



Número: **0812817-44.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>DAVISON JACO ALVES BEZERRA (AUTOR)</b>		<b>LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA DPVAT (RÉU)</b>		<b>Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)</b>
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
60315 734	18/09/2020 10:17	<a href="#"><u>2751229_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>
		Documento de Comprovação

# 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: 16/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: DAVISON JACO ALVES BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000105282-9

---

Nr. da Autenticação 811210CFBEF0919A



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:17:04  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810170375800000057878105>  
Número do documento: 20091810170375800000057878105

Num. 60315734 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200206338      **Cidade:** Areia Branca      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAVISON JACO ALVES BEZERRA      **Data do acidente:** 22/12/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE COM FRATURA DENTOALVEOLAR.  
FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/5/7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE:  
RUA MERMOS, 150, BALDÓ,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-31  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-6



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gráteis:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0187 -Ligação Gráteis de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligações Gráteis de telefones fixos e móveis

**DADOS DO CLIENTE**

MATHALIA LUIZA DA SILVA  
CPF: 093.085.284-90

**DATA DE VENCIMENTO**  
**23/01/2020**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**125,56**

**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**  
**18/01/2020**

**DATA DA APRESENTAÇÃO**  
**16/01/2020**

**NÚMERO DA NOTA FISCAL**  
**036207935**

**Série:** U

CONTÁ CONTRATO

007012475629

Nº DO CLIENTE  
3011285641Nº DA INSTALAÇÃO  
0028530003

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA DODGE 200

SANTA JULIA/AREA URBANA  
59540-260 MOSSORÓ RN

**CLASSIFICAÇÃO**  
**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
**Monofásico**

**RESERVADO AO FISCO**  
**094B.C179.F5F9.0B49.CBA5.9DD0.89BB.4978**

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	171,00	0,32982774	55,40
Consumo Ativo(kWh)-TE	171,00	0,32491905	55,56
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,98
Contrib. Itum. Pública Municipal			10,64
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>125,56</b>

ICMS	PIS	COPINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
114,92	18,00	20,68	114,92	0,88	0,97	114,92	3,94	4,52

EM ATÉ 15 DIAS, DEBÉITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DI Resv	Valor
24/12/2019	16/01/2020	100,02

Este comunicado NÃO substitui oyle de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em execução judicial. Caso o suspenso do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Pode ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros da negociação de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,32982774	kWh
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,32491905	JAN 20
	DEZ 19
	NOV 19
	CUT 19
	SET 19
	AGO 19
	JUL 19
	JUN 19
	MAI 19
	ABR 19
	MAR 19
	FEV 19
	JAN 19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	kWh
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,32982774	171
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,32491905	125
	52
	205
	189
	189
	221
	270
	283
	246
	230
	267
	248

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA				
000000021500000887	CAT	17/12/2019	4.816,00	16/01/2020	4.987,00	30	1.00000 0,00 171,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/02/2020							

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No de horas sem Energia	2,23	10,29	20,59	41,19	
FIC-No de vezet sem Energia	2,00	7,92	15,04	30,09	
DMIC-Duração máxima de interrupção normal	1,38	5,48	0,00	0,00	
DICRI-Duração da interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 18,00
EUSG-Valor do Encargo de Uso x R\$ 43,54					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração das Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de você moto peças rumos: avenida wilson rosado, aeroporto / super alternativo de alimentos: av abel ceolin, 1455, abelceo/Lista completa em <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a>							
O pagamento desta Nota Fiscal/fatura deve ser feito somente em espécie.							
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.anbip.gov.br">www.anbip.gov.br</a> .							
O cliente é compensado quando há violação na comodidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.							
Pág. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês							
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.							
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.							

DESAQUE AQUI			
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO

TALÃO DE PAGAMENTO		
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.		
Este canhoto será usado em leitora ótica.		

6360000000017 255600384071 012475629209 013985748933



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

1/1



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:17:04

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009180170375800000057878105>

Número do documento: 2009180170375800000057878105

Num. 60315734 - Pág. 3





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através do atendimento 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 cidades: 0800 022 32 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 08 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 32 05 | Central Ourofima: 0800 021 01 35

### 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/BIBLIOTECAS/8/DOCUMENTOS/ADVERTENCIA/20090626.html>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELÔ CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TENC POR FINALIDADE INTEGRAL, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCUPENCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N.º 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco de Anís Santiago  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 466 395 394, 53, na qualidade de Procurador (a) / intermediária (a) do Beneficiário  
Davison Jaco Alves Bezerra Inscrito (a) no CPF sob o Nº 093 882 054, 05,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Davison Jaco Alves Bezerra  
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 093 882 054, 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12;  
Descrição Profissão: Recepcionista, Renda: Recepcionista, e apresento os documentos comprobatórios:  
 Reclavo informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto à seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando à cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua dodge</u>	Número:	<u>200</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Santa Julia</u>	Cidade:	<u>Monrópolis</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:	<u>Não possui</u>			CEP:	<u>59640-260</u>

Local e Data:

Monrópolis - PR 31/03/2020

X Francisco de Anís Santiago  
Assinatura do Declinante

01/09/2020 9:00:47

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
 BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 69435 /2019  
 Admissão: 23/12/2019 01:09:26

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 54845 - DEIVISON JACO ALVES BEZERRA (29 a 1 m 11 d)  
 Nascimento: 12/11/1990 Natural: MOSSORÓ, BRASIL  
 CNE: CPF: Prof: Sexo: M Cor: PARDA  
 Mãe: LUCIAHELENA ALVES BEZERRA  
 Logradouro: DODGE, 200 Pai: NADA CONSTA  
 CEP: 59640260 Bairro: SANTA JULIA Cidade: MOSSORÓ  
 Telefone: 84.91950710 Celular: \*Compt:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO  
 Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO  
 \*Empresa:

OBS: REGULADO PARA A CIRURGIA GERAL; TRAZIDO EM AMBULANCIA

Classificação: 23/12/2019 01:04:59

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SaO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

Queixas: QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 30 MIN; CONSCIENTE, ECG 16;

Horas: 01:32

Paciente, Vítimo de queda de moto há 1h, Nego Perdeu os sentidos, Vomito, Mas devido ao Google, Só não de cobra, Não foi trazido pelo protocolo do SAMU. Nego Alergia  
 A- Voz alterada, Pálidos, S/ Cervicalgia  
 B- MVI (Im) A HFL S/ RA (Im) exp. n. Ilios, S/ deformidade  
 C- Hm (Im) com fratura. Alterações e Pele estourada  
 D- ECG = (Im) Pupilo irregular e foto refletida  
 E- Dor e Difor/odore em Ponto E, corte blfo sup. Difor/odore em disco Superior do lobo, multiplo exorco.

Diagnóstico inicial: Trauma de fogo

PRESCRIÇÃO:

① Solutio Rx de fogo E, TC de fogo Crônicos  
 ② Pouco do ortopedia / BMF / NE RXTD/ox  
 ③ SF 0,9% - 500ml, IV Agora

④ Dipirona - 2g + ABD, IV Agora

Formal. Sog. 1 analg. S/ delir.

60 ml Sog. 2. Ec. 1000

VIA	HORARIO	ASSINT.

1. No ato falso + proponer exame eletrônico  
 Entregue o papel do Soges ou anexar

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.
CRANIO/NEURO	14/12/2019	

TIPO C.	DATA	PROFISS.





<tbl\_r cells="3" ix="5" max



SEMAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 69435 /2019  
Admissão: 23/12/2019 01:09:25

**CIRURGIA GERAL - AMARELO**

**CIRURGIA GERAL - AMARELO**  
 Paciente: **54845 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA** (29 a 1 m 18 d )  
 Nascimento: 12/11/1990 Natural: MOSSORÓ.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
 CNS: 702806660417366 CPF: Prof:  
 Mãe: LUCIAHELENA ALVES BEZERRA Pai: NADA CONSTA  
 Logradouro: DODGE, 200  
 CEP: 59640260 Bairro: SANTA JULIA Cidade: MOSSORÓ  
 Telefone: 84.91950710 Compl:

**Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO**  
**Origem: AMBULANCIA OUTRO**

**Tipos:** REGULADO

**OBS: REGULADO PARA A CIRURGIA GERAL - TRAZIDO EM MÍDIA**

• 100

IPESO

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

**HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**  
**Queixas:** QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 30 MIN; CONSCIENTE, ECG 15;  
**Hora:** ...

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME/MS/0906 11/09/2020  
FONTE: DR. J. M. G. DA SILVA  
SAME / ARQUIVO  
Nº: 150-443-0

**Diagn. Inicial:**

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CSE, FRCM)

CID Proc

Data: 1 (10 Hz) 0000

CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /19. Hr: \_\_\_\_  
\*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 30 de Dezembro de 2010.  
Carimbar!

- 6 -





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

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: DEIVISON JACO ALVES REZERVA Leito: Rm: 1/16

DATA	EVOLUÇÃO
23-12-19	<p>Vítima de quebra ligaamento, porta      TRAUMA FACIAL COM FERIMENTOS      MÚLTIPLOS EM CAVIARDO ORAL E      FACE REALIZADO SUTURAIS E NE      GUNAS DE FRATURA DENTRO ALVEOLAR      SVR.</p> <p>AO REPOUSO MASCULINO.</p>

## PRESCRIÇÃO

Evolve from sun convection. EBS.  
 $m = 12$  hours later

Dr. Leandro Freire  
Ortopedia & Traumatologia  
Clínica do Jardim  
CRM-SP 1027160008 RQE-3714



Registrado P 1999004179 (DM Júnior)

Dr. Gildásio Fernandes  
Matr. CRMPPE 26583

tituto Biológico + Deodárcio +

Acme Júnior

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

1999004179

CRMPPE 26583  
Medico  
Dr. Gildásio Fernandes



HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50

Nº AIH

CRISTINA

Atendimento	1226-39
at:	19/03/2020
h:	7:02

1726539 BOLETIM DE ADMISSÃO

1508 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA

ADO(A) - Sexo: MASCULINO - 12/11/1990 - 29 A, 4 M, 7 D	CPF: 093.882.054-05	RG: 002393246
702800060417366	Convênio: SUS	
CR01-06 205.04	Enfermaria: CR01 - CENTRO CIRÚRGICO 1	
reço: DODGE, N° 200 - CEP: 59600-010		Bairro: SANTA JULIA
z: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN	Profissão: MONTADOR	Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA
AO DECLARADO		Mãe: LUCELENE ALVES BEZERRA
alidade: MOSSORO	Caráter de Atendimento: ELETIVO	
nsável: DAVISON JACO ALVES BEZERRA		
limento Solicitado: 0408020423 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFÍSARIA DE AMB - S523 - FRAT DA DIAFÍSE DO RÁDIO		
stico Definitivo:	Acomodação:	
	Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS	
at:	Resultado	
le: 30/12/1899	Curado	<input type="checkbox"/>
ação:	Melhorado	<input type="checkbox"/>
	Inalterado	<input type="checkbox"/>
	Piorado	<input type="checkbox"/>
	Removido	<input type="checkbox"/>
	Pedido	<input type="checkbox"/>
	Evasão	<input type="checkbox"/>
	Indisciplina	<input type="checkbox"/>
	Transferido:	<i>4424000222406 7</i>

História Clínica

stico Provável

Dr. EDUARDO C. L. R. MEDEIROS  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
CRM/RN - 6439 - TECR 13840

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

RESPONSÁVEL



10

June 20 a.m. 1887

of effect feel

700 of us down at Talley's

new or improved

Ref: 1133700 of NC

Dr. Vladimir de Oliveira Melo  
Neurocirurgia  
CRM/RN 5506

01060620 23 12-19 02-234

reflexos de accidentes de moto diez  
que tu dices + exámenes generales

2 dr. + Edina + affineerde

Antelope C.

some recessions. ④

for persons in administrative work

Be dropt radio (fol 60 rev)

member of the Cyprus election

Cf. *curios + tools and policies*

1929-30

Batt.: Virtus 95 Quesa was

NET  
OFF  
SOLD

UWOT, PORT & THRUSS FACIAL COAT

## Formulários e Questionários

ONDE E FATO FEITO PINTOSSEIS + SUTURA,  
AO BANHO DE MANGA. T. G. = FRONHA DENTAL.



# Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

## FICHA DE ANESTESIA

NOME							
Davison Jocó Alves Bezerra							
SERVIÇO		ANESTESISTA		CIRURGIÃO			
HMR		Edilene		(Gen/Hermeu / Eduardo)			
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO
19	M	110X70	86			1 2 3 4 5	
DIAGNÓSTICO							
SOS							

### OPERAÇÃO REALIZADA

INÍCIO	16:30h	TERMINO		DURAÇÃO		ROTINA		EMERGÊNCIA	EXTRA
SpO <sub>2</sub>	98	98	99/99	98	86/98				
ETCO <sub>2</sub>	30	31	30	31	31/30				
<b>HORA</b> A 00h00m00s G 00m00s E 00m00s N 00m00s T 00m00s E 00m00s S 00m00s									
<b>OBSERVAÇÕES</b> D. Monox 6. Ketamina 7. Ketone 8. Dexa 10% 9. Omeproto 40g 10. Revertendo 11. IOT 8.6% 12. Futebol, canela 13. Extubado no S.O. 14. Intercorrida									
<b>CÓDIGO</b> ANESTESIA X 220 OPERAÇÃO O 200 INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL 180 160 PRES. SISTOL. V 140 PRES. DISTOL. A 120 PULSO. D 100 80 RESP. ASSIST. RA 60 RESP. EXPOST. RE 40 RESP. CONTR. RC 20 0 POSIÇÃO OBSERVAÇÕES									
Soro 1500 l. R Sangue Outros									

TÉCNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANÇADA: ( ) SEDAÇÃO: ( )  
 ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

### AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SALA DE RECUPERAÇÃO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	CONDICÕES	B <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	ÓBITO	
----------	--	---------------------	--	-----------	--	-------	--

Dr. Edilene da Silva Matur  
 Anest. e. Intubada  
 CRM - RN 6.603  
 TELEFONE 156614





**CARDIODIAGNÓSTICO LTDA**  
 PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO  
 59611-010, MOSSORÓ/RN  
 CNPJ: 35.650.324/0001-50  
 RONALDO TELEFONE: (84) 3318-9000

205-4

Pág.: 1/1

CLIENTE: 1226539-DAVISON JACO ALVES BEZERRA IDADE: 29 A,4 M,7 D SUS  
 FERMARIA: 205-AP 205 LEITO: 205-04 ADMISSÃO: 19/03/2020

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

03/2020 - 18:09:11

ITA LIVRE

DO FISIOLOGICO 0,9% - 500 ML	1,00 FR.	IV	08/08H		1 / 8 /
IRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	- Sata ✓	22.06.14
IMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	- 19 ✓	24.06.125
ALOTINA 1,6	1,00FA	IV	06/06H	- Sata ✓	09/120
TOXICAN 40MG PÓ INJ.	1,00AMP	IV	1X DIA	- Sata ✓	24.06.120
OSEDRON 8 MG / 4 ML	1,00AMP	IV	08/08H	SN - Sata ✓	SN

/V+CCGG

RATIVO DIARIO

20/03/20  
 Dr. L. Freitas

Dr. Cuthberto M. Soares  
 Ortopedista e Traumatologista  
 CRM/RN - 6439 - FRCOT 13540

Dr. EDUARDO C. LIMA RODRIGUES  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Cirurgia de Quadril  
 CRM/RN - 6439 - FRCOT 13540

6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDÉIROS

SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGE



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:17:04  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810170375800000057878105>  
 Número do documento: 20091810170375800000057878105

Num. 60315734 - Pág. 13



PK

Quedo da mts, ECP;

afect fer

TCC de avanca de p telgoy

neurologica

Ref: 61337900 p. NC

Dr. Vladimir de Oliveira Melo  
Neurocirurgia  
CRMER 6596

Ortopedico 23/12/19 02:23

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
BANE MOSSORÓ 17/12/2020

Mat. 150343-0  
SAME/ARQUIVO

signo de audiencia de mts. aux  
quanto drs + exames juntamente  
e drs. + enferm + disponivel

autópsico P.

com necessidade de

se puder + autópsico P. ou

se achar risco de fuga ou

receta de los exames eleitorais

cf. embals + falso auto robos

BUF: Vírus 95 QESTA LOR  
MOTO, porta + facia FAICAL COA  
Ferimentos no CINTO P. + CINTO CLIDADO  
ONAS E FASE. FEITO PISTOLAS + SUTURAS  
AO GATTO DE IMAGEM T.C. - FRACTURA DENTAL.



**CAM Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.**  
CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA  
DE MOSSORÓ LTDA.

**FICHA DE ANESTESIA**

NOME								DATA	
Davidson Jocéf Alves Bezerra								19/03/2020	
SERVIÇO		ANESTESISTA		CIRURGÃO					
HWR		Edilene		(Dr. Henrique / Eduardo)					
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO		
29	M	AMAR	110/70	86	36	1 2 3 4 5	SOS		
DIAGNÓSTICO									

OPERAÇÃO REALIZADA									
INÍCIO 16:30		TERMINO		DURAÇÃO		ROTINA		EMERGÊNCIA	EXTRA
Itx fratura antebraço esq.									
SpO <sub>2</sub>	98	96	99	99	98	96	98	Conveniente	
ETCO <sub>2</sub>	30	34	30	31	31	30	30		
HORA									
A	01:15							OBSERVAÇÕES	
G	Arritmia							Dr. Henrique	
E	Flutuante							Colletinoz	
N	Perfusão							Safáreas	
T	Atraumatizante							Dextro 10%	
E	Magno							Omeprazole	
S	Neostigmo							Remetanerol	
CÓDIGO									
ANESTESIA	X	220							
OPERAÇÃO	●	200							
INTUBAÇÃO	X	180							
ENDOTRAQUEAL		160							
PRES.	V	140							
SISTOL.	A	120							
PRES.	DISTOL.								
PULSO.	◆	100							
		80							
RESP.	ASSIST.	RA	60						
RESP.	EXPONT.	RE	40						
RESP.	CONT	RC	20						
POSIÇÃO									
OBSERVAÇÕES									
TÉCNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANCEADA: ( ) SEDAÇÃO: ( )									
ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )									
AGENTES EMPREGADOS									
ACORDADO		SALA DE RECUPERAÇÃO		CONDIÇÕES		ÓBITO			
SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	B <input checked="" type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>		

Dr. Edilene de Oliveira Júnior  
Anestesiologista  
CRM - RN 5.000  
TELEFONE 15904



Paciente: DAVISON JACO A. BEZERRA Idade: 29 Registro: 454508  
Setor: C.C Médico: Dr. Eduardo Enferm./Leito: CC

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
19.03.20	07:15	RECEBIDO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO DA UNIDADE HOSPITAL WILSON ROSADO, PROVENI- ENTE DA SUA RESIDÊNCIA, NO EX- AME PACIENTE COM ENCEFALO- INTEGRO E PRESERVADO, TÓRAX CI- METRICO E PRESERVADO COM FRAT- URA EM MSE, ABDÔMEN FLACIDO & INDOLORE A PALPAÇÃO, SEM EDU- MAS, PACIENTE EM ESTADO GE- RAL BOM, VERGAS HAS. 200 E ALG- GUM MEDICAMENTOSA, REALIZADO SINAIS VITAIS, NORMOTENSÃO NOR- MOCORRIDA, AFEBRIL, O MESMO INI- SOU SUBMETTER A UM PROCEDER- IMENTO CIRÚRGICO, COM DRA EDUARDO, ESEGUE OS CUIDADOS	
19.03.20	16:00	DA EQUIPE DE ENFERMAGEM -	Edilson Santiago Dantas TCE-ENFERMAGEM COREN/RN 1.273.269
19.03.20	16:10	PACIENTE TRANSFERIDO PARA SO	
19.03.20	16:30	Relevo feito no seu vaso de	
19.03.20	16:30	início do procedimento cirúrgico	
		Qual + número tubo N: 80 com.	
		relevo feito por Dr Edilson	
19.03.20	16:35	Reticulado diagnóstico com diagnos-	
		sti + relatório	
19.03.20	16:40	início do procedimento cirúrgico	
		relevo de Draf do Relevo que	
		relevo	
		em tempo feito por Dr Cunha com	
		auxílio de Dr Eduardo	
19.03.20	18:10	Termo do procedimento cirúrgi- co em esterilizado, realizado	
		curativo composito em FO box	
		lichto limpo, vaso SS/IV estéril	



## Evolução de Enfermagem

Page 1 of 1

### 226539 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA

Data da internação: 19/03/2020 - 07:02:00      Sexo: M      Idade: 29 A, 4 M, 7 D  
Convênio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA      Leito: 205-04

01/03/2020

PA    Temp    FC    FR    Glicemia

8:00:00 PACIENTE INTERNADO NESSA SETOR HOSPITALAR ( POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 29 ANOS, PÓS CORREÇÃO DE CONSOLIDAÇÃO VIOLENÇA FRACTURA RÁDIO ESQUERDO. EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE, EM DIETA VIA ORAL, AOS SSV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNÉICO, EM MAR, ACIANÓTICA, ANÍCTÉRICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S, AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELOU RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORRADA, SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS AGUARDADA E VESICais PRESENTES, LIVRE DE EDEMAS, SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFAATORIA, COM AV/P, VIABILIZANDO HV+TM, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

### Assinatura

THATIANE  
MICHELLE  
FREITAS DE

Thatiane Michelle F. de Souza  
Enfermeira  
COPLE 243343





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010

WILSON ROSADO

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 33.18-5000

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

226539 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA

Data da internação: 19/03/2020 - 07:02:00

Sexo: M

Idade: 29 A,4 M,7 D

Convenio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA  
Leito: 205-04

03/2020	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
4:00:01	RECEBO PACIENTE DO SEXO MASCULINO-29 ANOS DE IDADE PÓS-CIRURGIA-FRATURA DE DIAFISE DO RÁDIO, CONSCIENTE E ORIENTADA VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, NORMOTENSA, NORMOCARDICA, EUPNEICA, AFEBRIL EM O2 AMBIENTE COM ACESSO PERIFÉRICO COM HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA, ACEITA DIETA, DIURESE PRESENTE, CURATIVO LIMPO NO MOMENTO SEM RELATOS DE QUEIXAS E SÉGUO EM REPOUSO AOS CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA:12CX7 TAX: 36,00g F.C.:80 F.R.: 20 Glicemias: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 96 FiO2: 0 Ventilação: Decubito:	LIANY CARLOS DE AQUINO	
4:00:01	INICIADA A 1 ETAPA DE SF 500ML IV CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00g F.C.:0 F.R.:0 Glicemias: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 H O2: 0 Ventilação: Decubito:	LIANY CARLOS DE AQUINO	
7:00:01	APOS AVAIAÇÃO MÉDICA RETIRADO ANP E RECEBEU ALTA HOSPITALAR. - PA: TAX: 0,00g F.C.:0 F.R.:0 Glicemias: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 H O2: 0 Ventilação: Decubito:	LIANY CARLOS DE AQUINO	



ANOTAÇÃO DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

I/226539 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA

Data da internação: 19/03/2020 - 07:02:00      Sexo: M      Idade: 29 A, 4 M, 7 D  
Convenio: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA      Leito: 205-04

Profissional      Assinatura

20/03/2020

07:00 P.a.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicem.: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, F1: O<sup>2</sup>: 0, Ventilação: , Decubito: , Monalisa  
ADMINISTRADO 01 AMP DE DIPIRONA 500MG + ABD, IV, + 01 FR DE CEFALOTINA 1G + ABD, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MONALISA

  
Monalisa  
Téc. Enfermagem  
COREN-RN 1359366

08:00 P.a.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicem.: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, F1: O<sup>2</sup>: 0, Ventilação: , Decubito: , Monalisa  
ADMINISTRADO 01 AMP DE TRAMAL 50MG + 100ML DE SF 0,9%, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MONALISA

  
Monalisa  
Téc. Enfermagem  
COREN-RN 1359366

09:00 P.a.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicem.: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, F1: O<sup>2</sup>: 0, Ventilação: , Decubito: , Monalisa  
INICIADA 2<sup>a</sup> ETAPA DE SF 0,9% DE 500ML, IV, E ADMINISTRADO 01 AMP DE DIPIRONA 500MG + ABD, IV, + 01 FR DE CEFALOTINA 1G + ABD, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.  
REALIZADO LIMPEZA E TROCA DE CURATIVO EM F.O.

MONALISA

  
Monalisa  
Téc. Enfermagem  
COREN-RN 1359366

19/03/2020

21:20 P.a.: 120X80, Temp.: 35,4, FC.: 85, FR.: 0, Glicem.: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 93, F1: O<sup>2</sup>: 0, Ventilação: , Decubito: , Monalisa  
RECEBEMOS PACIENTE PÓS DE CORREÇÃO CONSOLIDADA VÍCIOSE FRATURA RÁDIO ESQUERDO, EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, RESPIRANDO EM AMBIENTE O2, AO EXAME: AFEBRIL, NORMOTENSÃO, NORMOCARDÍCO, EUPNEICO, ACEITA DIETA POR VO, DURESE AUSENTE, EVACUAÇÃO AUSENTE, COM CURATIVO EM F.O. LIMPO E SECO, AVF EM MSD, VIBRALIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, NO MOMENTO SEM RELATOS DE QUEIXA, SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

MONALISA

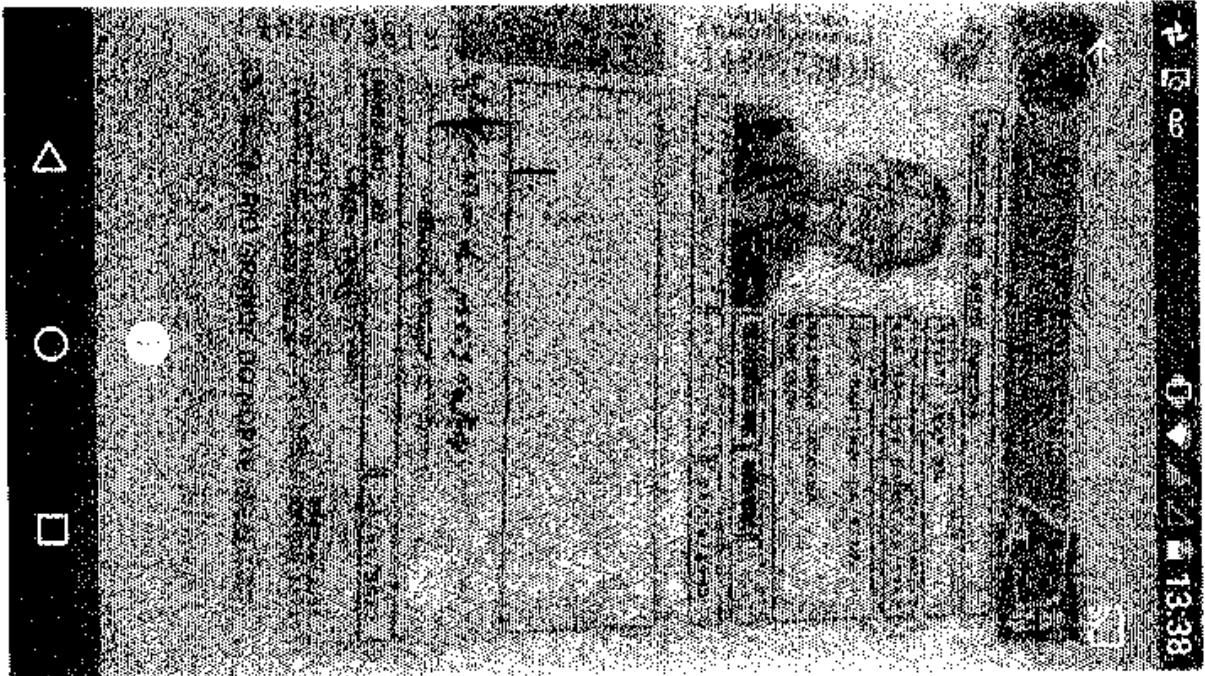
  
Monalisa  
Téc. Enfermagem  
COREN-RN 1359366

22:00 P.a.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicem.: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, F1: O<sup>2</sup>: 0, Ventilação: , Decubito: , Monalisa  
INICIADA 1<sup>a</sup> ETAPA DE SF 0,9% DE 500ML, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MONALISA

  
Monalisa  
Téc. Enfermagem  
COREN-RN 1359366





Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:17:04  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810170375800000057878105>  
Número do documento: 20091810170375800000057878105

Num. 60315734 - Pág. 22



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: DAVISON JACO ALVES ZEFERRA, brasileiro(a),  
estado civil: casado Profissão: motorista, Data do Acidente: 22/12/2019  
Cobertura invalido, portador(a) do RG 002392416, órgão expedidor  
\_\_\_\_\_ e do CPF: 093.882.054-05 residente no(a)  
Rua Dodge, nº 200  
bairro: SANTA JULIA, município: MOSSESCO / PR.

### OUTORGADO:

Nome: Francisco de Aziz Santiago, brasileiro(a),  
estado civil: Solteiro Profissão: Autônomo, portador(a) do RG  
59.5373, órgão expedidor: Step e do CPF: 466.395.994-53, residente  
no(a) Rua Dodge, nº 200  
bairro: Santa Julia, município: Mosseco / PR.

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgado 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 DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Moçambique - PR 33/10/2020

Local e Data

Livia Karina Freitas da Silva

Assinatura do Outorgante

(Dar-seá a Firma por autenticidade)

OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

Rua Joaquim Nogueira, 60 - Titular: Assessora Chefe Turno - Cont: (84)3022-2591

E-mail:

REGISTRA-SE o AUTENTICIDADE da firma de:

DAVISON JACO ALVES ZEFERRA 1041627054495

Contra em: <https://selodigital.tjrn.jus.br/>

Selo Digital: 44262000897170027474/RH

Assinado em: 18/09/2020 às 10:17:04

Assinante: MARIA DA CONCEICAO 16 SOUZA SILVA

Assinante: SUBSTITUTA 16 SOUZA SILVA

Assinante: E-mail: 26518502@tjrn.jus.br

Assinante: Celular: (44) 99999-9999

Assinante: WhatsApp: (44) 99999-9999

Assinante: Móvel: (44) 99999-9999

Assinante: Escrevente: 16 SOUZA SILVA

CPF 597.276.914-04



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160501/20

**Vítima:** DAVISON JACO ALVES BEZERRA

**CPF:** 093.882.054-05

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/12/2019

**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** DAVISON JACO ALVES BEZERRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### FRANCISCO DE ASSIS SANTIAGO : 466.395.194-53

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

#### DAVISON JACO ALVES BEZERRA : 093.882.054-05

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](http://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: 08/06/2020  
Nome: FRANCISCO DE ASSIS SANTIAGO  
CPF: 466.395.194-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2020  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCO DE ASSIS SANTIAGO

GERCIA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:17:04  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810170375800000057878105>  
Número do documento: 20091810170375800000057878105

Num. 60315734 - Pág. 25

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

---

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200206338**      **Vítima: DAVISON JACO ALVES BEZERRA**

**Data do Acidente: 22/12/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO DE ASSIS SANTIAGO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DAVISON JACO ALVES 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15846745

Pag. 00465/00466 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020233



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

---

**Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200206338**      **Vítima: DAVISON JACO ALVES BEZERRA**

**Data do Acidente: 22/12/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO DE ASSIS SANTIAGO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DAVISON JACO ALVES 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: DAVISON JACO ALVES BEZERRA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000000036-1**

**Conta: 00000105282-9**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Pag. 01063/01064 - carta\_15R - INVALIDEZ



00036532

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÍRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo:  6 - CPF:

7 - Profissão:  8 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:

11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:

15 - E-mail:  16 - Tel (DDD):

### 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:

RECUZO 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)

CONTA CORRENTE (Muitos bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solto 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pós-accidental, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordar do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar se teve filhos:  Vivos  Falecidos 30 - Vítima deixou:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar se vivos:  Vivos  Falecidos 33 - Vítima deixou:  Sim  Não 34 - Vítima:  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 falso/verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019



SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
29/05/2020 - Autotendimento 163441  
836074930 1035

TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: ~~DAVIDSON J ALVES BEZERRA~~  
AGÊNCIA: ~~0036-1~~ CONTA: ~~105.282-9~~  
FAVORECIDO:  
AGÊNCIA: ~~0036-1~~ CONTA: ~~105.282-9~~  
CLIENTE: ~~DAVIDSON J ALVES BEZERRA~~  
VALOR:  
DATA AGENDADA: ~~29/05/2020~~

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
**POLÍCIA CIVIL**  
GABINETE DO DELEGADO-GERAL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE AREIA BRANCA/RN



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20-213/2020

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA:** Acidente de trânsito.

**Data e horário do fato:** 22/12/2019, por volta das 21h50min.

**Local da Ocorrência:** Av. Coronel Sélion de Frente a loja do Índio, Grossos/RN

**COMUNICANTE:** DAVISON JACO BEZERRA, RG 002393246 CPF nº 093.882.054-05, brasileiro, casado (com separação de Corpos), natural de Ponta Porã/MT, nascido aos 12/11/1990, filho de Lucelena Alves Bezerra, residente e domiciliado na Rua Dodge, nº 200, bairro Santa Julia, Mossoró/RN, telefone: (84) 9 9701-2784.

**VITIMA: O COMUNICANTE.**

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:** Aduz o comunicante que no dia e hora, no local acima citado, que transitava pilotando a motocicleta Yamaha/YBR 125 ED, RENAVAM 00798175290, Chassi 9C6KE042030001286, ano e modelo 2002/2003, de cor vermelha, Placa MYF321-Mossoró/RN, licenciada em nome do comunicante, quando percebeu que uma moto estava lhe seguindo e aumentou a velocidade, no entanto, como estava nervoso não conseguiu avistar uma lombada, e ao passar pela mesma perdeu o controle da motocicleta e foi jogado contra o solo, sendo atendido no Hospital Municipal Flaviana Falcão sendo posteriormente encaminhado ao HIRM em Mossoró/RN.

**OBS:** O comunicante se responsabiliza pelas informações contidas, no presente Boletim de Ocorrência, sob pena de responsabilidade criminal, com vistas no art. 340 do CPB.

Areia Branca/RN, 11 de Março de 2020.

✓ Davison Jaco Alves Bezerra  
Comunicante

Delegado: Delegado: Alves Lima  
RG: 190.933-3  
Delegacia Municipal de Areia Branca/RN  
Delegacia de Polícia Civil

Endereço: Rua Desembargador Filgueira, 55, Centro, Areia Branca/RN  
Telefone nº (84) 3332-5045 - email: dmareia@rn.gov.br





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **1093 882 054 - 05** 3 - CPF da vítima: **1093 882 054 - 05** 4 - Nome completo da vítima: **Davidson Jacy Níves Bezerra**

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

5 - Nome completo: **Davidson Jacy Níves Bezerra** 6 - CPF: **1093 882 054 - 05**  
 7 - Profissão: **Montador** 8 - Endereço: **Rua Dodge** 9 - Número: **200** 10 - Complemento: **Capa**  
 11 - Salário: **Santa Julia** 12 - Cidade: **Mozambique** 13 - Estado: **PR** 14 - CEP: **59640 - 260**  
 15 - E-mail: **Níves.Perez@** 16 - Tel.(DDD): **(16) 99627-0000**

### 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: **00836 105.280 9** 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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. Apresente uma opção)

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

AGÊNCIA: **00836** CONTA: **105.280**

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **00836** CONTA: **105.280**

(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 de 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 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 parente de 1º grau?  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 clara, alegria, 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

**Davidson Jacy Níves Bezerra**

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FMS.001 V002/2019