



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
<b>MARCELO SILVA BEZERRA (AUTOR)</b>	<b>GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34975 110	01/10/2020 10:04	<a href="#"><u>2754341_CONTESTACAO_Anexo_02</u></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: <b>MARCELO SILVA BEZERRA</b>	6 - CPF: <b>052.278.004-05</b>		
7 - Profissão: <b>AUTÔNOMO</b>	8 - Endereço: <b>SITIO GURITIBA</b>	9 - Número: <b>SIN</b>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <b>ÁREA RURAL</b>	12 - Cidade: <b>QUEIMADAS</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58.475-000</b>
15 - E-mail: <b>KAMIKAKYARA.FB@GMAIL.COM</b>	16 - Tel.(DDD): <b>(183) 99144-5064</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:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA:  9

CONTA:  27800

9

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

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 Lider 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 nascrito (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 Lider 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/bu  
benfeitor/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

/02/2019

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

**Marcelo Sáez**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUEIMADAS  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – 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, vitima 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 Medeiros dos Santos*  
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



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

Num. 34975110 - Pág. 3

MARCELO SILVA BEZERRA  
SIT: CURITIBA, PR - ÁREA RURAL  
QUEIMADAS / PR CEP: 59475000 (AG 401)  
CPF/CNPJ/RANI: 062 278 004-05

energisa

Grupo: CONVENCIONAL / BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligação: MONOFÁSICO  
Roteiro: 1-403-308-1742 - NP Medidor: 00008037010

**UNIDADE CONSUMIDORA (UC)**

**4/274926-5**

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO! UTILIZANDO O CÓDIGO: 0000747255

<b>VALOR DA FATURA</b> 	<b>VENCIMENTO</b> 
<b>R\$ 60,46</b>	<b>11/03/2020</b>
<b>REFERÊNCIA</b> 	<b>CONSUMO</b> 
<b>Mar / 2020</b>	<b>1.90 kWh MEDIATÓRIA LEITURA ESTIMADA</b>
<b>SITUAÇÃO DE DÉBITOS</b>	
<b>FATURAS EM ATRASO</b>	
Jan/20 R\$60,46	

**DESCRITIVO**

CCI	Descrição	Quant.	Tarifa ou Tributos	Valor Base Custo Total (R\$)	ICMS (R\$)	IRF (R\$)	ICMSF (R\$)	REF (R\$)	ICMSU (R\$)	REFU (R\$)	ICMSM (R\$)	REFM (R\$)
0601	Consumo em kWh	57	0,704970	40,16	40,16	25	0,04	40,16	0,31	0,00	0,00	0,00
0607	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0607	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0,06	0,00	0	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0603	CUSTO DE EMISSÃO SEGUNDA VIA 02/2020			3,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0603	CUSTO DE EMISSÃO SEGUNDA VIA 12/2019			0,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 02/2020			1,64	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 12/2019			0,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0606	MULTA 02/2020			1,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 12/2019			1,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2019			1,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	COMPENSAÇÃO POR DÍCRI 01/2020											

CCI: Código de Classificação do item  
Tarifa e/ou Tributos: 0,497650

TOTAL: 60,46 40,16 10,04 0,31 1,45

**HOSPITAL ANTONIO TARGINO**  
**HOSPITAL**  
**ANTONIO**  
**TARGINO**

**SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO**

**REGISTRO DE INTERNAÇÃO**

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



Prontuário **Nome do Paciente**

**927218** MARCELO SILVA BEZERRA

Estado Civil

**CPF**

**RG**

Grau de instrução

Profissão

Nascimento

**05/09/1983**

Idade

**36**

M

Sexo

**M**

Cor

**Naturalidade**

**Religião**

**1-CATOLICA**

Filiação

Mãe: BENEDITA JOSEFA BEZERRA

Pai:

**Endereço**  
 R.EUNICE RIBEIRO,190A - CENTRO, QUEIMADAS-PB CEP: CEP 58440000

Fone Residencial

Fone Trabalho

Complemento Endereço

Atendimento **Data**

**2367949** 24/10/2019

**Hora**

12:04

**Setor**

**Tipos Atendimento**  
 5-INTERNACAO CIRURGICA

**Motivo Atendimento**

3-INTERNACAO/ELETIVA

**Nº Carteira**

**Validade**

**Nº CNS**

**Posto**

Acomodação

**Leito**



\*927218\*

**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. Obrigó-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.

*Lançio Silva Bezerra*

Assinatura

**WILMA**  
 Responsável pelo Atendimento

CAMPINA GRANDE , 24 de Outubro de 2019

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

**MARCELO SILVA BEZERRA**  
 Responsável pelo Paciente





**Top Implantes e Materiais Cirúrgicos Ltda**  
Rua Prof. Inácio Simões, 42  
Centenário - CEP 58.428-013  
Fone: (83) 3322.2575  
Campina Grande - PB  
topimplantes@gmail.com

## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital:	<i>N. A. S</i>	Código:	
Procedimento:	<i>Fratura do limbo</i>	Cód. do Procedimento:	
Paciente:	<i>Marcos Silva Bezerra</i>		
Data da Cirurgia:	<i>24/10/18</i>	Prontuário Nº:	<i>767618</i>
Cirurgião:	<i>Anday Leal</i>	Coódigo:	<input checked="" type="checkbox"/> Reposição <input type="checkbox"/> Caixa Pronta

## **DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Total
01	Paca de limão c/03 folhas			
01	Pacotudo Softeal N: 32			
06	Pacotudo de legumes N: 30			
01	Pacotudo de frutas N: 36			
01	Pacotudo N: 18			
01	Pacotudo N: 18			
01	" " N: 45			
01	" " N: 30			
obs: todos os pacotudos em folhas				

#### **ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS							Valor Unit.	Valor Total
PARAFUSO CORTICAL. <b>3.5mm</b>	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
PARAFUSO CORTICAL. <b>4.5mm</b>	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
PARAFUSO ESPONJOSO. <b>4.0mm</b>	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
PARAFUSO ESPONJOSO. <b>6.5mm</b> ESP. R/16 CURTA	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
PARAFUSO ESPONJOSO. <b>6.5mm</b> ESP. R/32 LONGA	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
PARAFUSO MALEOLAR <b>4.5mm</b>	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

**Obs : O preenchimento do prontuário é obrigatório.**

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: \_\_\_\_\_

Estrar N.F. para: \_\_\_\_\_

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

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

Nº do pedido: \_\_\_\_\_





HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

## NOTA DE SALA

Nº 051902

**PACIENTE:** Marcelo Silveira Bezerra 36 g.

**CONVÊNIO:** Pacote

SUS

SUS  PRONTUÁRIO: 92721812367949 DATA: 24/10/16

**CIRURGIA:** Tratamento MS D

**CIRURGIÃO:** Dr. André

AUXILIAR: Dr. Aristóteles

AUXILIAR: Geral

**ANESTESISTA:** Dra. Fernanda

CIRCULANTE bacioni

**ANESTESISTA:** Dr. Bernardo.

**CIRCULANTE** *bastidores* **SALA:** 02 **HORÁRIO: INÍCIO:** 17 : 00 **FINAL:** 17 : 30

CIRCULANTE	SALA:	02	HORÁRIO: 14:00	FINAL 16:30
CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.		
1872	ADRENALINA			
1880	ÁGUA DESTILADA	06		
1899	AMINOFILINA			
1929	ARAMIN			
2070	ATROPINA			
265799	BEXTRA	01		
1902	BICARBONATO DE SÓDIO			
4650	CEFALOTINA 1g			
122769	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		
5873	DOPAMINA			
32190	EFEDRINA			
5339	FENERGAN			
2038	FUROSEMIDA			
4286	GARAMICINA			
2046	GLICOSE 50%			
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO			
5398	HEPARINA			
5380	HIDROCORTISONA			
2062	METOCLORPAMIDA			
37859	NAUSEDRON 8mg	01		
69906	OMEPRAZOL 40mg	01		
70181	PROSTIGMINE			
70238	QUELICIM			
28819	RANITIDINA			
70335	SOLUMEDROL 500mg			
403792	TORADOL			
70971	TRANSAMIN			
70572	TILATIL 40mg			
CÓD.	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		
89620	PETIDINA			
73210	TRAMAL			
146832	ULTIVA			
CÓD.	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		
	SEVORANE			
	XYLFOSTROMA			
CÓD.	MATERIAL	QUANT.		
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01		
110089	AG. RAQUI 27BD			
120089	AG. RAQUI 25BD			
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD			
40017	AGULHA DESCARTÁVEL N°	05		
	AGULHA PERIDURAL N°			
	AGULHA RAQUI N°			
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	035		
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	Per	08	
	DRENO PENROSE N°			
	DRENO SUCÇÃO N°			
	DRENO TÓRAX N°			
59587	ELETRODO	05		
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01		
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA			
2615	ESPARADRAPO	100ml		
20117	FITA GLICEMIA			
142220	GAZES 7,5X7,5	Per		
	GAZES	Per	010	07
3425	GELFOAN			
60917	GILETE			
	GUENDEL N°	05	01	
3468	INTRA-CATH			
	JELCO N°	18	02	
	LÂMINA BISTURI N°	24	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		

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

<http://pie.tipp.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110044103500000033428209>

Número do documento: 20100110044103500000033428209

Num. 34975110 - Pág. 7

PACIENTE:	Marcelo S. Bezerra		
Nº DO FRONTUÁRIO:			
DATA DA OPERAÇÃO:	29/10/11	Nº DO ATENDIMENTO:	
OPERADOR:	André Lacerda		
1º AUXILIAR:	Antônio Lacerda	2º AUXILIAR:	
3º AUXILIAR:			
ANESTESISTA:	Bernardo	TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORÍO:	Fratura aberta de ombro		
TIPO DE OPERAÇÃO:	Terat. corrigindo fratura de ombro		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORÍO:	Colif		
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:	SIM		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	/		

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: TÁTICA - TÉCNICA: IRIGAÇÕES-DRENAGEM-SUTURA-MATERIAL EMPREGADO-ASPECTO - VÍCERAS

paciente sob anestesia  
intubada e intubada  
em geral operação por  
grau de fratura de ombro  
redução por placa de  
redução e fixação de fratura  
de ombro proximal com  
placa bloqueada e parafusos  
fixada por placas

Dr. André Lacerda  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DE OMBRO  
CRM 0625-PB



**HOSPITAL**  
**ANTONIO TARGINO**

R\$ Responsável Técnico  
Dr. Luciano Holanda  
CRM/F: 2948

**BOLETIM DE ANESTESIA**

**CIRURGIA**

**AGENTES**

**QTDE.**

1<sup>a</sup> Via Branca - Hospital  
2<sup>a</sup> Via Amarela - Anestesista  
3<sup>a</sup> Via Rosa - Fisiatria  
4<sup>a</sup> Via Azul - Cirúrgico

NOOME:	Adrenalinha
CONVÉNIO:	Atropina
NÚMERO DA CARTERA:	Bextra
GUIA DE INTERNAÇÃO:	Bupivacaina Isotáctica
SENHA:	Bupivacaina % Iadr
DATA DE NASCIMENTO:	Cipro
Diagnóstico Pré-Operatório:	Clexane
1 <sup>a</sup> Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)	Dacatron
Equipe Anestesiológica	Dipirona
Instrumentador(a)	Diprivan
Procedimentos Realizados:	Dobutrex
2 <sup>a</sup> Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)	Dormond 15mg
	Efedrina
	Esmarcon
	Fentanil
	Flagyl
	Forane
	Haldano
	Hidrocortisona
	Hypnormadate
	Kefazol
	Ketilin
	Ketalar
	Lasix
	Liquemine
	Methergolin
	Morfina <u>10</u> mg
	Narcan
	Naporphin
	Nimbutum
	Niprid
	Noradrenalinha
	Norcuron
	Ocitocina
	Pavulon
	Plasili
	Profenid
	Prostigmine
	Quelicin
	Ropfan
	Rauivan

Horário	<u>11:30 hr 15/10/20</u>
OXIGÊNIO	<u>S</u>
AGENTES NAO AR	<u>S</u>
LÍQUIDOS SÓLIDOS	<u>S</u>
SOL. DE RINGER	<u>S</u>
LÍQUIDOS CONG. HABITAS	<u>S</u>
VENOSOS	<u>S</u>
ECG	<u>S</u>
M	<u>S</u>
SpO <sub>2</sub>	<u>S</u>
ECO <sub>2</sub>	<u>S</u>



NOME:  
A.A:

Morello Silveira Bezerra  
M-N

PREScriÇÃO MÉDICA

LEITO:

CONVÉNIO:

Poerib

DIAGNÓSTICO:

DATA: 24/10

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

1. Nicteca livre

2. JFR 0,9% 2000 ml CV em 12h

3. Dizopropina 0,1 + 1000 CV 6/6/2

4. Ketorolaco 100 mg + 500 CV 1/12.

5. Glicoril 100 g + 1000 CV 8/8/2

6. Oxygato 100 g CV 1/12a

7. Flunidronato 400 mg CV 8/8/2 3x

8. Cefazolina 1g CV 8/8/2

9. -

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

Evolução MÉDICA

Notas:

Parcele adamentado p/ curvatura.  
Até no interbrocos

12/10 7:30

Assinatura

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.



### RELAÇÃO DE MATERIAIS

NOME:

ALIA: M. N.

LEITO:

82-P

CONVÉNIO:

Point

DATA: 24 / 10 / 19

MATERIAL	M	T	N	MATERIAL	M	T	N
Advantage(fita p/HGT)				Intracatch adulto			
Agua destilada 10 ml				Jelco nº			
Agua destilada 1.000 ml				Jelco nº			
Aguilha descartável nº				Lamina bisturi nº			
Aguilha descartável nº				Lanceta			
Algodão hidrófilo (bolha)				Luva cirúrgica nº			
Atadura de crepon cm				Luva cirúrgica nº			
Bolsa de colostomia simples				Luva procedimento(par)			04
Bolsa de karaya				Micropore(10cm)			
Câmula de guedel nº				Mononylon nº			
Câmula 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 corri 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:**

<b>OXIGÉNIO</b> DATA: _____ / _____ / _____ LIGADO(H): _____ ASS: _____ DATA: _____ / _____ / _____ DESLIGADO(H): _____ ASS: _____	<b>OXIGÉNIO</b> DATA: _____ / _____ / _____ LIGADO(H): _____ ASS: _____ DATA: _____ / _____ / _____ DESLIGADO(H): _____ ASS: _____
Reginaldo M. Maracajá Neto TÉC. DE ENFERMAGEM COBEN - PB 913807 Téc. Enf. Tarde	
 Téc. Enf. Manhã	
 Téc. Enf. Tarde	
 Téc. Enf. Noite	

 <b>HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO</b>		<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>															
		NOME: <i>Marcos Sá Buzina</i>	IDADE: <i>36a</i>														
		AV. N.	LEITO: <i>521</i>	MÉDICO: <i>Rondley</i>													
DATA: <i>29 / 10 / 19</i>																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px; width: 15%;">MANHÃ</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="height: 150px;"></td> </tr> </table>						MANHÃ											
MANHÃ																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px; width: 15%;">TARDE</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="height: 150px; vertical-align: top;"> <p>Paciente ordinário do Centro Cirúrgico, PTO de ombros, malhação nos de conto de um quinze, dia 29/10/19.</p> </td> </tr> </table>						TARDE						<p>Paciente ordinário do Centro Cirúrgico, PTO de ombros, malhação nos de conto de um quinze, dia 29/10/19.</p>					
TARDE																	
<p>Paciente ordinário do Centro Cirúrgico, PTO de ombros, malhação nos de conto de um quinze, dia 29/10/19.</p>																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px; width: 15%;">NOITE</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="height: 150px; vertical-align: top;"> <p>Paciente em PTO de ombros, consciente e orientado, apesar de, eupneico, contracturante nos pto, queira andar no fundo ocular (8), hiperlumínia, diurese presente espontaneamente, sente dor. Rx controle em pneumotórax, mdpm.</p> </td> </tr> </table>						NOITE						<p>Paciente em PTO de ombros, consciente e orientado, apesar de, eupneico, contracturante nos pto, queira andar no fundo ocular (8), hiperlumínia, diurese presente espontaneamente, sente dor. Rx controle em pneumotórax, mdpm.</p>					
NOITE																	
<p>Paciente em PTO de ombros, consciente e orientado, apesar de, eupneico, contracturante nos pto, queira andar no fundo ocular (8), hiperlumínia, diurese presente espontaneamente, sente dor. Rx controle em pneumotórax, mdpm.</p>																	

*29/10 Paciente saiu de alta hospitalar*

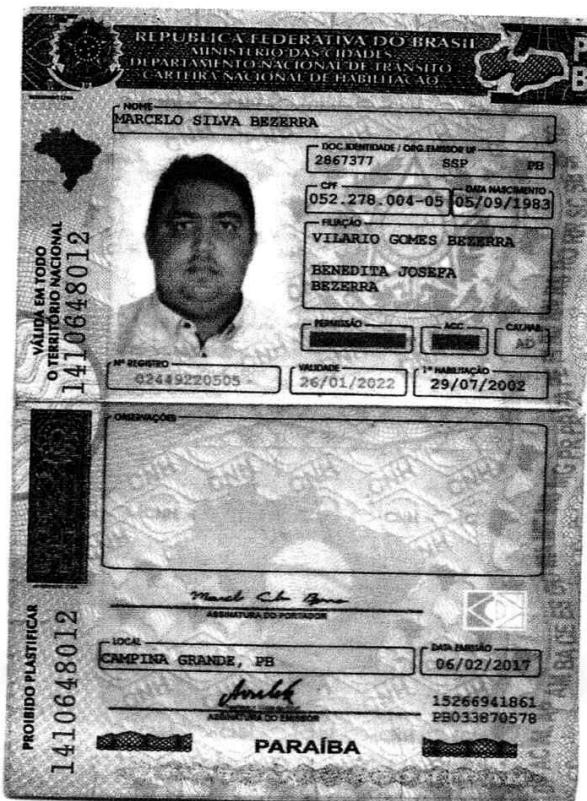
*Marianna Alves da Sousa  
Técnica de Enfermagem  
CORESP-RJ 1082558*





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

Num. 34975110 - Pág. 13



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

Num. 34975110 - Pág. 14

## 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 INTESA 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



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

Num. 34975110 - Pág. 15

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206946/20

**Vítima:** MARCELO SILVA BEZERRA

**CPF:** 052.278.004-05

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** MARCELO SILVA BEZERRA

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

### 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



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

Num. 34975110 - Pág. 16



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



01839/01810 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:04:41  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110044103500000033428209>  
Número do documento: 20100110044103500000033428209

Núm. 34975110 - Pág. 17





# 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: <b>MARCELO SILVA BEZERRA</b>	6 - CPF: <b>052.278.004-05</b>		
7 - Profissão: <b>AUTÔNOMO</b>	8 - Endereço: <b>SITIO GURITIBA</b>	9 - Número: <b>SIN</b>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <b>ÁREA RURAL</b>	12 - Cidade: <b>QUEIMADAS</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58.475-000</b>
15 - E-mail: <b>KAMIKAKYARA.FB@GMAIL.COM</b>	16 - Tel.(DDD): <b>(183) 99144-5064</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 type="checkbox"/> RECUSO 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 checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <b>BANCO DO BRASIL</b>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: <b>2508</b> CONTA: <b>27800</b>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

<input type="checkbox"/> 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:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>

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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascrito (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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/bu benfeitor/não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1ª   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2ª   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, <b>QUEIMADAS, 24 DE JULHO DE 2020</b> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

/02/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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:

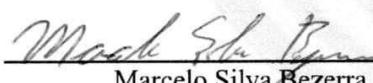
**Dados do(s) Fato(s):**

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 . apos os primeiros socorros médicos fui levado ao hospital de trauma de Campina Grande e fui recebido pelo o DR. Francisco C. Catão , medico , 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, expeço 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://delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).

