



Número: **0814731-73.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **25/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCELO SILVA BEZERRA (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34975 110	01/10/2020 10:04	<a href="#">2754341_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

# 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) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARCELO SILVA BEZERRA 6 - CPF: 052.278.004-05  
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: SÍTIO GURITIBA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: QUEIMADAS 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.475-000  
15 - E-mail: KAMIAKYAPAFB@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 183) 99174-5061

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:   AGÊNCIA: 9508 9 CONTA: 27800 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, QUEIMADAS, 24 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

/002/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUEIMADAS  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



Declaração

Declaro para devido fins de comprovação que, **Marcelo Silva Bezerra, RG: 2867377** e inscrito no CPF: 052.278.004-05, foi atendido por nossa equipe da USB-40 com ID- **230047**, no dia **23/10/2019** as **13:27h**, vítima de queda de moto na Br 104, próximo ao Formigão. Após regulação médica, o mesmo foi levado para o Hospital de Trauma de Campina Grande onde foi recebido pelo **Dr. Francisco C. Catão**, Médico, para dar continuidade no atendimento especializado.

  
Ítalo Kleber M. dos Santos  
ENFERMEIRO  
COREN-PB 156.897

Ítalo Kleber Medeiros dos Santos

Coordenador do Samu - Queimadas-PB

Queimadas, 26 de Março de 2020.



# 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:	04/08/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

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

CLIENTE: MARCELO SILVA BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02508-9

CONTA: 000000027800-9

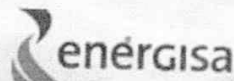
---

---

Nr. da Autenticação 7046517C1A873D52



MARCELO SILVA BEZERRA  
S/T GURITIBA, S/N - AREA RURAL  
QUEIMADAS / PB CEP: 56475000 (AG 401)  
CPF/CNPJ/RANI: 052.778.004-05



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligação: MONOFÁSICO  
Roteiro: 1-403-308-1742 Nº Medidor: 00009007010



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

4/274926-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 6002749265



VALOR DA FATURA

R\$ 60.46



VENCIMENTO

11/03/2020



REFERÊNCIA

Mar / 2020



CONSUMO

57kWh

1.90 kWh  
MÉDIA DIÁRIA  
LEITURA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Jan/20 R\$ 60,21

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa de Tributos	Valor Base (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0601	Consumo em kWh	57	0,704956	40,18	40,18	25	04	40,18	0,31	1,45
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0603	CUSTO DE EMISSÃO SEGUNDA VIA 02/2020			3,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0603	CUSTO DE EMISSÃO SEGUNDA VIA 12/2019			0,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2020			1,64	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2019			0,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2020			1,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2019			1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2019			-1,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	COMPENSAÇÃO POR DÍGITO 01/2020									

CCI	Código de Classificação do Item	Tarifa s/ Tributos	0497652	TOTAL	60,46	40,18	10,04	03,16	0,31	1,45
-----	---------------------------------	--------------------	---------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

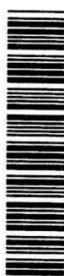


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:04:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110044103500000033428209>

Número do documento: 20100110044103500000033428209

DATA: 24/10/2019  
 HORA: 12:05:51



\*2367949\*

<b>Prontuário</b> 927218	<b>Nome do Paciente</b> MARCELO SILVA BEZERRA	<b>Nascimento</b> 05/09/1983	<b>Idade</b> 36	<b>Sexo</b> M	<b>Cor</b>	<b>Naturalidade</b>	<b>Religião</b> 1-CATOLICA
<b>Estado Civil</b>	<b>CPF</b> 2867377	<b>RG</b> 2867377	<b>Grau de instrução</b>	<b>Profissão</b>	<b>Fone Residencial</b>	<b>Fone Trabalho</b>	
<b>Filiação</b> Mãe: BENEDITA JOSEFA BEZERRA	<b>Pai:</b>						
<b>Endereço</b> R. EUNICE RIBEIRO, 190A - CENTRO, QUEIMADAS-PB CEP: CEP 58440000	<b>Complemento Endereço</b>						
<b>Atendimento</b> 2367949	<b>Data</b> 24/10/2019	<b>Hora</b> 12:04	<b>Sector</b> 3008-SECRETARIA CONVENIOS	<b>Tipo Atendimento</b> 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA			
<b>Médico Atendente</b> 1002309-ANDREY LEAL WANDERLEY				<b>Motivo Atendimento</b> 3-INTERNAÇÃO/ELETIVA			
<b>Plano / Convênio</b> 37-PACOTE/1-PACOTE ENFERMARIA	<b>Nº Carteira</b>	<b>Validade</b>	<b>Nº CNS</b>	<b>Out - 2 dias</b>			
<b>Posto</b>	<b>Acomodação</b>	<b>Leito</b>					
<b>Guia</b> INTERNAÇÃO	<b>Procedimento</b> 99936666 INTERNAÇÃO						

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro assumir previamente pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de internação e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete.  
 Obrigo-me assim, a solver os valores tão logo sejam apresentados bem como os respectivos depósitos na forma de regulamento e critério que são do meu inteiro comprometimento.

*Marcelo Silva Bezerra*  
 Assinatura

CAMPINA GRANDE, 24 de 10 de 19

Responsável: MARCELO SILVA BEZERRA  
 Endereço: R. EUNICE RIBEIRO, 190A Bairro CENTRO, QUEIMADAS-PB  
 Telefone: 99174-5061

**WILMA**  
 Responsável pelo Atendimento

*Wilma*

**MARCELO SILVA BEZERRA**  
 Responsável pelo Paciente

X

CAMPINA GRANDE, 24 de Outubro de 2019





Top Implants e Materiais Cirurgicos Ltda  
Rua Prof. Inácio Simões, 42  
Centenário - CEP 58.428-013  
Fone: (83) 3322-2375  
Campina Grande - PB  
topimplantes@gmail.com

## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: IV. A. S.

Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: fratura do úmero

Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: Marcos Silva Bezerra

Data da Cirurgia: 24/10/19

Prontuário N°: 727618

Convênio: Parto

Cirurgião: Andrey Leal

Coódigo: \_\_\_\_\_

( ) Reposição

( ) Caixa Pronta

### DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Total
01	Placa de úmero 4/03 1000			
01	Parafuso Cortical N° 38			
03	Parafuso de bloqueio N° 30			
01	Parafuso de bloqueio N° 26			
01	Parafuso " " N° 40			
01	" " " " N° 42			
01	" " " " N° 45			
01	" " " " N° 50			
Obs: todos os materiais em litôrio				

### ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO	N°								Valor Unt.	Valor Total
CORTICAL. 3.5mm	Qtd.									
	Cód.									
PARAFUSO CORTICAL. 4.5mm	N°									
	Qtd.									
CORTICAL. 4.5mm	Cód.									
PARAFUSO ESPONJOSO. 4.0mm	N°									
	Qtd.									
ESPONJOSO. 4.0mm	Cód.									
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm	N°									
	Qtd.									
ESP. R/16 CURTA	Cód.									
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm	N°									
	Qtd.									
ESP. R/32 LONGA	Cód.									
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	N°									
	Qtd.									
MALEOLAR 4.5mm	Cód.									

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F. para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE



N° do pedido: \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:04:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110044103500000033428209>

Número do documento: 20100110044103500000033428209

№ 051902

PACIENTE: Marcelo Silva Bezerra 36 a.

CONVÊNIO: Pacote SUS ☐ PRONTUÁRIO: 927218 / 2367949 DATA: 26/10/18

CIRURGIA: The Chicago MSD

CIRURGIÃO: Dr. Andrei      aux: Genal

AUXILIAR: M. Aristotelys ANESTESISTA: M. R. Lindorfer

CIRCULANTE fabiano SALA: 07 HORÁRIO: INÍCIO: 14 : 00 FINAL: 16 . 30

SALA: 01

HORARIO: INICIO: 07:30

FINAL: 16:30

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	06
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
265799	BEXTRA	01
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122789	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
154666	CETROPROFENO IV	01
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	02
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	01
69906	OMEPRAZOL 40mg	01
70181	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIEMPAX 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
125149	DIMORF 10mg	01
69655	DORMONID	
69639	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8869	HIDANTAL	
9962	KETALAR	01
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
126233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	01
2801	LIDOCAINA 2% C/V	04
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
1996	NEOCAINA PESADA	
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
264580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	01
142451	SEVORANE	
142451	XXI ESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
40126	AGULHA DESCARTÁVEL N°	05
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA RAQUI N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	038
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA CREPON N°	15 02
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25X28	08
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO SUÇÃO N°	
	DRENO TÓRAX N°	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	1 metro
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	07
	GAZES	07
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL N°	01
3468	INTRA-CATH	
	JELCO N°	02
	LÂMINA BISTURI N°	01
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	01
40126	LUVAS 7.5	04
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	30cm
	SCALPS N°	01
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	02
3689	SERINGA DE 10cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	02
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	01
	SONDA FOLEY N°	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
	CRDMADO C/A N°	
	CRDMADO S/A N°	
	ETHIBOND N°	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL N°	
	MONONYLON N°	20.4 02
	PROLENE N°	
	VICRYL N°	4.22.40mm 01
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ALCOOL	
304000	CLOREXIDINA	150ml
2631	ÉTER	
3603	PVPI DEGERMANTE	150cm
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	12
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	12
	MICROSCÓPICO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	12
	NITROGÊNIO	
	OXIDO NITROSO	
	OXIGÊNIO	12
	OXÍMETRO DE PULSON	12
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	03
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	01
134489	VOLUMEN 6%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	Kit de curativos	01
	Agulha com 2	01
	Filtro bacteriano	01
	Bombrão	01
	Filme de papel	01
	Disco de 1 metro	01
	Pl 03 curativos	01
	Parede de curativos	01
	Ve 32	
	Kit de curativos de 1 metro	03
	Kit de 30	

Fabiana Teofilo C. Felix  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 1243970

Parafusos de 100 01





PACIENTE: *Marcelo S. Bezerra*  
 N° DO FRONTEIRO: \_\_\_\_\_ N° DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 DATA DA OPERAÇÃO: *29/10/11* ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
 OPERADOR: *ANDREY*  
 1º AUXILIAR: *Arístides* 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 ANESTESISTA: *BOANERDO* TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fratura mero proximal*  
 TIPO DE OPERAÇÃO: *Trat. cirúrgico de fratura de mero proximal*  
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *Idi*  
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: \_\_\_\_\_  
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: *Sim*  
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁLICA - TELA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO - VICERAS

*Paciente sob anestesia  
 Arterial e venosa  
 Com fratura operatória  
 Fratura de mero proximal  
 Redução e fixação de fratura  
 de mero proximal com  
 placa bloqueada e parafusos  
 Sutura por planos*

Dr. Andrei Vanderley  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CIRURGIA DE OMBRO  
 CRM 6625-PB



# HOSPITAL ANTONIO TARGINO

RT Responsável Técnico  
Dr. Luciano Holanda  
CRM 7.2546

## BOLETIM DE ANESTESIA

1ª Via Branco - Hospital  
2ª Via Amarela - Anestesiista  
3ª Via Verde - Farmacêutico  
4ª Via Azul - Cirurgião

NOME: Walter Silva APTO: 302 SEXO: ☒ M ☐ F

CONVÊNIO: União IDADE: 36 INÍCIO: 15-12 FIM: 15-12

NÚMERO DA CARTEIRA: 15-12 TERMINO: 15-12

GUIA DE INTERNAÇÃO: 15-12 HÓRARIO ESPECIAL: ☐ SIM ☒ NÃO

SENHA: 15-12

DATA DE NASCIMENTO: 24/10/24

CIRURGIA

☒ ELETIVA ☐ URGÊNCIA

☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA) I II III IV V

DATA: 24/10/24

AGENTES	QTD.
Adrenalina	
Atropina	
Bextra	
Bupivacaína Isotônica	
Bupivacaína Hiperbólica	
Bupivacaína % /adr	
Cipro	
Clexane	
Decatron	
Dipirona	
Diprivan	
Diprivan PPS	
Dobutrex	
Dormitol 15mg	
Efedrina	
Esmeron	
Fentanil	
Flaxyl	
Forane	
Halotano	
Hidrocortisona	
Hipnolitade	
Kefazol	
Keflin	
Ketalar	
Laxix	
Liquemine	
Mefeniglin	
Morfina /10 mg	
Narcen	
Naparin	
Nimbium	
Nitrid	
Noradrenalina	
Norcuren	
Ochlochia	
Pavulon	
Plasil	
Profenid	
Prostigmin	
Quelicin	
Rapfen	
Ravivan	

Diagnóstico Pré-Operatório:

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1ª/2ª/3ª Auxiliares)

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1ª/2ª/3ª Auxiliares)

Equipe Anestesiológica

Instrumentador(s)

Códigos

Procedimentos Realizados:

hoco de 1417

Horário: 15-15

AGENTES	H2O / AR	O2	LIQUIDOS	VENOSOS	ECG	SpO2	EICO2
SOL. INDOCAINA							
SOL. DE ENFER							
VENOSOS							
M							
2							
1							

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME: Moreira Suelio Borges  
A.A.: M-N

LEITO: 821

CONVÊNIO: Particular

DIAGNÓSTICO:

DATA: 24/10

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
1. Diclofenaco - livre						
2. SF 0,9%, 2000 ml EV em 24h						
3. Dexametasona 2mg + H <sub>2</sub> O EV 6/6h	16 <sup>00</sup>					
4. Dexametasona 2mg + H <sub>2</sub> O EV 8/8h	16 <sup>00</sup>					
5. Grand 100mg + SF EV 8/8h						
6. Clonazepam 4mg EV 1/12h						
7. Paracetamol 4g EV 8/8h						
8. Aspirina 75mg EV 8/8h	16 <sup>00</sup>					
9. SF 0,9%						

Dr. Andrey Wanderley  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DE OMBRO  
CRM 5625-PB

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

Admissão  
Paciente admitido p/ cirurgia  
de um intercostal

26/10 7:00 PO


Assadura

Alta

Dr. Andrey Wanderley  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DE OMBRO  
CRM 5625-PB

Dr. Andrey Wanderley  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DE OMBRO  
CRM 5625-PB



 <b>HOSPITAL</b> <b>ANTONIO TARGINO</b>	<b>RELAÇÃO DE MATERIAIS</b>		
	NOME: <u>Marcela Silva Bezerra</u>	LEITO: <u>82-P</u>	CONVÊNIO: <u>Part</u>
	ALA: <u>M.N</u>	DATA: <u>29/10/19</u>	

MATERIAL	M	T	N	MATERIAL	M	T	N
Advantage(fita p/HGIT)				Intracatch adulto			
Água destilada 1.0 Ml				Jelco nº			
Água destilada 1.000 ml				Jelco nº			
Aguilha descartável nº				Lamina bisturi nº			
Aguilha descartável nº				Lanceta			
Algodão hidrófilo (bola)				Luva cirúrgica nº			
Atadura de crepom cm				Luva cirúrgica nº			
Bolsa de colostomia simples				Luva procedimento(par)			
Bolsa de karaya				Micropore(10cm)			
Cânula de guedel nº				Mononylon nº			
Cânula p/ traqueostomia nº				Polifix 2 vias			
Cateter nasal tipo óculos				Polifix 4 vias			
Cateter duplo lumen				Prestobarba			
Cateter para hemodiálise				Scalp nº			
Coletor de urina sist. fechado				Scalp nº			
Coletor de urina sist. aberto				Seringa descartável de 1cc			
Dreno de penrose nº				Seringa descartável de 3cc			
Eletrodos				Seringa descartável de 5cc			
Equipo p/bomba de infusão				Seringa descartável de 10cc			
Equipo com bureta				Seringa descartável de 20cc			
Equipo macro com injetor				Sonda endotraqueal nº			
Equipo micro gotas simples				Sonda endotraqueal nº			
Equipo fotossensível				Sonda enteral nº			
Equipo para PVC				Sonda folley 2 vias nº			
Equipo macro para dieta				Sonda folley 3 vias nº			
Equipo enteral p/ bomba infusão				Sonda nasogastrica nº			
Espadrado (10 cm)				Sonda retal nº			
Fita adesiva (10cm)				Sonda uretral nº			
Frasco para dieta 300 ml				Sonda uretral nº			
Fraldas descartáveis				Soro fisiológico 100 ml			
Gazes (pacote)				Soro 0,9% 10ml			

**OBSERVAÇÕES:**

**OXIGÊNIO**

DATA: / / LIGADO(H): ASS: /  
 DATA: / / DESLIGADO(H): ASS: /

**OXIGÊNIO**

DATA: / / LIGADO(H): ASS: /  
 DATA: / / DESLIGADO(H): ASS: /

Téc. Enf. Manhã

Roginaldo M. Maracá Neto  
 TEG-DE ENFERMAGEM  
 COREN - PE 918807  
 Téc. Enf. Tarde

Shirley S. Santos  
 TEG-DE ENFERMAGEM  
 COREN - PE 918807  
 Téc. Enf. Noite



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

NOME:

ALIAS:

LEITO:

MÉDICO:

IDADE:

DATA:

MANHÃ

TARDE

Paciente orientado de Ceto  
vibrante, P.O. de ombros, náusea  
nao de controle, sem queixas,  
sem os outros.

NORTE

Paciente em P.O. de ombros, consciente  
e orientado, apático, eupneico, contactante  
AVP p/ Rb, queixa dor no globo ocular  
(B), hiperemia, diátese presente esponta-  
nea, aceto de Rb. Rb controle em prom-  
tuário, m. m. m.

25/10 Paciente evolui de alta hospitalar

Mariana Alves M. de Sousa  
Téc. Enfermagem  
COREN-PA 1082556







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**PB**

NOME  
**MARCELO SILVA BEZERRA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2867377 SSP PB

CPF  
052.278.004-05

DATA NASCIMENTO  
05/09/1983

FILIAÇÃO  
VILARIO GOMES BEZERRA  
BENEDITA JOSEFA  
BEZERRA

PERMISSÃO  
ACC  
CAUVA  
AD

Nº REGISTRO  
02449220505

VALIDADE  
26/01/2022

1ª HABILITAÇÃO  
29/07/2002

OBSERVAÇÕES

*Marcelo Silva Bezerra*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO  
06/02/2017

*Amilcar*  
ASSINATURA DO EMISSOR

15266941861  
PR033870578

**PARAÍBA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1410648012

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1410648012



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200263200 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 23/10/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 29/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 4, 9  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 INTENSA DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206946/20

**Vítima:** MARCELO SILVA BEZERRA

**CPF:** 052.278.004-05

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

**Data do acidente:** 23/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCELO SILVA BEZERRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**MARCELO SILVA BEZERRA : 052.278.004-05**

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: 24/07/2020  
Nome: MARCELO SILVA BEZERRA  
CPF: 052.278.004-05

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

MARCELO SILVA BEZERRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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: 3200263200

Vítima: MARCELO SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO SILVA 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,

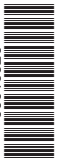
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15976432

Pag. 01839/01840 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010920







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, 09 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200263200

Vítima: MARCELO SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO SILVA 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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARCELO SILVA BEZERRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000002508-9

Conta: 0000027800-9

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](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) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARCELO SILVA BEZERRA 6 - CPF: 052.278.004-05  
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: SÍTIO GURITIBA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: QUEIMADAS 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.475-000  
15 - E-mail: KAMIAKYAPAFB@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (183) 99174-5061

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 9508 9 CONTA: 27800 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, QUEIMADAS, 24 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

/002/2019



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência**  
**Nº 043537.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 043537.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 23:18 min do dia 07/07/2020, na Delegacia Online, **Marcelo Silva Bezerra**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Autônomo, natural de Queimadas, nascido(a) em 05/09/1983, idade 36, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de Benedita Josefa Bezerra e Vilario Gomes Bezerra, CPF 052.278.004-05, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Guritiba, nº 0, complemento Prox ao muro de Manoel Bento, bairro Zona Rural, na cidade de Queimadas/PB. CEP: 58475000, telefone(s) (83)996080289, registrou o seguinte:

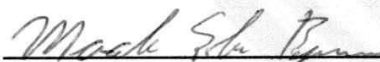
**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 23/10/2019 13:27h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: BR 104, Zona Rural, Queimadas/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Declaro para os devidos fins de comprovação que eu, Marcelo Silva Bezerra, RG 2867377 e inscrito no CPF 052.278.004-05, fui atendido por uma equipe do SAMU Queimadas / USB -40 com ID- 230047, no dia 23/10/2019 as 13:27 hs, vítima de acidente de trânsito queda de moto de placa OGA1421/PB HONDA POP VERMELHA provocada por uma colisão entre a moto citada com um cachorro na BR 104 próximo ao formigão no sentido Queimadas x Campina Grande. após os primeiros socorros médicos fui levado ao hospital de trauma de Campina Grande e fui recebido pelo DR. Francisco C. Catão, médico, para dar continuidade no atendimento especializado

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expexo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

  
Marcelo Silva Bezerra

FADD3B2C9F0EF116422672683646FF86

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Nº 043537.01.2020.0.00.704 1/1

