

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.193,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO CARLOS BEZERRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05873-4

CONTA: 000000561829-0

Nr. Autenticação

BRADESCO150120200500000000023705873000000561829219375 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190708058

Cidade: Upanema

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO CARLOS BEZERRA

Data do acidente: 10/08/2019

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fraturas do 5º, 6º, 7º, 8º e 9º arcos costais à esquerda. Fratura alinhada da tuberosidade maior do úmero esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico vítima com deformidade e sinais de dor inspiratória dependente em hemitórax esquerdo. Redução leve dos movimentos de rotação interna e da elevação do ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com imobilização com tipoia por 30 dias, evoluindo sem complicações com alta médica, refere ter realizado fisioterapia motora.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de estruturas torácicas, Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

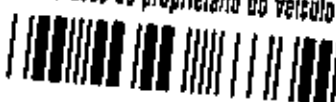
Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Antonio Francisco De Oliveira Filho
RG nº 002-585-228, data de expedição 07/11/2014
Órgão ITEP, portador do CPF nº 073.836.594-73
com domicílio na cidade de Campo Grande, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Paulina Clara De Brito, nº 115
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Antonio Carlos Bezerra, cujo o condutor era
Antonio Carlos Bezerra
Veículo: moto Modelo: Bmw Ano: 2004
Placa: HU/B - 1156 Chassi: 92KA02304R012048
Data do Acidente: 10/08/2019

Declaração do proprietário do veículo



Local e Data: Campo Grande - RN, 25/11/2019

Antonio Francisco De Oliveira Filho
Assinatura do Declarante

Antonio Carlos Bezerra

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Campo Grande Centro Único de Notas
Rua Padre Pinto, 117, Centro, CEP nº 55080-000
3352-2319

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO
ANTONIO CARLOS BEZERRA

Selo Digital: RN20190084080000333492N

Confirme autenticidade em <http://selodigital.ine.gov.br>

Campo Grande RN, 25 de Novembro de 2019 - 10:38

AA309837

Marta Milena Freitas
Tabelão Substituta



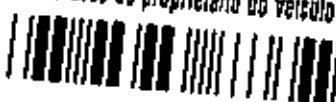
Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Antonio Francisco De Oliveira Filho
RG nº 002-585-228, data de expedição 07/11/2014
Órgão ITEP, portador do CPF nº 073.836.594-73
com domicílio na cidade de Campo Grande, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Paulina Clara De Brito, nº 115
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Antonio Carlos Bezerra, cujo o condutor era
Antonio Carlos Bezerra
Veículo: moto Modelo: Bmw Ano: 2004
Placa: HU/B - 1156 Chassi: 92KA02304R012048
Data do Acidente: 10/08/2019

Declaração do proprietário do veículo



Local e Data: Campo Grande - RN, 25/11/2019

Antonio Francisco De Oliveira Filho
Assinatura do Declarante

Antonio Carlos Bezerra

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Campo Grande Centro Único de Notas
Rua Padre Pinto, 117, Centro, CEP nº 55080-000
3352-2319

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO
ANTONIO CARLOS BEZERRA

Selo Digital: RN20190084080000333492N

Confirme autenticidade em <http://selodigital.ine.gov.br>
Campo Grande RN, 25 de Novembro de 2019 - 10:38

AA309837

Marta Mariana Freitas
Tabela Substituta 2019





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
RUA JOÃO FRANCISCO, 90, CENTRO
CNPJ (MF) 08.085.771/0001-30



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE RAIMUNDO NONATO CÂNDIDO

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME Antonio Carlos Bezerra REG. 464.974
D. NASC. 12 01 1960 COR B SEXO M EST. CIVIL _____
NATURALIDADE Campo Grande PROFISSÃO _____
END. Joaquim Alexandre de Albuquerque CIDADE Campo Grande
DATA ATENDIMENTO 30 08 19 HORA ATENDIMENTO 19:20
ATEND. 1ª VEZ ☐ RESP. PREENCHIMENTO Marjorie
SUBSEQUENTE ☐
TA _____ mmHg PULSO _____ RESPIRAÇÃO _____ TE _____ PESO _____

HISTÓRICO CLÍNICO

Trauma Abdominal há 30 min.
Paciente consciente, orientado, Eupneico.
Tórax livre, Abdome sem alterações.
Sat: 98% - AA, FC: 95, Queixa de dores

ENFERMEIRO - CARIMBO

CONDUTA

- Voltaren 2 amp IV
- Difenidramina - 1 amp + ABD IV

Documentação médica - hospitalar



DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL ()

INTER. NO SERV. DE

ALTA POR ORDEM MÉDICA ()

A PEDIDO ()

A REVELIA ()

DATA

REMOVIDO 1 Mon

HORA 08:00 PARA HTM

ÓBITO 1 1 1

HORA

DR. JOSÉ CARLOS
MÉDICO - CARIMBO



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 58019 /2019

Admissão: 10/08/2019 20:51:33

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 46821 - ANTONIO CARLOS BEZERRA (42 a 8 m 2 d)

Nascimento: 08/12/1976 Natural: CAMPO GRANDE, BRASIL

CNS: 700303937889037 CPF: 01221962442

Mãe: FRANCISCA BEZERRA DOS SANTOS CAVALCANTE Pai: ANTONIO BEZERRA CAVALCANTE

Logradouro: JOAQUIM ALEXANDRE DE NOBREGA, 25

CEP: 59680000 Bairro: ALTO DE SANTANA

Telefone: 84.89588536

Compl:

Sexo: M Cor: PARDA

Prof:

Cidade: CAMPO GRANDE

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: DR JOSÉ CARLOS CRM 9914/JUPANEMA

Classificação:

10/08/2019 20:46:54

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
21:10	170x80		98%	25%	15	99		15	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ACIDENTE DE MOTO/ESCORIAÇÕES PELO CORPO, DOR NO MSE E REGIÃO LOMBAR.

Hora: 21:10

Paciente vítima de colisão moto - animal/furto às 18h30min. Levado a Hospital da cidade de Ubatuba, e depois encaminhado ao HRTM com uso de protocolo do ATLS.

A - Vias aéreas livres, sem alterações
B - MV+ bilaterais simétricos e difusos
C - Hemodinamicamente estável sem sangramento ativo

D - HERNIAÇÃO, lesões visíveis do tornozelo e escoriações na região esquerda e joelho esquerdo. Lesão funcional de membro superior (D)

Diagn. Inicial: *lesões múltiplas*

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

1) Soluções Rx de tornozelo e joelho			
2) Analgesia da articulação			
3) Oxi			
4) JA PR USU DE Dica e veli			
5) T. p. e MSE			

SAÍDA: ☒ Decisão médica ☐ Transfêrência ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: / /19. Hr:

Médico:

(Assinar e

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 10 de Agosto de 2019.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORG
SANEAMENTO 18/08/2019

Exame Geral 22h

Resumo: RX de tórax com sinais de hemo ou pneumotórax,
com lesões alveolares no 6º, 7º e 8º costelas @
diagnóstico: Alta do cirurgia com orientações e receitor.

Dr. Guilherme Almeida
Cirurgião Geralista
CRM/RN 8277

Ortopedia

Refe. de escápula com dor

CD: Imobilização

Ortopedia
Alta de
Dr. João Manoel de Oliveira
CRM/RN 8277

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ATA CONFORME O ORIGINAL
Cidade Mossoró 18/11/2019
BIM
BAME / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Antonio Carlos
Beyrão
foi examinado nesta Unidade às 22h00m horas, necessitando
de 15 dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data. 10/08/2019 CD 10 S22.3

LOCALIDADE E DATA

Dr. Gustavo B. Almeida
Clínico do Vascular
CRM RN 6827

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidade previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificatividade de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - MTB 149 RJ

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS
MEDICINA DO TRABALHO

ANTONIO Carlos Bezerra

Soluções: 20 sessões
de Fisioterapia
O/ tratamento
de Sequelas que estão
se instalando devido
a fraturas de 4 Arcos
costais à esquerda
+ Bursite Calcânea do
ombro esquerdo.

11.10.19 - *allum*

CD, 522.4

Fco. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1160/RN - MTB 149/RJ

POLICLÍNICA MÉDICA DE MOSSORÓ

Segunda e Quarta - Manhã

Rua João Pessoa, 68 - Centro

Fone (84) 3321 6121

CLÍNICA OTÁVIA ROSADO

Terça, Quinta e Sexta - Manhã

Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro

Fones (84) 3317 3636 | 99411 2500

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - MTB 149 RJ
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS
MEDICINA DO TRABALHO

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente ANTONIO CARLOS BEZERRA
42 ANOS de idade, SOLDADOR

Foi examinado nesta unidade às 7:00 horas, necessitando
de 40 (QUARENTA) dias de afastamento do trabalho,
a partir desta data. C.I.D.: S22.4 + M75.5

Acidentado em 10.08.2019

Fratura de 4 costelas + Bursite calcânea

Mossoró/RN, 11 de outubro de 2019 de ombro
a ESQ.

Solicitado: 20 ss de Fisioterapia
e retirar a
IMOBILIZAÇÃO c/
15 dias

Fco. William Carvalho Ferreira
CRM 1160/RN - ORTOPEDIA
MEDICINA DO TRABALHO - MTB 149 RJ

NOTA: 15 dias

Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do
RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14.03.67 e será expedido para
justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

POLICLÍNICA MÉDICA
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone: (84) 3321 8121

CLÍNICA OITAVA ROSADO
Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro
Fone: (84) 3317 3636 / 9411-2500



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ATESTADO MÉDICO AO INSS

Paciente Uteirna de quindor de
idade em 30/08/2019, apresentando
fratura de vários costais. No curso da
de afastamento das suas atividades,
tempo sugerido por 45 dias.

ERD-522-3

Messias/RN

30/08/2019

Dr. GILBERTO LIMA
CRM 100.000
CRM 100.000



Rua Juvenal Lamartine, 119 - Mossoró RN
Telefone: (0xx84) 3315-6900

Nome: Antonio Carlos Bezerra, 42 anos

Data: 11/10/2019

Solicitante: Não especificado

Convênio: INFINITY CARD

LAUDO

RX DO OMBRO ESQUERDO

Fratura alinhada na tuberosidade maior do úmero.

RX DO TÓRAX

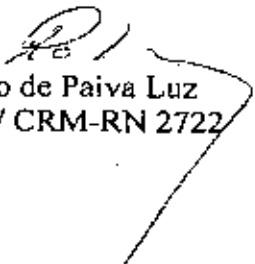
Pulmões transparentes com desenho vascular normal.

Seios costofrênicos livres.

Mediastino anatômico.

Coração de volume e configuração normais.

Fraturas da 5ª, 6ª, 7ª, 8ª e 9ª costelas esquerda.


Dr. Roberto Antonio de Paiva Luz
Médico Radiologista / CRM-RN 2722

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - MTB 149 RJ

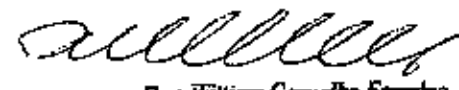
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS

MEDICINA DO TRABALHO

Antonio Carlos Bezerra
250 Orf

MAXSULID 400mg - 2x
Tomar um
comp. 8h e
cefe da manhã
200 Orf

Mioflex A ——— 1x
Tomar um grão
a noite.

Em 02/09/19 
Dr. Francisco William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1160 RJ - MTB 149 RJ

POLICLÍNICA MÉDICA DE MOSSORÓ

Segunda e Quarta - Manhã

Rua João Pessoa, 68 - Centro

Fone (84) 3321 6121

CLÍNICA OITAVA ROSADO

Terça, Quinta e Sexta - Manhã

Rua Juvenal Camarinho, 119 - Centro

Fones (84) 3317 3636 | 99411 2500

DR WILLIAM CARVALHO FERREIRA

CRM 1150-MTB149 RJ

ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS

MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MEDICO

O paciente ANTONIO CARLOS
Bezerra, 42 anos de idade, Solda
dor, CPF: 012.219.624-42.

Historico: Em 10 de
Agosto do presente ano sofreu
acidente de TRANSITO com Mo-
torista trauma de grande IMPACTO
NO Hemitorax esquerdo e ombro
homologo. Acidente em UPA 2 MTB
levado ao Hospital de LA e imobiliza-
ção com Tala e Placa e imobiliza-
ção com Tala e Placa.

DIAGNOSTICO: FRATURA NA TUBER-
ROSIDADE MAIOR DO UMBILICO
além de FRATURAS COMPLEXAS
NO 5º, 6º, 7º, 8º e 9º ARCOS COSTAIS
do Hemitorax esquerdo.

PROCEDIMENTO: TRATAMENTO
CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO
MEDICACAO + VISTAS FISIOTERAPIA
SEQUELHAS

a) DOR moderada respiração diminuída e expressiva
b) Perda de 40% da capacidade funcional

Políclínica Médica
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321-6121
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clinica Oitava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro
Fone (84) 3317-3636
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min
3ª e 5ª Todas as manha

Mossoro 18 de novembro de 2019

(Assinatura)

Dr. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
RUA JOÃO FRANCISCO, 90, CENTRO
CNPJ (MF) 08.085.771/0001-30



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE RAIMUNDO NONATO CÂNDIDO

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME Antonio Carlos Bezerra REG. 464.974
D. NASC. 12 01 1960 COR B SEXO M EST. CIVIL
NATURALIDADE Campo Grande PROFISSÃO
END. Joaquim Alexandre de Albuquerque CIDADE Campo Grande
DATA ATENDIMENTO 30 08 19 HORA ATENDIMENTO 19:20
ATEND. 1ª VEZ ☐ RESP. PREENCHIMENTO Marjorie
SUBSEQUENTE ☐
TA mmHg PULSO RESPIRAÇÃO TE PESO

HISTÓRICO CLÍNICO

Trauma Abdominal há 30 min.
Paciente consciente, orientado, Expansivo.
Tórax livre, Abdome sem alterações.
Sat: 98% AA, FC: 95, Queixa de dores

ENFERMEIRO - CARIMBO

CONDUTA

- Voltaren 2 amp IV
- Difenidramina - 1 amp + ABD IV

Documentação médica - hospitalar



DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL ()

INTER. NO SERV. DE

ALTA POR ORDEM MÉDICA ()

A PEDIDO ()

A REVELIA ()

DATA

REMOVIDO 1 Mon

HORA 08:00

PARA HTP

ÓBITO / / /

HORA

DR. JOSÉ CARLOS
MÉDICO - CARIMBO



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 58019 /2019

Admissão: 10/08/2019 20:51:33

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 46821 - ANTONIO CARLOS BEZERRA (42 a 8 m 2 d)

Nascimento: 08/12/1976 Natural: CAMPO GRANDE, BRASIL

CNS: 700303937889037 CPF: 01221962442

Mãe: FRANCISCA BEZERRA DOS SANTOS CAVALCANTE Pai: ANTONIO BEZERRA CAVALCANTE

Logradouro: JOAQUIM ALEXANDRE DE NOBREGA, 25

CEP: 59680000 Bairro: ALTO DE SANTANA

Telefone: 84.89588536

Compl:

Sexo: M Cor: PARDA

Prof:

Cidade: CAMPO GRANDE

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: DR JOSÉ CARLOS CRM 9914/UPANEMA

Classificação:

10/08/2019 20:46:54

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
21:10	170x80		98%	25%	15	99		15	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ACIDENTE DE MOTO/ESCORIAÇÕES PELO CORPO, DOR NO MSE E REGIÃO LOMBAR.

Hora: 21:10

Paciente vítima de colisão moto - animal/furto às 18h30min. Levado a Hospital da cidade de Ubatuba, e depois encaminhado ao HRTM com uso de protocolo do ATLS.

A - Vias aéreas livres, sem alterações

B - MV+ bilaterais simétricos e difusos

C - Hemodinamicamente estável sem sangramento ativo

D - HERNIAÇÃO, lesões visíveis do tronco

E - escoriações na região esquerda e joelho esquerdo - lesões superficiais e profundas.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

1) Soluções Rx de tórax AB, de ombros

2) Análises de urina

3) O2 em

4) JA PR USU O2 Dose e veli

5) T.P.C. MSE

6) T.P.C. MSE

SAÍDA: () Decisão médica () Transfêrência () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: / /19. Hr:

Médico:

(Assinar e

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 10 de Agosto de 2019.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME HOSCORO 18/08/2019

B.L.W.

Exame Geral 22h

Resumo: RX de tórax com sinais de hemo ou pneumotórax,
com lesões alveolares no 6º, 7º e 8º costelas @
diagnóstico: Alta do cirurgia com orientações e receitor.

Dr. Guilherme Almeida
Cirurgião Geralista
CRM/RN 8277

Ortopedia

Ra fr de escápula sem dano

CD: Imobilização

Ortopedista
Alta de
Dr. João Manoel de Oliveira
CRM/RN 8277

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ATA CONFORME O ORIGINAL
Cidade Mossoró 18/11/2019
BIM
BAME / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Antonio Carlos
Beyrão
foi examinado nesta Unidade às 22h00m horas, necessitando
de 15 dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data. 10/08/2019 CD 10 S22.3

LOCALIDADE E DATA

Dr. Gustavo B. Almeida
Clínico do Vascular
CRM RN 6827

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidade previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificatividade de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - MTB 149 RJ

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS
MEDICINA DO TRABALHO

ANTONIO Carlos Bezerra

Soluções: 20 sessões
de Fisioterapia
O/ tratamento
de Sequelas que estão
se instalando devido
a fraturas de 4 Arcos
costais à esquerda
+ Bursite Calcânea do
ombro esquerdo.

11.10.19 - *William*

CD, 522.4

Fco. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1160/RN - MTB 149/RJ

POLICLÍNICA MÉDICA DE MOSSORÓ

Segunda e Quarta - Manhã

Rua João Pessoa, 68 - Centro

Fone (84) 3321 6121

CLÍNICA OTÁVIA ROSADO

Terça, Quinta e Sexta - Manhã

Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro

Fones (84) 3317 3636 | 99411 2500

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - MTB 149 RJ
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS
MEDICINA DO TRABALHO

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente ANTONIO CARLOS BEZERRA
42 ANOS de idade, SOLDADOR

Foi examinado nesta unidade às 7:00 horas, necessitando
de 40 (QUARENTA) dias de afastamento do trabalho,
a partir desta data. C.I.D.: S22.4 + M75.5

Acidentado em 10.08.2019
Fratura de 4 costelas + Bursite calcânea
Mossoró/RN, 11 de OUTUBRO de 2019 de ombro
a ESQ.

Solicitado: 20 ss de Fisioterapia
e retirar a
IMOBILIZAÇÃO c/
15 dias

Fco. William Carvalho Ferreira
CRM 1160/RN - ORTOPEDIA
MEDICINA DO TRABALHO - MTB 149 RJ

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do
RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14.03.67 e será expedido para
justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

POLICLÍNICA MÉDICA
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone: (84) 3321 8121

CLÍNICA OITAVA ROSADO
Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro
Fone: (84) 3317 3636 / 9411-2500



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ATESTADO MÉDICO AO INSS

Paciente Uteirna de quindor de
idade em 20/08/2019, apresentando
fratura de vários costais. No curso da
de afastamento das suas atividades,
tempo sugerido por 45 dias.

ERD-522-3

Messias/RN

20/08/2019

Dr. GILBERTO LOPES
CRM 100.000-00
CRM 100.000-00



Rua Juvenal Lamartine, 119 - Mossoró RN
Telefone: (0xx84) 3315-6900

Nome: Antonio Carlos Bezerra, 42 anos

Data: 11/10/2019

Solicitante: Não especificado

Convênio: INFINITY CARD

LAUDO

RX DO OMBRO ESQUERDO

Fratura alinhada na tuberosidade maior do úmero.

RX DO TÓRAX

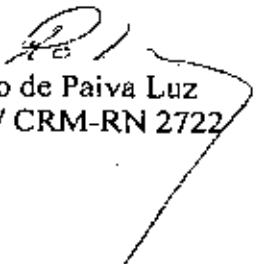
Pulmões transparentes com desenho vascular normal.

Seios costofrênicos livres.

Mediastino anatômico.

Coração de volume e configuração normais.

Fraturas da 5ª, 6ª, 7ª, 8ª e 9ª costelas esquerda.


Dr. Roberto Antonio de Paiva Luz
Médico Radiologista / CRM-RN 2722

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - MTB 149 RJ

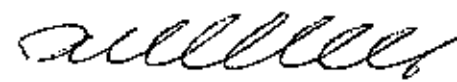
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS

MEDICINA DO TRABALHO

Antonio Carlos Bezerra
200 Orf

MAXSULID 400mg - 2x
Tomar um
comp. 8h e
cefe da manhã
200 Orf

Mioflex A ——— 1x
Tomar um 8h
a noite.

Em 02/09/19 
Dr. Francisco William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1160 RJ - MTB 149 RJ

POLICLÍNICA MÉDICA DE MOSSORÓ

Segunda e Quarta - Manhã

Rua João Pessoa, 68 - Centro

Fone (84) 3321 6121

CLÍNICA OITAVA ROSADO

Terça, Quinta e Sexta - Manhã

Rua Juvenal Camarinho, 119 - Centro

Fones (84) 3317 3636 | 99411 2500

DR WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-MTB149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS
MEDICINA DO TRABALHO
LAUDO MEDICO

O paciente ANTONIO CARLOS
Bezerra, 42 anos de idade, Solda
dor, CPF: 012.219.624-42.

Historico: Em 10 de
Agosto do presente ano sofreu
acidente de TRANSITO com Mo-
torista trauma de grande IMPACTO
NO Hemitorax esquerdo e ombro
homologo. Acidente em UPA 2 MTB
levado ao Hospital de LA e imobiliza-
ção com Tala e Placa e imobiliza-
ção com Tala e Placa.

DIAGNOSTICO: FRATURA NA TALA
RODILHA MAIOR DO UMBILICO
além de FRATURAS COMPLEXAS
NO 5º, 6º, 7º, 8º e 9º ARCOS COSTAIS
do Hemitorax esquerdo.

PROCEDIMENTO: TRATAMENTO
CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO
MEDICAÇÃO + VISTAS FISIOTERAPIA
SEQUELA

- a) DOR moderada respiração diminuída e expressiva
b) Perda de 40% da capacidade funcional

Políclínica Médica
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321-6121
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clinica Oitava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro
Fone (84) 3317-3636
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min
3ª e 5ª Todas as manha

Mossoró 18 de novembro de 2019

(Assinatura)

Dr. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1150/RN - MTB 149/RJ

Dr. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1150/RN - MTB 149/RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Antonio Carlos Bezerra
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 012.219.624-42 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/05/2011

NOME: ANTONIO CARLOS BEZERRA
FILIAÇÃO: ANTONIO BEZERRA CAVALCANTE
FRANCISCA BEZERRA DOS SANTOS CAVALCANTE
NATURALIDADE: CAMPO GRANDE RN
DATA DE NASCIMENTO: 08/12/1976
DOC. ORDEM: CERT. DE NASCIMENTO 15-0818 X F-66 RG-001954
GOV. DIA-SEPT-ROSADO RN CARTÓRIO UNICO
012.219.624-42
3a. VELA
Assinatura: Marcela Auriana Ferreira Caldas
Assinatura do Titular de Identificação
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
012.219.624-42

Nome
ANTONIO CARLOS BEZERRA

Nascimento
08/12/1976

REALIZAÇÃO

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
MAI/2010

CORREIOS

2

ANTONIO CARLOS REZENHA

DOC. IDENTIDADE / Org. EMISSOR / UF
001565386 XXRP RN

CPF 022.219.624-42 DATA NASCIMENTO 04/12/1976

RENÇÃO

ANTONIO REZENHA
CAVALCANTE
FRANCISCA REZENHA DOS
SANTOS CAVALCANTE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDO EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1563720209

05414222463 26/03/2023 01/02/2012

ANTONIO CARLOS REZENHA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL APONT. RN DATA EMISSÃO 26/03/2018

LUIS EDUARDO MACHADO PEREIRA 93456657842
93702770750

RIO GRANDE DO NORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11820 // 00104 Nº 014527331791
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 00832489930 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO

CPF CNPJ 073.836.594-73 PLACA HEB1156

PLACA ANT. UF HEB1156/CE CHASSI 9C2KD02304R012048

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/HXR150 BROS ESP ANO FAB. 2004 ANO MOD. 2004

CAP. POT. / CIL. 15CV/156 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

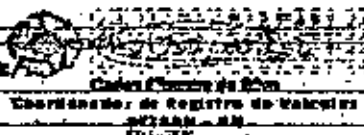
COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 10/04/2019 1º ISENTO
FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º ISENTO
014908 3X R\$ ***** 3º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: RD01E34012048

CAMPUS GRANDE DATA 10/04/2019



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014527331791 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 10/04/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 073.836.594-73 PLACA HEB1156

RENAVAM 00832489930 MARCA / MODELO HONDA/HXR150 BROS ESP

ANO FAB. 2004 CILINDROS 9 Nº CHASSI 9C2KD02304R012048

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL BRUTO DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.948.888/0001-04

DUT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458494/19

Vítima: ANTONIO CARLOS BEZERRA

CPF: 012.219.624-42

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO CARLOS
BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



ANTONIO CARLOS BEZERRA : 012.219.624-42

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019

Nome: ANTONIO CARLOS BEZERRA

CPF: 012.219.624-42

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019

Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES

CPF: 149.018.967-09

ANTONIO CARLOS BEZERRA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Antonio Carlos da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL

003.241.217

DATA DE EXPEDIÇÃO

26/07/2017

ANTÔNIO CARLOS DA SILVA

FILIAÇÃO

FRANCISCO CANINDE DA SILVA
MARIA CLEIDE FAUSTINO DA SILVA

NATURALIDADE

ASSU - RN

DATA DE NASCIMENTO

04/09/1996

DOC. IDENTIFICA

CERT. DE NASCIMENTO L-40 F-248 RG-12836
CAMPO GRANDE RN-2 CARTÓRIO

CPF

017.634.554-08

2a. VIA

Josephson En. 23 do N. Inter-
Secretaria de Defesa Social

LEI Nº 7.118 DE 09/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLÍCIA LACÔNICA

Antonio Francisco de Oliveira Filho

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

003.685.226

07/11/2014

ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO

FRANCISCO DE OLIVEIRA

MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA

CAMPUS GRANDE EM

CAMPUS GRANDE EM

CAMPUS DE CASABERTO L-00000-2-0 BR-000000

CAMPUS GRANDE EM-ANTONIO UNICO CANTONIO

073.636.584-73

Francisco

24. VIA

18/01/1988

DATA DE NASCIMENTO

18/01/1988

18/01/1988

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190708058

Cidade: Upanema

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO CARLOS BEZERRA

Data do acidente: 10/08/2019

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fraturas do 5º, 6º, 7º, 8º e 9º arcos costais à esquerda. Fratura alinhada da tuberosidade maior do úmero esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico vítima com deformidade e sinais de dor inspiratória dependente em hemitórax esquerdo. Redução leve dos movimentos de rotação interna e da elevação do ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com imobilização com tipoia por 30 dias, evoluindo sem complicações com alta médica, refere ter realizado fisioterapia motora.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de estruturas torácicas, Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/01/2020

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190708058 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CARLOS BEZERRA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ESCÁPULA ESQUERDA
FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO ÚMERO ESQUERDO P8
FRATURA ALINHADA DE 5º, 6º, 7º, 8º E 9º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA P8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @10 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190708058 **Cidade:** Upanema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CARLOS BEZERRA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ESCÁPULA ESQUERDA
FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO ÚMERO ESQUERDO P8
FRATURA ALINHADA DE 5º, 6º, 7º, 8º E 9º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA P8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @10 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458494/19

Vítima: ANTONIO CARLOS BEZERRA

CPF: 012.219.624-42

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO CARLOS BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO CARLOS BEZERRA : 012.219.624-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019
Nome: ANTONIO CARLOS BEZERRA
CPF: 012.219.624-42

ANTONIO CARLOS BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190708058**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO CARLOS BEZERRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOAQUIM ALEXANDRE NOBREGA, 82 - Campo Grande - RN - CEP 59680-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /RN**] **001585386**

Data e local do acidente: [**10/08/2019**] **BR 110,upanema,RN**

Data e local do exame: [**08/01/2020**] **Mossoró** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fraturas do 5°, 6°, 7°, 8° e 9° arcos costais à esquerda. Fratura alinhada da tuberosidade maior do úmero esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico vítima com deformidade e sinais de dor inspiratória dependente em hemitórax esquerdo. Redução leve dos movimentos de rotação interna e da elevação do ombro esquerdo.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento conservador com imobilização com tipoia por 30 dias, evoluindo sem complicações com alta médica, refere ter realizado fisioterapia motora.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional de estruturas torácicas, Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Estruturas torácicas

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Luis F. C. Nascimento
ORÇATELA E TRANSMISSÃO
CRM 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190708058

Vítima: ANTONIO CARLOS BEZERRA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CARLOS BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190708058

Vítima: ANTONIO CARLOS BEZERRA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO CARLOS BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190708058

Vítima: ANTONIO CARLOS BEZERRA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO CARLOS BEZERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.193,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANTONIO CARLOS BEZERRA

Valor: R\$ 2.193,75

Banco: 237

Agência: 000005873-4

Conta: 00000561829-0

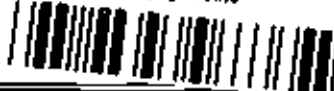
Tipo: CONTA CORRENTE

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.





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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.219.624-42 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO CARLOS BEZERRA

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

5 - Nome completo: ANTONIO CARLOS BEZERRA 6 - CPF: 012.219.624-42
7 - Profissão: SOLDADOR 8 - Endereço: RUA JOAQUIM ALEXANDRE NOBREGA 9 - Número: 82 10 - Complemento:
11 - Bairro: ALTO DA ESPERANÇA 12 - Cidade: CAMPO GRANDE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59680-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 996664610

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRADESCO

AGÊNCIA: 5873 4 CONTA: 0561829 0
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

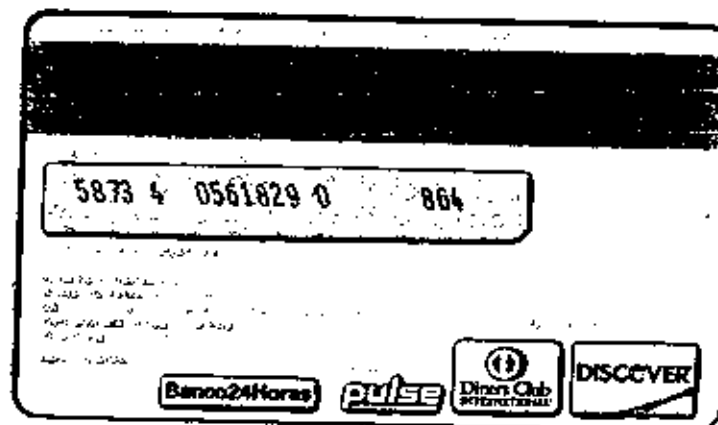
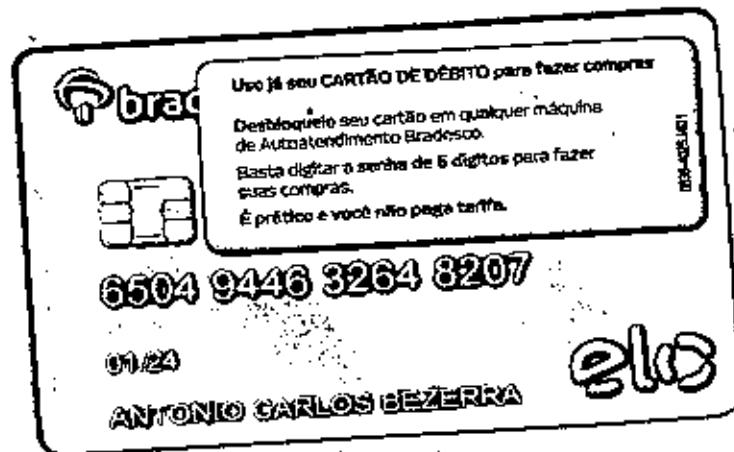
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAMPO GRANDE/RN, 02 DE DEZEMBRO DE 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Governo do Estado do(a/e) Rio Grande do Norte
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL-SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL-DEGEPOL
Delegacia Municipal de Campo Grande.
Rua Joaquim Martins Veras, 22, Centro, Campo Grande. (84) 3362-3234

Boletim de ocorrência



Ref. Ocorrência nº 18/2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: Acidente de Trânsito
Data e Hora do Fato: 10/08/2019 às 19:00Hs
Local do Fato: Br-110-Mun:Upanema-rn-próx:loteamento cariasco

COMUNICANT E: Antonio Carlos Bezerra, brasileiro(a), Solteiro (a), R.G. nº 001.585.386- SSP/RN, CPF: 012.219.624-42, Primeiro Grau incompleto, Soldador, nascido aos 08/12/1976, natural de Campo grande - RN, filho de Antonio Bezerra Cavalcante e Francisca Bezerra dos Santos Cavalcante, residente e domiciliado à(o) na rua: Eduardo Vieira Régis n 17-Conj. IPE-campo Grande-rn, telefone(s) (84) -99666-4610

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE: O Comunicante veio a esta DP, comunicar, que conduzia uma moto, no local e data citado acima, que em determinado trecho da estrada surgiu em sua frente um Burro, que não conseguiu freiar a moto, vindo assim a colidir com o animal, que caiu da moto, o mesmo foi socorrido, para o hospital de Upanema-rn, Unidade Mista de saúde Raimundo Nonato Cândido, onde quebrou três costelas e fratura de arcos costais. A Moto Honda/NXR 150 Bros ESD, Ano 2004, Cor preta, placa HWB-1156/Ce, Chassi 9C2KD02304R012048, que pertence ao comunicante, que esta nome de Antonio Francisco de Oliveira Filho, CPF: 073.836.594-73

VÍTIMA: O Comunicante.

TESTEMUNHA (S): 1º Testemunha: Antonio Carlos da Silva, RG: 003.241.217-SSP-RN, rua: Lucio Eduardo Pimenta n 191-Alto da Esperança-Campo Grande-rn. 2 Testemunha: Antonio Francisco de Oliveira Filho, RG: 002.585.228-SSP-RN, rua: Paulino Claro de Brito n 01-Alto de Santana-Campo Grande-rn

ACUSADO:

EXAMES REQUISITADOS: Nenhum

OBJETOS APREENDIDOS:

Autoridade: Christiano Otto de Melo

Comunicante: Antonio Carlos Bezerra

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Paulo Petronilo da Silva Nilo na Delegacia Municipal de Campo Grande, e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Campo Grande-RN, 28 de Agosto de 2019.



Página Nº _____

Rubrica _____

Governo do Estado do(a/e) Rio Grande do Norte
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL-SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL-DEGEPOL
Delegacia Municipal de Campo Grande.

Rua Joaquim Martins Veras, 22, Centro, Campo Grande. (84) 3362-3234

Aylton A.P.

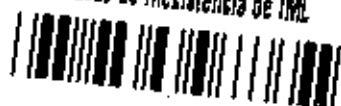
APC-Aylton A. P-Mat.-97.962-7

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.