



Número: **0801931-92.2020.8.20.5103**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Currais Novos**

Última distribuição : **10/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE BEZERRA DE MEDEIROS (AUTOR)		Flávia Maia Fernandes (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60668 337	28/09/2020 16:11	<a href="#">2754053_CONTESTACAO_Anexo_03</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: 07/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00805

CONTA: 000000042946-3

---

Nr. da Autenticação 29FA010C434D15FD



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 28/09/2020 16:11:15  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092816111489200000058203195>  
Número do documento: 20092816111489200000058203195

Num. 60668337 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200263653      **Cidade:** Currais Novos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE BEZERRA DE MEDEIROS      **Data do acidente:** 14/03/2020      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 03/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º METACARPOS DA MÃO DIREITA.  
FRATURA DIAFISÁRIA DE URNA À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

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

**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 DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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>





**caern**

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Térreo, CEP 59015-000  
CNPJ: 08.334.383/0001-85 / INSC. Estadual: 20055.426-3  
Admin. Central (84) 3232-4432 / Divisão: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO  
Av. Senador Salgado Filho, 1555, Térreo  
CNPJ: 08.334.383/0001-85 / INSC. Estadual: 20055.426-3  
E15  
34095344-5

CONTÁ DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 08/05/2020 AS 08:33:58

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO	
JOSE BEZERRA DE MEDEIROS RUA DAS TURMALINA, N. 71 - JK CURRAIS NOVOS RN 59380-000		1000178	05/2020	
INSCRIÇÃO 412.003.455.0114-000	ROTA 5	SEQ.ROTA 1023	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL, COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICO 1	
HIDRÔMETRO Y185131141	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	
CONSUMO ÁGUA (m³): 0		DATA LEITURA: 08/05/2020		
		LEIT. ATUAL: 0		
		LEIT. ANT.: 0		
		DIAS CONSUMO: 31		
HISTÓRICO DE CONSUMO				
REF 04/2020 03/2020	CONSUMO 0 0	REF 02/2020 01/2020	CONSUMO: 0 0	MÉDIA 0
DESCRICAÇÃO ÁGUA RES. ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		CONSUMO TOTAL (R\$)		
CONSUMO DE ÁGUA ESGOTO 35,0% DO VALOR DE ÁGUA		0,113 43,77 15,57		





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 14119 /2020  
Admissão: 15/03/2020 11:22:23



### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 168236 - JOSE BEZERRA DE MEDEIROS (64 a 5 m 14 d)

Nascimento: 27/11/1955 Natural: NATAL.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 705206477166376 CPF: 09810960425 Prof: MINEIRO  
Mãe: ANA IZABEL DE MEDEIROS Pai: ANTONIO BEZERRA DE MEDEIROS  
Logradouro: TURMALINA , 71  
CEP: 59380000 Bairro: J K Cidade: CURRAIS NOVOS  
Telefone: 84 .996817772 Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA  
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS: VINDO DE CURRAIS NOVOS	Classificação: 15/03/2020 11:17:22								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

#### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO COM TRAUMA EM BRACO DIREITO  
Hora: \_\_\_\_:

#### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: 15/03/2020 13:19:18 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por TEREZA CRISTINA SOARES. Impresso em 11 de Maio de 2020.



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 28/09/2020 16:11:15  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092816111489200000058203195>  
Número do documento: 20092816111489200000058203195

Num. 60668337 - Pág. 4

**SUS****Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **168236 JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**

Prontuário: 1195186

CNS: 705206477166376

Nascimento: 27/11/1955

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ANA IZABEL DE MEDEIROS

Pai: ANTONIO BEZERRA DE MEDEIROS

Endereço: RUA TURMALINA , 71 - J K - CURRAIS NOVOS

Fone: 996817772 /

Município: CURRAIS NOVOS

Código Municipal IBGE:

240310 UF: RN

CEP: 59380-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo N° 10641 / 2020

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO****PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º METACARPOS EM MÃO DIREITA + FRATURA DIAFISÁRIA DISTAL DA ULNA IPSILATERAL.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

RX + CLINICA

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

VER ACIMA

**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

S62.3 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO\*408020539,TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXACAO / FRATURA-LU

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Faz Antibioticoterapia Diabetes Hipertensão Obesidade Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

FILIPPI RANIERI ALVES

CRM: 6963 / RN

Data da Solicitação 15/03/2020

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

- ( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

**Número da Autorização:** \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_



**SUS****Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: <b>168236 JOSE BEZERRA DE MEDEIROS</b>	Prontuário: 1195186			
CNS: 705206477166376	Nascimento: 27/11/1955	Sexo: Masculino	Cor: PARDA	
Mãe: ANA IZABEL DE MEDEIROS	Pai: ANTONIO BEZERRA DE MEDEIROS			
Endereço: RUA TURMALINA , 71 - J K - CURRAIS NOVOS	Fone: 996817772 /			
Município: CURRAIS NOVOS	Código Municipal IBGE:	240310	UF: RN	CEP: 59380-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 10614 / 2020

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO****PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

frat exposta mão D

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

TTT cirúrgico

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

semiologia e Rx

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S62.3 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO\*408020377.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESAO FISAR

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

MAO, FX;2 ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Diabetes  Hipertensão  Obesidade  Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão  Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

LEONARDO DOS SANTOS CORREIA

CRM: 4547 / RN Data da Solicitação 15/03/2020

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

**Número da Autorização:** \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_



 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria do Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho	<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>
---	-----------------------------

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: José Borges da Mota SEXO: MAS(  ) FEM(  )

LEITO: 703 REG. N°: \_\_\_\_\_ DT NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

SETOR: PSA(  ) PSI(  ) CC/CRO(  ) ENFERM. (  ) UTI(  )

URGÊNCIA(  ) ELETIVA(  ) DATA: 15/3/20 HORA: \_\_\_\_\_

**EXAMES**

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA   | <input type="checkbox"/> SÓDIO      | <input type="checkbox"/> D-DIMERO         |
| <input type="checkbox"/> GLICEMIA  | <input type="checkbox"/> POTÁSSIO   | <input type="checkbox"/> TAP/TTPA/INR     |
| <input type="checkbox"/> UREIA   | <input type="checkbox"/> CÁLCIO     | <input type="checkbox"/> LACTATO          |
| <input type="checkbox"/> CREATININA  | <input type="checkbox"/> MAGNÉSIO   | <input type="checkbox"/> FOSF. ALCALINA   |
| <input type="checkbox"/> TGO   | <input type="checkbox"/> VSH        | <input type="checkbox"/> CLASSIF ABO/RH   |
| <input type="checkbox"/> TGP   | <input type="checkbox"/> PCR        | <input type="checkbox"/> B-HCG            |
| <input type="checkbox"/> BTT/FRAÇOES   | <input type="checkbox"/> CPK        | <input type="checkbox"/> COLESTEROL E FR* |
| <input type="checkbox"/> AMILASE   | <input type="checkbox"/> CKMB       | <input type="checkbox"/> TRIGLICERÍDEOS*  |
| <input type="checkbox"/> DHL   | <input type="checkbox"/> TROPONINA  | <input type="checkbox"/> PROT T/FRAÇÕES*  |
| <input type="checkbox"/> GAMA GT   | <input type="checkbox"/> MIOGLOBINA | <input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE URINA |
| <input type="checkbox"/> GASOMETRIA: ARTERIAL ( <input type="checkbox"/> ) VENOSA ( <input type="checkbox"/> )<br><small>* = EXAMES NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA</small> |                                     |   |

**OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)**

Rx - N - N - P - RL - URT

RAIOS-X

Realizado dia 15/3/2020 Hora: 11:15

Técnico: Filippi Ranieri Alves

Assinado: Filippi Ranieri Alves

CRM RN 6963/TEOT 15251

INDICAÇÃO CLÍNICA:

15/03/2020



Paciente: 168236 - JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

BAA: 4-14119/2020

Idade: 64 ano(s) 5 mes(es) e 14 dia(s)

Nr. Arquivo:

Peso:

Prescrição N°: 1

Data Atendimento: 15/03/2020 11:22

Hospital / Unidade: WG - POLITRAUMA

Convênio: SUS/GRATUITO

Início Validade: 15/03/2020 13:11 até 16/03/2020 18:59

Sala: POLITRAUMA

Médico Resp.: 184-LEONARDO DOS SANTOS CORR

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

15/03/2020 13:11:45 - aguarda CC

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO		Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE							
SOLUÇÃO		Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE				IV	Contínuo	21gota/min	
a - SORO FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML							
SIST. F		1.500	BOLS				
Tempo: 11904,76h							
MEDICAMENTO		Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML		1	AMP	IV	6h/6h		
Obs.: +18 ml de ABD							
4 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML		1	AMP	IV	8h/8h		
S/N em caso de vômitos							
Obs.: +18 ml de ABD							
5 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML		1	AMP	IV	12h/12h		
Obs.: + 18ml de ABD							
6 - OXACILINA 500MG (1FA+5ML ABD)		1	FA	IV	4h/4h		
CUIDADOS		Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
7 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS							
8 - CURATIVO DIARIO							

LEONARDO DOS SANTOS CORREIA

CRM-4547/RN

Avisos: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

11/05/2020 16:42



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 28/09/2020 16:11:15  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092816111489200000058203195>  
 Número do documento: 20092816111489200000058203195

Num. 60668337 - Pág. 8

**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL**

PRMV015\_R7 - Impressão da Prescrição Médica



Página 1 de 1

11/05/2020 16:42

**Paciente:** 168236 - JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**BAA:** 4-14119/2020**Idade:** 64 ano(s) 5 mes(es) e 14 dia(s)**Nr. Arquivo:****Peso:****Prescrição N°:** 1**Data Atendimento:** 15/03/2020 11:22**Hospital / Unidade:** WG - POLITRAUMA**Início Validade:** 15/03/2020 13:11 até 16/03/2020 18:59**Convênio:** SUS/GRATUITO**Sala:** POLITRAUMA**Médico Resp.:** 184-LEONARDO DOS SANTOS CORR**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

15/03/2020 13:11:45 - aguarda CC

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

<b>NUTRIÇÃO</b>	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
<b>1 - LIVRE</b>						
<b>SOLUÇÃO</b>	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
<b>2 - SOLUÇÃO DE</b> a - SORO FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 11904,76h	1.500	BOLS	IV	Continuo	21gota/min	
<b>MEDICAMENTO</b>	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Obs.: +18 ml de ABD	1	AMP	IV	6h/6h		
4 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N em caso de vômitos Obs.: +18 ml de ABD	1	AMP	IV	8h/8h		
5 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML Obs.: +18ml de ABD	1	AMP	IV	12h/12h		
6 - OXACILINA 500MG (1FA+5ML ABD)	1	FA	IV	4h/4h		
<b>CUIDADOS</b>	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
<b>7 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS</b>						
<b>8 - CURATIVO DIARIO</b>						

LEONARDO DOS SANTOS CORREIA

CRM-4547/RN

) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

11/05/2020 16:42



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 28/09/2020 16:11:15  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092816111489200000058203195>  
 Número do documento: 20092816111489200000058203195

Num. 60668337 - Pág. 9

**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL**

PRMV015\_R7 - Impressão da Prescrição Médica



Página 1 de 1

11/05/2020 16:43

**Paciente:** 168236 - JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**FIA:** 4-2886/2020**Idade:** 64 ano(s) 5 mes(es) e 14 dia(s)**Prescrição Nº:** 4**Hospital / Unidade:** WG - 3 ANDAR**Convênio:** SUS/GRATUITO**Nr. Prontuário:** 1195186**Peso:****Data Internação:** 15/03/2020 13:19**Início Validade:** 18/03/2020 07:54 até 18/03/2020 18:59**Quarto / Leito:** 8 - 329**Médico Resp.:** 184-LEONARDO DOS SANTOS CORR**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

18/03/2020 07:55:26 - PACIENTE ESTÁVEL, COM FRATURA DE METACARPO, AGUARDANDO MARCAÇÃO DE CIRURGIA PELO NIR  
CD: SUSPENDER OXACILINA AMANHÃ

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

<b>NUTRIÇÃO</b>	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
<b>MEDICAMENTO</b>						
2 - OXACILINA 500MG (1FA+5ML ABD) Obs.: FAZER POR 72 HORAS - SUSPENDER NA PRESCRIÇÃO DE QUINTA FEIRA (19/03/2020)	2	FA	IV	4h/4h		10 14 18
3 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML	1	AMP	IV	6h/6h		12 18
4 - BROMOPRIDA 5MG/ML	1	AMP	IV	8h/8h		14
5 - <u>TRAMADOL 50MG/ML - 2ML</u>	1	AMP	IV	8h/8h		14
6 - SORO FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F	1	BOLS	IV	12h/12h		12
7 - CAPTOPRIL 25MG S/N se PA > 160 X 100 mmhg	1	COM	VO	8h/8h		
<b>CUIDADOS</b>						
8 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais Obs.: SEM POMADA				6h/6h		07:54 13:54
9 - CURATIVO Obs.: SEM POMADA				24h/24h		07:54

FRANCISCO CANINDE CAMARA DA SILVA JUNIOR

CRM-4120/RN

alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

11/05/2020 16:43

Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 28/09/2020 16:11:15  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092816111489200000058203195>  
 Número do documento: 20092816111489200000058203195

Num. 60668337 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 28/09/2020 16:11:15  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092816111489200000058203195>  
Número do documento: 20092816111489200000058203195

Num. 60668337 - Pág. 11

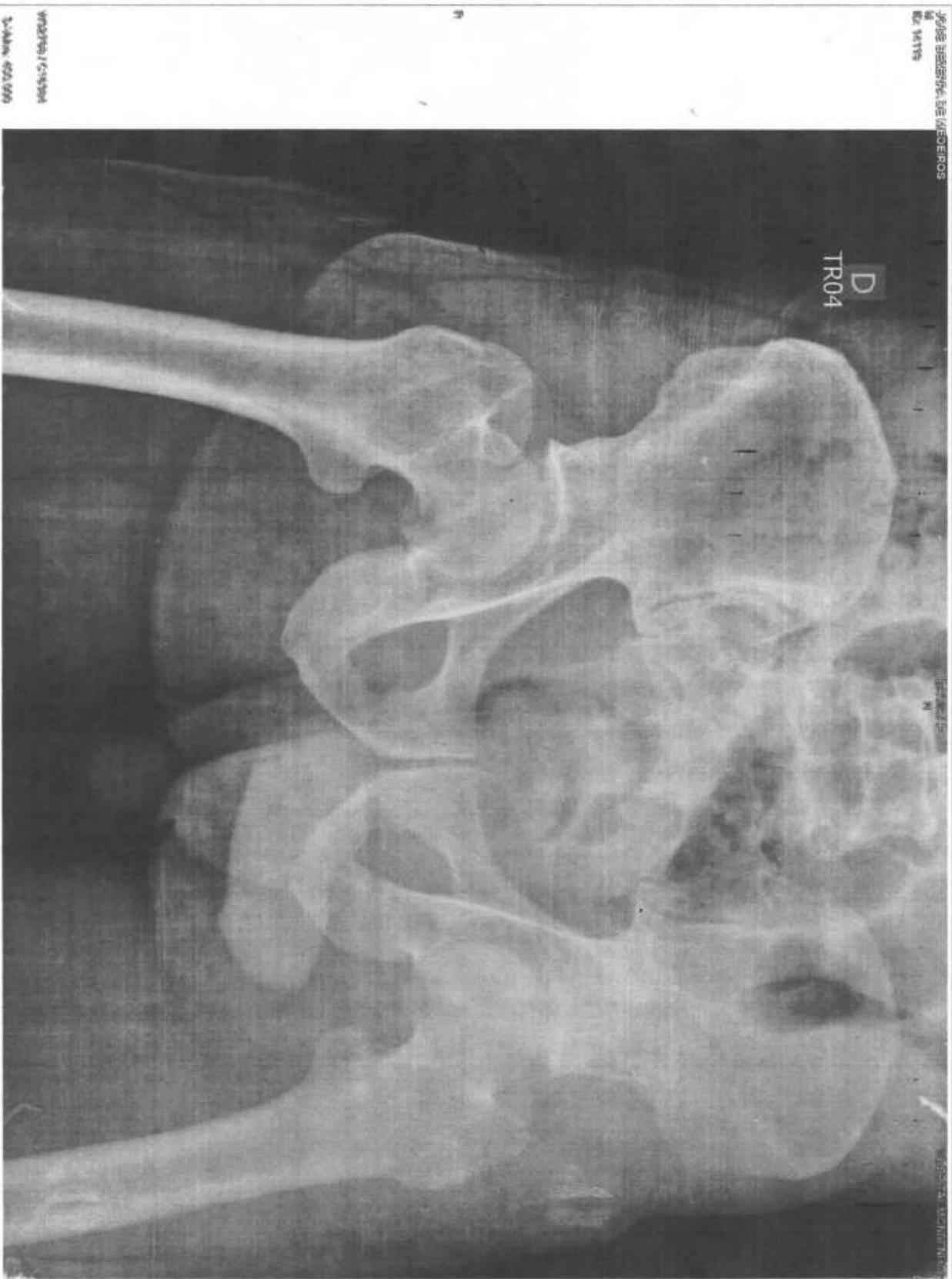


Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 28/09/2020 16:11:15  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092816111489200000058203195>  
Número do documento: 20092816111489200000058203195

Num. 60668337 - Pág. 12



Id: Paciente: 703  
Paciente: JOSÉ BEZERRA DE MEDEIROS  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Data Exame: 15/03/2020 18:10:32  
Técnico: ADRIANO  
Idade: 0 anos



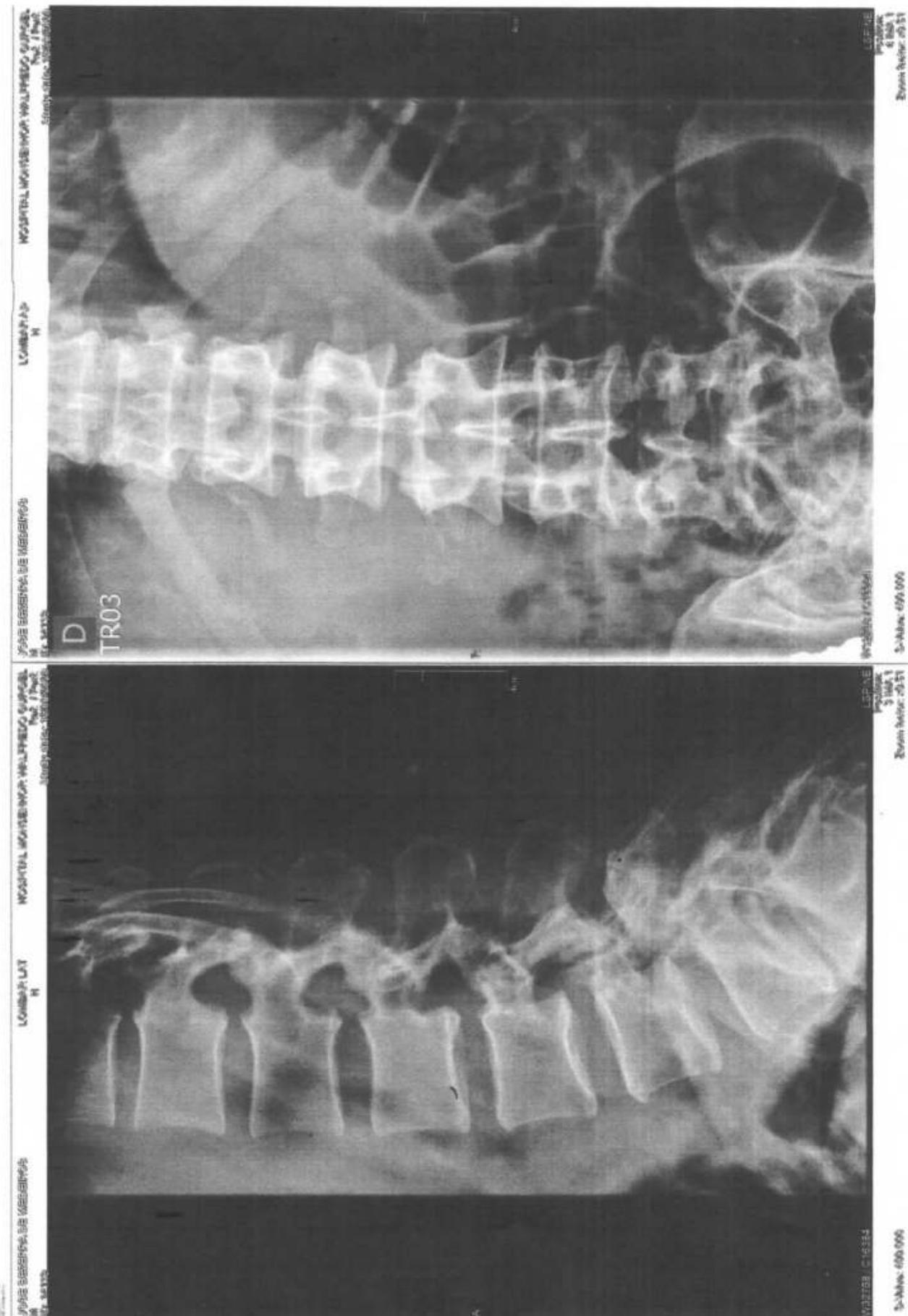
PROJETO  
PROJETO  
PROJETO  
PROJETO  
PROJETO

4cm



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 28/09/2020 16:11:15  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092816111489200000058203195>  
Número do documento: 20092816111489200000058203195

Num. 60668337 - Pág. 14





**caern**

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Térreo, CEP 59015-000  
CNPJ: 08.334.383/0001-85 / INSC. Estadual: 20055.426-3  
Admin. Central (84) 3232-4432 / Divisão: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO  
Av. Senador Salgado Filho, 1555, Térreo  
CNPJ: 08.334.383/0001-85 / INSC. Estadual: 20055.426-3  
E15  
34095344-5

CONTÁ DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS  
IMPRESSO EM 08/05/2020 AS 08:33:58

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO		
JOSE BEZERRA DE MEDEIROS RUA DAS TURMALINA, N. 71 - JK CURRAIS NOVOS RN 59380-000		1000178	05/2020		
INSCRIÇÃO 412.003.455.0114-000	ROTA 5	SEQ.ROTA 1023	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL, COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICO 1		
HIDRÔMETRO Y185131141	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO		
CONSUMO ÁGUA (m <sup>3</sup> ): 0		DATA LEITURA: 08/05/2020 LEIT. ATUAL: 0 LEIT. ANTR.: 0 DIAS CONSUMO: 31			
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REF 04/2020 03/2020	CONSUMO 0 0	REF 02/2020 01/2020	CONSUMO: 0 0	MÉDIA 0 0	
DESCRICAÇÃO ÁGUA RES. ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(s) CONSUMO DE ÁGUA ESGOTO 35,0% DO VALOR DE ÁGUA				CONSUMO 0,113 15,37	TOTAL (R\$) 43,77 15,37



De:

**JOSÉ BEZERRA DE MEDEIROS**

Rua das Turmalinas, 71 – JK

Currais Novos/RN - CEP: 59.380-000





Para:  
**Terra do Sol Corretora de Seguros**  
Av. Dão Silveira, 7940, Loja 41  
Candelária - Natal/RN - CEP: 59.066-180



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169636/20

**Vítima:** JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

**CPF:** 098.109.604-25

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/03/2020

**Titular do CPF:** JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**JOSE BEZERRA DE MEDEIROS : 098.109.604-25**

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: 18/06/2020  
Nome: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS  
CPF: 098.109.604-25

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020  
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA  
CPF: 103.995.364-69

JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

THIARA VIRGINIA DA HORA





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, 22 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200219028**      **Vítima: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**

**Data do Acidente: 14/03/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**

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

Pag. 00983/00984 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030492

Carta nº 15879578





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, 27 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200263653**      **Vítima: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**

**Data do Acidente: 14/03/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**

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

Pag. 01935/01936 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010968

Carta nº 15976312





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, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200263653 Vítima: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

**Data do Acidente: 14/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**

Informamos que o pagamento da ind

informações abaixo:

Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%  
Dano Pessoal: 70% 0701

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: **JOSE BEZERRA DE MEDEIROS**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000805

Conta: 0000042946-3

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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:  098.109.604-25 4 - Nome completo da vítima: **JOSÉ BEZERRA DE MEDEIROS**

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

5 - Nome completo: <b>JOSÉ BEZERRA DE MEDEIROS</b>	6 - CPF: <b>098.109.604-25</b>		
7 - Profissão: <b>NAO INFORMADA</b>	8 - Endereço: <b>RUA DAS TURMALINAS</b>	9 - Número: <b>71</b>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <b>JK</b>	12 - Cidade: <b>CURRAIS NOVOS</b>	13 - Estado: <b>RN</b>	14 - CEP: <b>59.380-000</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>(84) 99681-7772</b>	

### 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:

<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. Assinale uma opção)

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

#### CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: **0805** CONTA: **00042946** 3 (Informar o dígito se existir)

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

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou Vivos: Falecidos: 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim pais/avós Vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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, CURRAIS NOVOS/RN, 15 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

0002/2019

TESTEMUNHAS





Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi automaticamente gerado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.  
Acesse o link dentro da mensagem para visualizar os detalhes da ocorrência na Área de Seguimento e  
cadaque o link para o documento original, no endereço https://www.cespn.rn.gov.br/

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001011475 1.2 Data de Expedição: 17/04/2020 10:28:19  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 14/03/2020 18:00:00 2.2 Logradouro: ESTRADA RN 041 - SENTIDO CURRAIS NOVOS A LAGOA NOVA  
2.3 Número: 00 2.4 CEP: 59.360-000  
2.5 Complemento: 2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMIDADES DO LIXÃO  
2.7 Bairro: ZONA RURAL 2.8 Cidade: CURRAIS NOVOS  
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Núm. Completo: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS 3.2 Estado civil: Casado(a)  
3.3 Etnia: BRANCO 3.4 Pef: ANTONIO BEZERRA DE MEDEIROS  
3.5 Mãe: ANA ISABEL DE MEDEIROS 3.6 Data de Nascimento: 27/11/1955  
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: 367024 - SSP-RN  
3.9 CPF: 08810900425 3.10 Passaporte:  
3.11 Nacionalidade: 3.12 Naturalidade: CURRAIS NOVOS  
3.13 Profissão: APOSENTADO 3.14 E-Mail: MLM42904@HOTMAIL.COM  
3.15 Telefone(s): 84 99916767 3.16 Logradouro: RUA DA TURMALINA  
3.17 Número: 71 3.18 CEP: 59360000  
3.19 Bairro: JK

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DA(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico  
A vítima estava caminhando pela via de acostamento da Estrada RN 041 no sentido para Currais Novos, quando inesperadamente o veículo tipo catolla, a cor preta, de placa OGQ0E97, conduzido pelo acusado, ultrapassou em alta velocidade um caminhão pipa e atingiu a vítima, arremessando-o para o chão, onde da queda foi acomulhado de várias fraturas pelo corpo (pé, dentes, mão, punho, braço), tendo recebido o socorro emergencial através do SAMU que o conduziu para o hospital de Currais Novos, que no dia seguinte (15/03/2020) o hospital o encaminhou para o hospital Valfredo Gurgel em Natal, tendo por lá passado alguns dias e, diante da não previsão para realizar as cirurgias necessárias e com o avanço da pandemia coronavírus, retornou para Currais Novos onde foi atendido por um médico que realizou raio X e constatou várias fraturas, estando com o braço engessado aguardando nova avaliação. Que o acusado evadiu-se e não prestou socorro à vítima.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO  
O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Comunicante: JOSE BEZERRA DE MEDEIROS  
Data: 17/04/2020 15:28:49

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 17/04/2020 16:19:01

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA - 28/09/2020 16:11:15  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092816111489200000058203195>  
Número do documento: 20092816111489200000058203195

Num. 60668337 - Pág. 24



## 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:  098.109.604-25 4 - Nome completo da vítima: **JOSÉ BEZERRA DE MEDEIROS**

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

5 - Nome completo: <b>JOSÉ BEZERRA DE MEDEIROS</b>	6 - CPF: <b>098.109.604-25</b>		
7 - Profissão: <b>NAO INFORMADA</b>	8 - Endereço: <b>RUA DAS TURMALINAS</b>	9 - Número: <b>71</b>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <b>JK</b>	12 - Cidade: <b>CURRAIS NOVOS</b>	13 - Estado: <b>RN</b>	14 - CEP: <b>59.380-000</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>(84) 99681-7772</b>	

### 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:

<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. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: **0805**

CONTA: **00042946**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

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 presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou Vivos:  Sim  Não 31 - Vítima Falecidos:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou Falecidos:  Sim  Não pais/avós Vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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, **CURRAIS NOVOS/RN, 15 DE MAIO DE 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**V002/2019**

TESTEMUNHAS





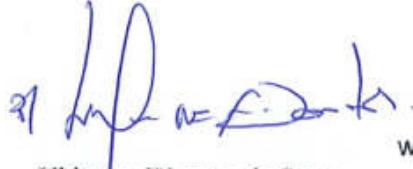
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**  
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência Nº209795/1 referente ao paciente **JOSE BEZERRA DE MEDEIROS** 65 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 14/03/2020 em Currais Novos/RN, Conforme ficha anexa.

Natal, 20 de maio de 2020

  
21/05/2020  
Ubiratan Wagner de Sousa  
Coordenador da Regulação Médica  
SAMU 192 RN  
Mat-210991-3

SAMU 192 RN  
Wilma Maria Fernandes Dantas  
Coordenadora Geral  
Matrícula: 195836-4  
CPF: 466.295.804-00

**SAMU 192 RN**  
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN  
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS  
CEP: 59.022-545  
FONE: 84 3209-5316



## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 209795/1

Data: 14/03/2020

## CHAMADO

TARM: NISIA SOARES PAZ XAVIER

Médico Regulação: ROSÂNGELA KALYNE SANTOS VERAS DE MORAIS

Rádio Operador: RENATO KLEBERSON DA SILVA

Médico Cena: BERGSON DOS SANTOS SANTIAGO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 23 (CURRAIS NOVOS)

Equipe VTR: ALEXANDRE MORAIS DE MEDEIROS - CONDUTOR DE VEÍCULO DE  
EMERGÊNCIA  
ANA AMÉLIA GUIMARÃES - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MEDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSF./INTERNAÇÃO
---------------------	-------	------------	--------	---------------------	----------------------------	--------------------

Cidade: CURRAIS NOVOS

Nome do Solicitante: VALTECIO

Telefone: (84) 99971-7721

Nome do Paciente:

JOSE BEZERRA DE MEDEIROS

Idade: \*

64 ANO(S)

Sexo: \*

MASCULINO

Endereço: BR 043 SENTINDO LAGOA NOVA

Nº: BR

Bairro:

Outro Bairro: BR

Referência/Complemento: NA SAIDA DO LIXAO NA SAIDA DE LAGOA NOVA

Unidade de Destino Transferência: HOSP. CURRAIS NOVOS

**Observações Rádio Operador:** USB CHEGANDO NO HOSPITAL DE CURRAIS AS 22:35PACIENTE. ENTREGUE AOS CUIDADOS DR LEONARDO NO HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS. HORÁRIOS: CHEGADA NA OCORRÊNCIA 18:20; SAÍDA PARA O HOSPITAL LOCAL 18:39; CHEGADA NO HOSPITAL LOCAL 18:52; SAÍDA PARA O HOSPITAL DE LAGOA NOVA 20:45; CHEGADA NO HOSPITAL DE LAGOA NOVA 21:19; RETORNO PARA O HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS 22:05; CHEGADA NO HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS 22:39.

Queixa Primária: ATROPELAMENTO POR CARRO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

14/03/2020 18:08:47 - Dr(a). ROSÂNGELA KALYNE SANTOS VERAS DE MORAIS

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: ATROPELAMENTO POR CARRO, CONSCIENTE, DOR EM DORSO, SEM SINAIS DE FRATURA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

## OBSERVAÇÕES

Data: 14/03/2020 18:10:03 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) RENATO KLEBERSON DA SILVA

Observação: Controle de frota: LIBERADA A USB-23(CURRAIS NOVOS)SAÍDA DO PRÓPRIO P.A.

Data: 14/03/2020 22:35:51 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Observação: Controle de frota: USB CHEGANDO NO HOSPITAL DE CURRAIS AS 22:35

Data: 14/03/2020 23:36:10 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) RENATO KLEBERSON DA SILVA

Observação: Controle de frota: USB CHEGANDO NO HOSPITAL DE CURRAIS AS 22:35PACIENTE. ENTREGUE AOS CUIDADOS DR LEONARDO NO HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS. HORÁRIOS: CHEGADA NA OCORRÊNCIA 18:20; SAÍDA PARA O HOSPITAL LOCAL 18:39; CHEGADA NO HOSPITAL LOCAL 18:52; SAÍDA PARA O HOSPITAL DE LAGOA NOVA 20:45; CHEGADA NO HOSPITAL DE LAGOA NOVA 21:19; RETORNO PARA O HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS 22:05; CHEGADA NO HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS 22:39.



## HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
14/03/2020	14/03/2020	14/03/2020	14/03/2020	14/03/2020
18:07:30	18:08:47	18:09:27	18:10:00	18:20:00
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
14/03/2020	14/03/2020	14/03/2020	14/03/2020	
18:39:00	18:52:00	23:36:05	23:36:07	

Observação do Apoio:

## CONDUTA

 Conduta VTR Remoção

## Conduta Médico Regulador:

14/03/2020 18:46:47 - BERGSON DOS SANTOS SANTIAGO  
QTI CURRAIS NOVOS.

## REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

CURRAIS NOVOS - HOSP. CURRAIS NOVOS

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

 Vaga Negada

Motivo da entrada:

Ass:

 Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

 H. ligação ao serv prop.:
 Vaga Zero

## PERTENÇES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

## ACIDENTE DE TRABALHO?

 Sim  Não

## VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

 Sim  Não