



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	
DAVISON JACO ALVES BEZERRA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60315734	18/09/2020 10:17	2751229_CONTESTACAO_Anexo_03	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



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 3/5/6/7

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



10/09/2020



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica Citada pela Lei 10.438, de 26/04/02.

Companhia Energética de São Paulo S.A.
Rua Marquês, 100 - Bixoca, Mogi - SP, CEP 13052-200
CNPJ nº 06.958.000/0001-21 | Fone: (19) 2000.1000 | www.cosern.com.br

SABOR DO CLIENTE
NATHALIA LIZIA DA SILVA

INSCRIÇÃO DA VITRINA CONSUMIDORA
RUA DODGE 380

CPF: 093.085.264-80

SANTA JULIA URBANA
MOSSORO FM
09649-200

CLASSIFICAÇÃO
BY RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mossoró

09/02/2020	ONCA	1601/2020
10/02/2020	3011286641	2835000

7012475629	01/2020
23/01/2020	13/02/2020

Consumo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo (kWh) - 71,50	171,000000	0,3202774	55,40
Consumo (kWh) - 71,50	171,000000	0,3202774	55,40
Adicional Bandeira AMARELA			3,06
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,67

TOTAL DA FATURA

125,58

PERÍODO	PERÍODO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR
01/02/2020	01/02/2020	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000

PERÍODO	PERÍODO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR
01/02/2020	01/02/2020	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000

Atenção: Este documento é uma cópia eletrônica da fatura de energia elétrica emitida pela Companhia Energética de São Paulo S.A. (COSERN). A fatura original é a única válida para fins legais. A COSERN não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido desta cópia.

PERÍODO	PERÍODO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR
01/02/2020	01/02/2020	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000	12432000





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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-15956 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-88

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-05

Chamada Única: 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/BIBLIOTECABR/DOCS/REGRAS/ADMITTIPD-20080100-299726>

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

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

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, LUTA POR INTEGRIDADE FISCAL, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco de Assis Santiago
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 466395394 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário
Davison Jacob Alves Bezerra inscrito (a) no CPF sob o nº 093882054 / 05
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Davison Jacob Alves Bezerra
Inscrito (a) no CPF sob o nº 093882054 / 05 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recebe Renda: Recebe e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Rectas Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

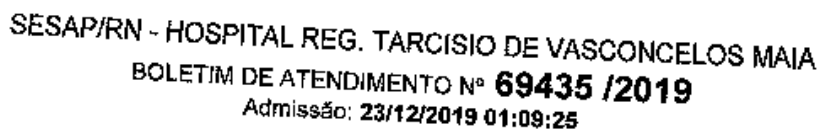
Endereço: <u>Rua Dodge</u>	Número: <u>200</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Santa Julia</u>	Cidade: <u>Monoré</u>	Estado: <u>RS</u>
E-mail: <u>Não Possui</u>		CPF: <u>59640-260</u>
		1ª (DDI): <u>51</u> (DDD): <u>99827-0066</u>

Local e Data:

Monoré-RS 30/03/2020

X Francisco de Assis Santiago
Assinatura do Declarante

FL001.002 9003/2020



CIRURGIA GERAL - AMARELO

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

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

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: REGULADO PARA A CIRURGIA GERAL; TRAZIDO EM AMBULANCIA

Classificação:
734.47340-540-55

PESQ:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 30 MIN; CONSCIENTE, ECG 15;
Hora: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANEADO 17/03/20

~~SECRET~~
~~CONFIDENTIAL~~

SAME / ABOVE

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

[illegible]

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

CID _____ Proc. _____

Data: ____/____/19. Hr: ____

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 30 de Dezembro de 2019.

(Assinar e



<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810170375800000057878105>

Número do documento: 2009181017037580000057878105

Num. 60315734 - Pág. 7


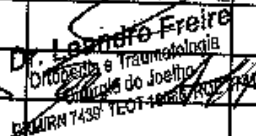
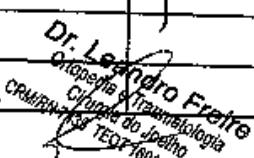


EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: DEIVISON JACO ALVES BEZERRA Leito: Rm: 1-16

DATA	EVOLUÇÃO
23-12-19	Vítima de queda com um to, porta trauma facial com ferimentos múltiplos em cavidade oral e face realizado suturas e redução de fratura do alveolar sup. Ao repouso masculino.

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
23-12-19	DIETA LÍQUIDA.			
	DECIDUO - 4g 08/086	IV	16	00
	SB - 0,9% 1500ml	IV	16 2 3	
	CLINDAMICINA 600mg 06/066	IV	16 2 3	04
	SAT. SODIC. UT	1h		
	SSV - 2006			
	HIGIENE ORAL 03 vezes ao dia			
	 Dr. José Paulo Sobrinho Cirurgião Dentista CRM/RN 1396			
	① Curativo - m.s. e (retirar todo o material).			
24/12/19	Pls. inter. com Colúquio BNF do PS. Orientado quanto necessidade de acompanhamento ambulatorial. ALTA BNF do PS			
	 Dr. Leonardo Freire Ortopedia e Traumatologia Clínica do Joelho CRM/RN 7439 TEST 14000 ROR 311			
24/12/19	ORTOPEDIA Paciente em fr. de todo fudo de Evolui bem sem complicações. EVB. m = m. Hospitalar			
	 Dr. Leonardo Freire Ortopedia e Traumatologia Clínica do Joelho CRM/RN 7439 TEST 14000 ROR 311			



Regulado P 1999-1179 (Dr. Jernon)

Dr. Gildásio Fernandes
Médico
CRMPE 26583

Feito Dupincha + Decodificação

Amo Jangao

CRMPE 50003
Médico
Dr. Gildásio Fernandes



Endereço	1226-39
Atendimento	19/03/2020
Atendimento	7:02

122639 **BOLETIM DE ADMISSÃO**

Nº AIH
CRISTINA

1508 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA

ADQ(A) - Sexo: MASCULINO - 12/11/1990 - 29 A, 4 M, 7 D	CPF: 093.882.054-05	RG: 002393246
70280660417366	Convênio: SUS	
CR01-06 205-04	Enfermaria: CR01 - CENTRO CIRURGICO 1	
Reço: DODGE, N° 200 - CEP: 59630-010		
End: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN	Profissão: MONTADOR	Bairro: SANTA JULIA
AO DECLARADO	Especialidade: ORTOPEDIA CIRURGICA	
	Mãe: LUCELENE ALVES BEZERRA	
Localidade: MOSSORO	Caráter de Atendimento: ELETIVO	
Responsável: DAVISON JACO ALVES BEZERRA		
Exame Solicitado: 0408020423-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMB - S523 - FRAT DA DIAFISE DO RADIO		
Resultado Definitivo:	Acomodação:	
	Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS	

Atendimento: 30/12/1899
Atendimento: 30/12/1899

HOSPITAL WILSON ROSADO
Convênio: 205-04
Com 03 Refeições
Sem Refeições
Acompanhante

Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido:

44 24206222406 7

História Clínica

stico Provável

Clonice Pereira da Silva
RESPONSÁVEL

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS



Queda ca mte, EGP
of Oct 1911

TCC / 2020-2021

на 0 руб 00 коп

Q. LIBRARY P/ NC

Dr. Vladimir de Oliveira Melo
Neurocirurgião
CRM/RN 6566

DAWpedco 23 12 19 02 296

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 17.10.2000
J. Vitor G. P. Barreto
SAME / ARQUIVO
mat. 158.343-0

refusa de accidenta di mator di lei
 grante di + scusare jenuelizats
 e di + Edino + depuochale
 antinno P.
 come nece unista di
 fu panno + antinno P wa
 fe dopo rodo (foleor)
 niente di ho l'ugno eletto
 Cf. eretto + l'alto and polino

W. José Pardo
CHIRIACO C
CROTON

Part A

BRF: VITIMA DO QUESA COM
MOTO, PORTA TRAMA BAIXA COM
FENÔMENOS MÚLTIPLOS, ALTA QUALIDADE
ONAL E FAÇO FEITO ANTISEPSIA + SUTURA,
AB ESTAB. DE IMBRES. TC = FRATURA DENTARU.

DR. LUIS E. ROSCHENKO
CENTRO DE TRATAMIENTO
1986-1988





Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

NOME										DATA									
Davidson Jacobo Alves Bezerra										19/03/2020									
SERVIÇO					ANESTESISTA					CIRURGIÃO									
HMR.					Edilson					Genivaldo / Edmarcio									
IDADE		SEXO		COR		PR. ART.		PULSO		TEMP.		ESTADO FÍSICO		PRÉ-ANESTÉSICO					
19		M				110x70		66				1 2 3 4 5							
DIAGNÓSTICO															SOS				

OPERAÇÃO REALIZADA				
Tto fratura antebraço exp.				
INÍCIO 16:30h	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA EXTRA
00				

[illegible]

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: (X) 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"/>	CONDIÇÕES	B <input checked="" type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	ÓBITO	
----------	---	------------------------------	---------------------	---	------------------------------	-----------	---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------	--

Dr. Edgar de Melo Junior
Anexo do Ictologista
ORL - Rm 5.003
TEA/SBA 15904





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

205-4

Pág.: 1/1

IENTE: 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

IO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		22/06/14
IRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	- Sola	24/06/12
IMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	- Sola	24/06/12
ALOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	- Sola	24/06/12
OXICAN 40MG PO INJ.	1,00AMP	IV	2X DIA	- Sola	
SEDRON 8 MG / 4 ML	1,00AMP	IV	08/08H	SN - Sola	SN

IV+CCGG

RATIVO DIÁRIO

20/9/20
R. Freitas

Dr. Gustavo M. Soares
Cirurgião de Mão, Braço e
Cotovelo

Dr. EDUARDO C. L. L. MEDEIROS
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRM/RN - 6439 - REOT 13540

6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEL



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

PC

Queda ca mte, ECEP;
de joelho

TCC de audição ca pte de

neurocirurgia

Dr. Wladimir de Oliveira Melo
Neurocirurgia
CRM/RN 6580

Ortopedia 23.12.19 08:23

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 17/10/2020

SAME / ARQUIVO

mot. 156.343-0

visão de audição de mte. aud.

grau de + 60 graus juvenis

e de + 60 graus + 60 graus

antebraço P.

com neuroma de

pe punho + antebraço P. com

pe de 100% de + 60 graus

visão de + 60 graus de + 60 graus

ca. com + 60 graus de + 60 graus

Dr. José Paulo
Ortopedia

ATA
da
BMT

BMT: VITUA DE QUESA COM

UNTO, PORTA TRAMA FACIAL COM

FENOMENOS MULTIPLOS COM CALIDADE

ONAR E FAÇO FEITO ANTISEPSIA + SUTURA
AB GARGAS DE LIMPEZA TC = FRATURA DENTRAL.

2350-100
VIGILÂNCIA
FARMACIA





HOSPITAL
WILSON ROSADO

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

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
18.03.20	07:15	RECEBO PACIENTE EM CENTRO CIRURGICO DA UNIDADE HOSPITALAR WILSON ROSADO, PROVENIENTE DA SUA RESIDÊNCIA, AO EXAME PACIENTE COM ENCEFALO ÍNTEGRO E PRESERVADO, TÓRAX CILÍNDRICO E PRESERVADO, COM FRATURA EM MSE, ABDÔME FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM EDEMAS, PACIENTE EM ESTADO GERAL BOM, NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA, REALIZADO SINAIS VITAIS, NORMOTENSA NORMOCORADO, AFEBRIL, O MESMO IRÁ SE SUBMETER A UM PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DRº EDUARDO E SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	
19.03.20	16:00	PACIENTE TRANSFERIDA PARA SA	
19.03.20	16:10	Realizado no SA unido do mo	
19.03.20	16:30	Início do procedimento cirúrgico qual + tubos de V-S-C com visto por Dr Edison	
19.03.20	16:35	Realizado diagnóstico com diagnósticos e sinais	
19.03.20	16:40	Início do procedimento cirúrgico feito de Diga do Rodo exposto	
		com Tendo por Dr. Oliveira com auxílio de Dr. Eduardo	
19.03.20	18:10	Término do procedimento cirúrgico com esternotomia, realizado curativo compressivo em FO por Jota Lima, com SSV estéril	

Estimar Santiago Dantas
TCC: ENFERMAGEM
COREN RN 1.273.268

19/03/2020

19/03/2020

19/03/2020

19/03/2020

19/03/2020

19/03/2020

19/03/2020

19/03/2020

19/03/2020

19/03/2020

19/03/2020

19/03/2020

19/03/2020



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

NPJ: 36.650.324/0001-50,

FOSSORÓRN

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

10/03/2020

PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

8:00:00

PACIENTE INTERNADO NESSE SETOR HOSPITALAR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 29 ANOS, PÓS CORREÇÃO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA FRATURA RADIO ESQUERDO. EVOLUINDO CONSCIENTE, ORIENTADO, EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE, EM DIETA VIA ORAL, AOS SSVV, NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEICO, EM AA, ACIANÓTICA, ANICTÉRICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS, SIC. ELIMINAÇÕES INTESTINAIS AGUARDA E VESICAIS PRESENTES. LIVRE DE EDEMAS, SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATORIA, COM AVP, VIABILIZANDO HV+TM, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

THATIANE
MICHELLE
FREITAS DE

THATIANE MICHELLE F. DE SOUZA
ENFERMEIRA
COREN-PR 243343



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Tel.: (84) 3318-9000

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1226539 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA

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

Convênio: SUS

Sexo: M

Idade: 29 A,4 M,7 D

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-04

19/03/2020

Anotação

	Técnico(a)	Assinatura
4:00:00 RECEBO PACIENTE DO SEXO MASCULINO 29 ANOS DE IDADE POS CIRURGIA FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO, CONSCIENTE E ORIENTADA VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, NORMOTENSA, NORMOCÁRDICA, EUPNEICA, AFEBRIL EM O2 AMBIENTE COM ACESSO PERIFÉRICO, COM HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA, ACEITA DIETA, DIURESE PRESENTE, CURATIVO LIMPO NO MOMENTO SEM RELATOS DE QUEIMAS E SEGUE EM REPOUSO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA: 120x70 TAX: 36,00% F.C.: 80 F.R.: 20 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 96 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	LIANY CARLOS DE AQUINO	
4:00:00 INICIADA A 1 ETAPA DE SF 500ML IV CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	LIANY CARLOS DE AQUINO	
7:00:00 APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA RETIRADO AVP E RECEBEU ALTA HOSPITALAR. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	LIANY CARLOS DE AQUINO	

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
CNPJ: 35.650.324/0001-50
MOSSORÓ/RN

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

1226539 - DAVISON JACO ALVES BEZERRA
Data de 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, Glicemia: 0, P.V.C: 0, P.A.M.T: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: Decúbito:
ADMINISTRADO 01 AMP DE DIPIRONA 500MG + ABD, IV, + 01 FR DE CEFALOTINA 1G + ABD, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MONALISA

Monalis Freitas da Costa
Téc. Enfermagem
COREN-RN 1359366

4:00

P.a.: Temp.: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, P.V.C: 0, P.A.M.T: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: Decúbito:
ADMINISTRADO 01 AMP DE TRAMAL 50MG + 100ML DE SF 0,9%, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MONALISA

Monalis Freitas da Costa
Téc. Enfermagem
COREN-RN 1359366

6:00

P.a.: Temp.: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, P.V.C: 0, P.A.M.T: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: Decúbito:
INICIADA 2ª 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

Monalis Freitas da Costa
Téc. Enfermagem
COREN-RN 1359366

19/03/2020

21:20

P.a.: 120x80, Temp.: 35,4, FC: 85, FR: 0, Glicemia: 0, P.V.C: 0, P.A.M.T: 0, Sat. O₂: 89, Fi. O₂: 0, Ventilação: Decúbito:
RECEBEMOS PACIENTE, PÓS DE CORTEÇÃO CONSOLIDAÇÃO VCIOSA FRATURA RADIO ESQUERDO, EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, RESPIRANDO EM AMBIENTE O₂, AO EXAME: AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDÍACO, EUPNEICO, ACEITA DIETA POR VO, DIURESE AUSENTE, EVACUAÇÃO AUSENTE, COM CURATIVO EM F.O. LIMPO E SECO, AVZ EM MSD, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, NO MOMENTO SEM RELATOS DE QUEIXA, SEGUIE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

MONALISA

Monalis Freitas da Costa
Téc. Enfermagem
COREN-RN 1359366

22:00

P.a.: Temp.: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, P.V.C: 0, P.A.M.T: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: Decúbito:
INICIADA 1ª ETAPA DE SF 0,9% DE 500ML, IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MONALISA

Monalis Freitas da Costa
Téc. Enfermagem
COREN-RN 1359366



CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA			
DETRAN - RN CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 015157944547	
VEB 00798135290	CAD. RENAVAM 00798135290	RANTRO 00798135290	EXERCÍCIO 2019
DAVISON JACQ ALVES BEZERRA			
CUF / DUF 093.882.054-05		PLACA MYG3201	
PLACA ANT / UF MYG3201 / RN		CHASSI WCG6H022020001285	
ESPÉCIE PASSAGEIRO/MOTOR		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO YAMAHA / YBR 125SD		ANO/FAB 2002 / 2003	
CATEGORIA 02V/124 CILINDROS		VERIFICAÇÃO VERIFICADA	
COTA ÚNICA 010602		VENC. COTA ÚNICA 12/06/2019	
P 010602		1º ANO 12/06/2019	
V 010602		2º ANO 12/06/2019	
A 010602		3º ANO 12/06/2019	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 010602		PRÊMIO TOTAL (R\$) 010602	
*** TAXAS DETRAN, DUTRA, ITV, DPVAT, ETC. OBSERVAÇÕES		MOTOR: E33TE-609903	
INSCRIÇÃO/RN 00798135290		DATA 30/07/2019	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIT. TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT	
RN Nº 015157944547 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR SAC DPVAT 0800 022 1804	
VEB 00798135290	CAD. RENAVAM 00798135290
CUF / DUF 093.882.054-05	PLACA MYG3201
ANO/FAB 2002 / 2003	CHASSI WCG6H022020001285
PREMIO TARIFARIO	
COTA ÚNICA 010602	VENC. COTA ÚNICA 12/06/2019
P 010602	1º ANO 12/06/2019
V 010602	2º ANO 12/06/2019
A 010602	3º ANO 12/06/2019
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 010602	PRÊMIO TOTAL (R\$) 010602
CUSTO DO BILHETE (R\$) 010602	CUSTO DO SEGURO (R\$) 010602
PAGAMENTO 010602	PARCELADO 010602
SEGUROADORA LIDER - DPVAT CNPJ 04.346.810/0001-04	

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DAVISOM JACO BEZERRA, brasileiro(a),
estado civil: CASADO, Profissão: MOVITADOR, Data do Acidente 22/12/2019
Cobertura Invalides, portador(a) do RG 00239246, órgão expedidor
____ e do CPF: 093882054-05 residente no(a)
RUA DODGE, nº 200
bairro: SANTA JULIA, município: MOSSORÓ / RU.

OUTORGADO:

Nome: Francisco de Assis Santiago, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro Profissão: Autônomo, portador(a) do RG
595373, órgão expedidor SP e do CPF: 466.395.394-53, residente
no(a) Rua Dodge, nº 200
bairro: Santa Julia, município: Moore / R.

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.

Moore - RU 33/03/2020

Local e Data



Assinatura do Outorgante

(Assinatura acompanhada por autenticidade)

OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

Rua Joaquim Nogueira, 60 - Titular: Gisele Chaves Tereno Góes. (84) 3032-2591

E-MAIL:

RECONHECIMENTO por AUTENTICIDADE

DAVISOM JACO BEZERRA (093.882.054-05)

COPIA em: 18/09/2020 10:17:04

SERIE DIGITAL: AN20091810170375800000057878105

Assinatura em: 18/09/2020 10:17:04

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA SILVA

CPF: 597.276.914-04

Assinatura em: 18/09/2020 10:17:04

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA SILVA

CPF: 597.276.914-04

Assinatura em: 18/09/2020 10:17:04

MARIA DA CONCEIÇÃO DE 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/12/2019

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 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

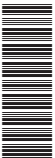
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15846745

Pag. 00465/00466 - carta_01 - INVALIDEZ

00020233





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ OAMS (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) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA☐ R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 presenciat, 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 discordar 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☐ 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 resíduo (voluntário)?

☐ 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 -

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:

Mozambique - 15/03/2020

X DAVISON JACO ALVES BEZERRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/05/2020 - Autoatendimento 16:34:41
836074930 1035

TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: ~~WILSON ROQUE DE OLIVEIRA~~
AGENCIA: ~~0036-1~~ CONTA: ~~105.282-9~~

FAVORECIDO:
AGENCIA: 0036-1 CONTA: 105.282-9
CLIENTE: DAVISON J ALVES BEZERRA
VALOR: 2002
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 Sólton de Fronte 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 Lucilena 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 fora jogado contra o solo, sendo atendido no Hospital Municipal Flaviana Jacinto 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

Lucilena Alves Lima
M.O. 190.933-9
Delegada Policia Civil

Endereço: Rua Desembargador Filgueira, s/n, Centro, Areia Branca/RN
Telefone nº (84) 3332-5045 - e-mail: dmareia-branca@rn.gov.br





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 093 882 054-05 4 - Nome completo da vítima: Davison Jaco Alves 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: Davison Jaco Alves Bezerra 6 - CPF: 093 882 054-05
7 - Profissão: Montador 8 - Endereço: Rua Dodge 9 - Número: 200 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Julia 12 - Cidade: Mozópolis 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59640-260
15 - E-mail: Nao Poni 16 - Tel.(DDD): (84) 99927-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEANCA (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 (Todas as bancas)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 0036 1 CONTA: 105.282 9
(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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nos outros dois irmãos? ☐ 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 o 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Mozópolis RJ 28/03/2020

Davison Jaco Alves Bezerra

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

