Sº 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>83-98132-0080</u> |

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

Carlos Evandro TrIBEIRO Queiroga
Assinatura do Declarante



CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *not. punho*

Nome: *Isai Ferrnando de Lucena* * *Respostas* *
Sexo: *masculino* Data de Nascimento: *02/02/52*
Endereço: *R. São Ferrnando de Mendonça, n.º 40, Bomhol - PB*
Fone: *99603-7777* Médico: *Dr. Tiago*
Convênio: *Porticelba* Data: *12/12/13*

Anamnese: *Paciente vítima de acidente automobilístico em 06/12/13, resultando em lesões e deformidade em membros direito*

Antecedentes Pessoais e Familiares:

Exame Físico:

DM, membros superiores funcionais em membros D

Exames Complementares:

Diagnóstico:

Lesão do lig. distal do cotovelo D

Tratamento:

RFT

Nº 12227

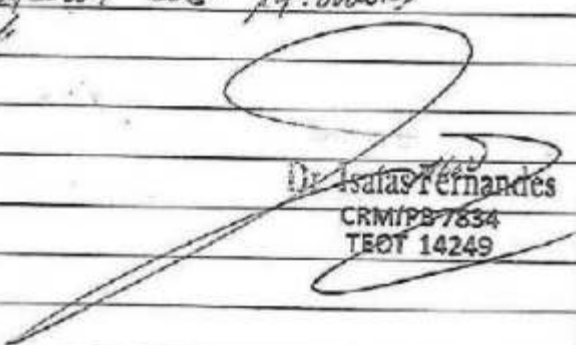
Isaias Fernandes
CRM/PB 7834
TEOT 14249
RESOLUÇÃO



NOME: João Fernando de Lucena

LEITO: 03

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA | OBSERVAÇÕES |
|----------|---|-------------|
| 12/12/18 | 1) Dita procrip | |
| | 2) Cefalaxina → 500mg + 100 (v) 6/6h | 10 10 22 04 |
| | 3) Dipheno → 500mg + 100 (v) 6/6h | 10 22 04 |
| | 4) Analg 400 → 500mg + 100 (v) 12/12h | 10 04 |
| | 5) Alta hospitalar às 17:00h | |
| | 6) CECOTSA | |
| |  | |
| | Dr. Isaias Fernandes CRM/PS 7834 TEOT 14249 | |



CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

EVOLUÇÃO

Name:

| DATA | HORA | |
|----------|------|--|
| 12/12/18 | | <p>HD: Fratura do tpo distal do radio ①</p> <p>paciente submetido a tratamento cirurgico, sem internamentos.</p> <p>cd. ① A SRPA</p> <p>② pto. prescricao antibiotica, segun p/ exames</p> <p>③ Alk após 17:00hs</p> |

Hospital:

Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.

Nome do Paciente:

Joel Fernandes de Lucena

Nº Prontuário:

Data Operação:

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Ficco Fernandes

1º Auxiliar:

Dra. Sereia

2º Auxiliar:

João Fernandes

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Alber

Tipo de Anestesia:

Sedação + local

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura do braço distal do rádio (D)

Tipo de Operação:

DFI

Diagnóstico Pré-Operatório:

O woun

Relatório Imediato do Patologista:

New bone

Exame Radiológico no ato:

Sim.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

- ① Reduzir eu odt no sedação e bloqueio local
- ② Anestesia e anti-sepsis cutânea
- ③ Aplicação de curativo estéril
- ④ Redução fechada de fratura e fixação com 03 fios de Kirschner
- ⑤ Controle radiográfico imediato
- ⑥ Fala com paciente

Dr. Isaias Fernandes

CRM 7834

TEOT 14249

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Gratuito (Reserva) - Tabela/PB 2020 1013 (12/1/20)



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/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.



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 Hemínio de Sousa Neto

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

CRM: 2070 Nº 10

Endereço: Rua Senador Rui Carneiro

Cidade: POMBAL

Dr. José Hemínio de Sousa Neto
CRM: 2070 - 10
CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: Francisco de Souza

Endereço: Rua Senador Rui Carneiro

Prescrição: 100mg de 500 - 3

Data: 07/12/18

Dr. José Hemínio de Sousa Neto
CRM: 2070 - 10
Ass. Jurídica - Advocacia Geral

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____



Superando limites

Clínica de Fisioterapia e Academia de Musculação

Dr^a Luciene Barbosa Damaceno

CREFITO 1 - 6579-5 F

(83) 3431-2299

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

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

05 de fevereiro de 2019

06 de fevereiro de 2019

08 de fevereiro de 2019

11 de fevereiro de 2019

13 de fevereiro de 2019

15 de fevereiro de 2019.

Pombal, 13 de maio de 2019

Luciene Barbosa Damaceno
Fisioterapeuta
CREFITO-1 N° 6579 F
CPF 288.932 754.33

Luciene Barbosa Damaceno
Fisioterapeuta

CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

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

ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Selo Digital de Autenticação Tipo Normal: C=AN/2-41-PXD
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 2,87 FAPEN R\$ 0,29 FERJ 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-85 - FLS. 130 - CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 251.579.004-34

Lei Nº 7.115 DE 29/05/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

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

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 723 0701 - Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 723 0702

ADONATUBA AUTOMÁTICA

734

Este cartão é baseado e instantâneo

Atendimento: 24 horas (08h às 22h) - Cartão válido em todos os pontos de atendimento

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

CAIXA

POUPANÇA

6277 8013 6867 0349

JOSE FERNANDES DE LUCENA

0732 013 00029268-2 10/21

elo

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME
CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

FILIAÇÃO
FRANCISCO BATISTA DE QUEIROGA
MARIA ERYANIA DE QUEIROGA

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

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

CPF
030.823.674-29

ASSINATURA DO DIRETOR

LE Nº 7.116 DE 29/08/83

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

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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 |
| Total da Análise Atual | | | 2250,00 | 1645,41 |

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 |
| Total da Análise Atual | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2250,00 | 1645,41 | 1645,41 |

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



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 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

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

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





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: *Micael de Sousa Lacerda*
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 18069378B01



Para maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



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



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da 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, Protocolo 18069378B01, Polícia Rodoviária Federal, em 07/05/2018, conforme registro oficial no Brasil, com fundamento no § 5º da Lei 10 de Mediação Provisória nº 5300-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º da Lei 10.950, de 1º de outubro de 2004, e no art. 10 da Instrução Normativa nº 81, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade desta assinatura pode ser conferida no sítio www.prf.gov.br/novobat/validacao, informando o protocolo 18069378B01 e o número de controle 35427212729798142511016050877.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378801

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 07/12/2018 Hora: 16:10 Município: POMBA/PB
BR: 230 KM: 405,8 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: J. RAPOSO, 1969828

ASPECTOS DO LOCAL

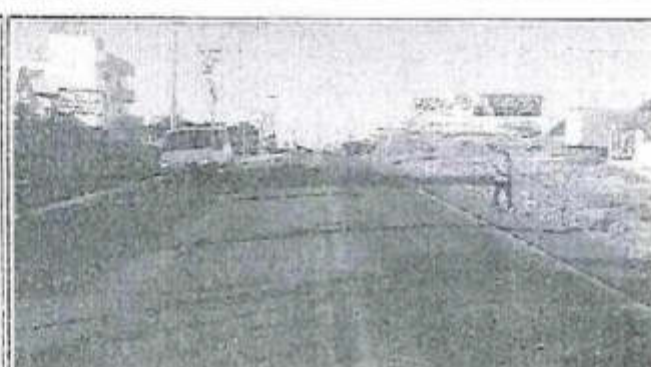
Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Ativa
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

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

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 07/12/2018, por volta das 16h10, no km 405,8 da BR-230, em Pombal-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão lateral seguido de queda de ocupante de veículo, com vítima (1 lesionada). Os veículos envolvidos foram: a motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES (V1); e o ônibus SCANIA/K113 CL (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava no acostamento do sentido São Bentinho-PB / Aparecida-PB, quando deparou-se com um caminhão parado no acostamento a sua frente, deslocou-se para a sua esquerda invadindo faixa de rolamento sentido crescente (São Bentinho-PB / Aparecida-PB) e colidiu lateralmente com V2 que transitava na mesma faixa e no mesmo sentido naquele momento. A colisão ocorreu na faixa de trânsito do sentido São Bentinho-PB / Aparecida-PB, conforme constatação de pequenos fragmentos desprendidos dos veículos. Com o impacto, V1 imobilizou-se no acostamento do sentido São Bentinho-PB / Aparecida-PB e V2 imobilizou-se em cima da pista de rolamento no sentido Aparecida-PB / São Bentinho-PB sob seus pneus. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a invasão da faixa de sentido São Bentinho-PB / Aparecida-PB, ação essa realizada por V1. Observações: O local do acidente estava preservado. A velocidade regulamentar para o trecho era de 30 km/h. A sinalização 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, número 1969828, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme registro oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.531, de 6 de outubro de 2016 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DC, de 1º de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site www.prf.gov.br/convocadigital inserindo o protocolo 18069378801 e o número da chave 859370067077594A12F9C169200F.

191



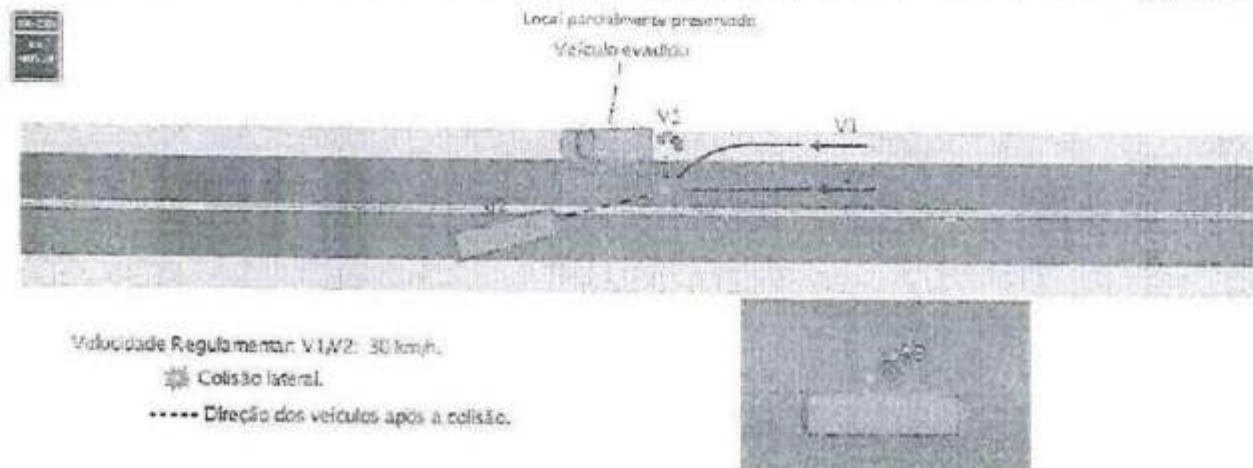
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



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



← AMARECIDA

SÃO BENTINHO →

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 | Comparcimento |
|---------------|-------------|---------------|
|---------------|-------------|---------------|



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1959925, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme registro oficial da Brasília, com funcionamento no 8º 2º ao art. 10 da Medida Provisória nº 2.204-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto nº 6.538, de 8 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso IV do art. 5º da Instrução Normativa nº 51-DG, de 10 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/novoportal/autenticar>, informando o protocolo 18069372B01 e o número da certificação 558870567017740F4A13F6C15620CFF.

191

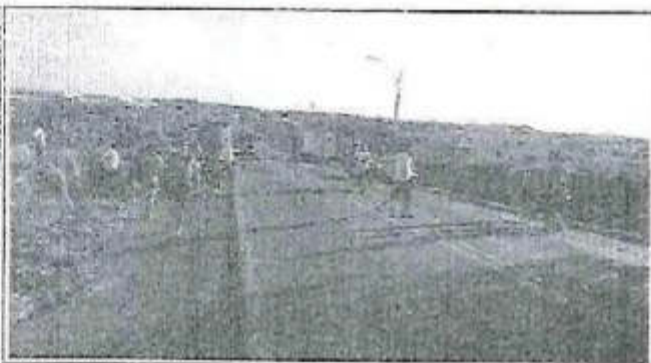


MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 15069378B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - NPX3090 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

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

Renavam: 00176032150

Ano fabricação: 2009 Chassi: 9C2KD04209R048659

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 Repetição: Outro

Informações complementares: Motocicleta entregue à Joaquim Fernandes da Silva Neto, CPF: 082.752.694-57, sobrinho do condutor.



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, número 1596620, 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 6.321, de 8 de outubro de 2015 e na alínea c do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-CG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/novobrasilautenticar>, informando o protocolo 10020278001 e o número de controle 856703270775M4613F0216620UFF.

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 (tríciclos) | | | X | |

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1969628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conformeionato nº 101 de Brasília, 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 8.591, de 6 de outubro de 2015 e no art. 5º da Instrução Normativa nº 100, de 19 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.legisbrasil.gov.br/legis/autenticar>, inserindo o protocolo 18069378B01 e o número de controle 2018/07/07/PRF/12/18/01-1820000.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 1806378B01



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 MENDONCA, 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 Receptor: 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 199926, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme Tabela 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 61 DG, de 18 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobrasilufpr.br>, informando o protocolo 1806378B01 e o número de controle 85887C3E7D7769FA1676C1682C0FF.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Não



Documento assinado eletronicamente por J. RARCOB, matrícula 1999228, Polícia Rodoviária Federal, em 27/12/2018, conforme notificação oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV da Lei Nº 12.796, de 4 de novembro de 2013.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site brasil.gov.br/acesso/autenticar, informando o protocolo 18069378B01 e o número de controle 85807C3E7D7708F4A13F6C18E9C00FF.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 13069378B01

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

Veículo: V2 / SCANIA/K113 CL

Placa: HVN6071

Nº BOAT: 18069378B01

Nome do Agente: J. RAPOSO

Matrícula do Agente: 1969628

Data: 07/12/2018

| Item | Descrição do Item | Valor | Item danificado no acidente | | |
|------|---|-------|-----------------------------|-----|----|
| | | | Sim | Não | NA |
| 1 | Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão. | M | X | | |
| 2 | Avaria em qualquer um dos eixos | M | X | | |
| 3 | Dano em qualquer componente do Sistema de freios. | M | X | | |
| 4 | Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da 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 | | |
| 14 | Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas). | M | X | | |
| 15 | Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi | M | X | | |
| 16 | Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi | M | X | | |
| 17 | Região da carroçaria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi. | M | X | | |
| 18 | Região do chassis termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi. | G | X | | |

Dano de Montagem: Pequena



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1969628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme protocolo oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 13 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 5 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 31-OG, 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 13069378B01 e o número de controle 308870367077694413F6C1652G0FF.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 180869378801



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 1256628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/10/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Med. da Previdência Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 6.503, de 6 de outubro de 2015 e na Resolução de Início V do art. 2º da Instrução Normativa Nº 91-00, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.arp.gov.br/validacao/autenticar>, informando o protocolo 180869378801 e o número da unidade 95867055727785F4A13F8D1862C0FF.

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: 706.160.784-85
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - RODOLFO CARLOS GUABERTO

V2C - Informações

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

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

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD
UF: PB
Observações CNH: 15

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

Nº Registro: 05166185633
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

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

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

V2C - Dados do Contato

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

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



Documento assinado eletronicamente por J. R. ROSO, matrícula 1966626 - Polícia Rodoviária Federal, em 07/02/2019, conforme háncia emitida pelo Siss/PR, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.300-02, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º da Lei nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alteração do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 15 de novembro de 2010.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/validacao/autenticar>, informando o protocolo 19069378801 e o número de controle 85867C3E707786F6A13F6C1662C0FF.

191