



Número: **0802992-70.2020.8.20.5108**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Pau dos Ferros**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.527,87**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA (AUTOR)	GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59202753	27/08/2020 16:34	Petição Inicial	Petição Inicial
59202754	27/08/2020 16:34	PETIÇÃO INICIAL	Petição
59202755	27/08/2020 16:34	1 - PROCURAÇÃO, DOCUMENTAÇÃO PESSOAL E COMPROMOVANTE DE RESIDÊNCIA	Outros documentos
59202756	27/08/2020 16:34	2 - BO E DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA_compressed	Outros documentos
59202757	27/08/2020 16:34	3 - PEDIDO DO SEGURO DPVAT E DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA_compressed	Outros documentos
59202758	27/08/2020 16:34	4 - DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA	Outros documentos
59202759	27/08/2020 16:34	5 - EXAMES	Outros documentos
59280669	31/08/2020 16:19	Despacho	Despacho
59889593	14/09/2020 15:24	Intimação	Intimação

PETIÇÃO E DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:42
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334157100000056824302>
Número do documento: 20082716334157100000056824302

Num. 59202753 - Pág. 1

AO JUÍZO DE UMA DAS VARAS CÍVEIS DA COMARCA DE PAU DOS FERROS - RN, a quem couber por distribuição legal

PAULO SUELDO GURGEL DE BESSA, brasileiro, casado, agricultor, inscrito no CPF sob nº 276.840.404-72, residente e domiciliado na rua Carlota Távora, nº 1019, bairro São Benedito, na cidade Pau dos Ferros/RN, CEP: 59900-000; através dos procuradores que a presente subscrevem, devidamente constituídos por força do instrumento de mandato já existente no ventre processual, e com endereço no rodapé desta peça; vem a r. presença de V. Exa. propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

Em desfavor de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito sob o CNPJ nº. 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, Nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20.031-205, em virtude dos motivos **iure et facto** a seguir delineados:

84 3314-6100 | 9 9985-6883 gerliaquino@hotmail.com
MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



I - PRELIMINARMENTE

1.1 - DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

Inicialmente, o Autor não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio bem como de sua família, razão pela qual faz jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do art. 4º da lei 1.060/50, com redação introduzida pela Lei 7.510/86.

1.2 - DA DESNECESSIDADE DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

Com base no Novo Código de Processo Civil (Lei nº 13.105/15), a parte Demandante vem informar que, nos moldes do art. 319, inciso VII, **opta pela não realização de audiência de conciliação ou mediação**, na medida em que, de praxe, a Ré apresenta interesse em conciliar apenas quando já existe perícia nos autos, razão pela qual incide o art.334, §4º, inciso II da Lei nº 13.105/15, que veda a realização da audiência de conciliação nos casos em que não se admite a autocomposição.

1.3 - DA NÃO INCIDÊNCIA DA PRESCRIÇÃO

É de fundamental importância analisar o caráter das seguintes Súmulas do STJ que versam sobre a prescrição das ações indenizatórias de seguro DPVAT. Veja-se:

Súmula 278 - **O termo inicial do prazo prescricional, na ação de indenização, é a data em que o segurado teve ciência inequívoca da incapacidade laboral.** (SEGUNDA SEÇÃO,



julgado em 14/05/2003, DJ 16/06/2003)
(grifo nosso)

Ou seja, o termo inicial do prazo prescricional é a data em que o Segurado teve ciência inequívoca da capacidade laboral e não a data do acidente ou do pagamento administrativo, conforme o julgado acima e, no caso concreto, o Autor em momento algum obteve laudo médico informando acerca da incapacidade laborativa – motivo pelo qual o marco inicial da ciência inequívoca será, sem dúvida, o dia da perícia realizada pela justiça.

Ademais, ainda que fosse da data do pagamento administrativo, tem-se que este ocorreu em 09/10/2019, não havendo o que se falar em prescrição.

Neste diapasão, a Súmula 57 do STJ aponta:

Súmula 573 - Nas ações de indenização decorrente de seguro DPVAT, a ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez, para fins de contagem do prazo prescricional, depende de laudo médico, exceto nos casos de invalidez permanente notória ou naqueles em que o conhecimento anterior resulte comprovado na fase de instrução.
(Súmula 573, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 22/06/2016, DJe 27/06/2016)

A Jurisprudência Pátria é basilar no que se refere ao caráter legal das supramencionadas Súmulas, ao afirmar a inexistência de prescrição quando não se evidencia laudo médico informando a incapacidade. Vejamos:

AGRAVO INTERNO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. TERMO INICIAL DA PRESCRIÇÃO. CIÊNCIA INEQUÍVOCA DO CARÁTER PERMANENTE DA INVALIDEZ. LAUDO

84 3314-6100 | 9 9985-6888 gerliaquino@hotmail.com
MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



MÉDICO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL - IML. PRESCRIÇÃO AFASTADA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. A jurisprudência da Segunda Seção, reafirmando a exegese cristalizada na Súmula 278/STJ, assentou **QUE O TERMO INICIAL DO PRAZO PRESCRICIONAL TRIENAL PARA O EXERCÍCIO DA PRETENSÃO DE COBRANÇA DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT "É A DATA EM QUE O SEGURADO TEVE CIÊNCIA INEQUÍVOCA DO CARÁTER PERMANENTE DA INVALIDEZ"** (REsp 1.388.030/MG, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgado em 11/6/2014, DJe de 1º/8/2014). 2. Posteriormente, o referido órgão julgador esclareceu que, **EXCETO NOS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE NOTÓRIA (AMPUTAÇÃO DE MEMBRO, ENTRE OUTROS) OU NAQUELES EM QUE O CONHECIMENTO ANTERIOR RESULTE COMPROVADO NA FASE DE INSTRUÇÃO, A VÍTIMA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO TEM CIÊNCIA INEQUÍVOCA DO CARÁTER PERMANENTE DE SUA INCAPACIDADE NA DATA DA EMISSÃO DO LAUDO MÉDICO PERICIAL** (EDcl no REsp 1.388.030/MG, julgado em 27/8/2014, DJe de 12/11/2014). 3. **NA ESPÉCIE, NÃO OBSTANTE SE POSSA PRESUMIR QUE O AUTOR TIVESSE "CIÊNCIA DAS CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS DO ACIDENTE", A CIÊNCIA INEQUÍVOCA "DO CARÁTER PERMANENTE DA INVALIDEZ" DECORRENTES DAS LESÕES SOFRIDAS NO ACIDENTE**

84 3314-6100 | 9 9985-6888 gerliaquino@hotmail.com

MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



AUTOMOBILÍSTICO ADVEIO A PARTIR DO LAUDO EMITIDO PELO INSTITUTO MÉDICO LEGAL - IML, realizado em 10/11/2009. **Assim, não se tratando de invalidez permanente notória (amputação de membro, entre outros) ou naqueles em que o conhecimento anterior resulte comprovado na fase de instrução, merece ser afastada a prescrição.** **4. Agravo interno não provido.**

(STJ - AgInt no REsp: 1660272 MG 2017/0055607-0, Relator: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Data de Julgamento: 18/09/2018, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 21/09/2018 (grifos acrescidos)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT - PRESCRIÇÃO AFASTADA - SÚMULA N° 278 DO STJ - DIFERENÇA ENTRE A CIÊNCIA DA LESÃO E DO SEU CARÁTER PERMANENTE - INVALIDEZ COMPROVADA POR LAUDO MÉDICO PERICIAL - INDENIZAÇÃO DEVIDA - SENTENÇA MANTIDA - HONORÁRIOS MAJORADOS - RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. **"O termo inicial do prazo prescricional, na ação de indenização, é a data em que o segurado teve ciência inequívoca da incapacidade laboral"** (Súmula n° 278 do STJ). **NÃO SE PODE CONFUNDIR "CIÊNCIA DA LESÃO" COM "CONHECIMENTO DO CARÁTER PERMANENTE", UMA VEZ QUE ESTE SÓ PODE SER OBTIDO POR LAUDO MÉDICO E NÃO A PARTIR DE CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO.** (Ap 24534/2018, DES. DIRCEU DOS SANTOS, TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 22/08/2018, Publicado no DJE 29/08/2018)

84 3314-6100 | 9 9985-6885 gerliaquino@hotmail.com

MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



(TJ-MT - APL: 00377731720168110041245342018
MT, Relator: DES. DIRCEU DOS SANTOS, Data
de Julgamento: 22/08/2018, TERCEIRA
CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Data de
Publicação: **29/08/2018** (grifos acrescidos)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT - PRESCRIÇÃO -
INOCORRENCIA - SÚMULA 573 E 278 SO STJ
- SENTENÇA MANTIDA - RECURSO
DESPROVIDO. A partir da entrada em vigor do
novo Código Civil, ou seja, 11/1/2003, o prazo
prescricional para a demanda que busca o
pagamento integral do seguro obrigatório
DPVAT passou a ser trienal, nos termos do art.
206, § 3º, IX, do CC/2002. Nas ações de
indenização decorrente de seguro
DPVAT, a ciência inequívoca do caráter
permanente da invalidez, para fins de
contagem do prazo prescricional,
depende de laudo médico, exceto nos
casos de invalidez permanente notória
ou naqueles em que o conhecimento
anterior resulte comprovado na fase de
instrução. (Súmula 573 - STJ). O termo
inicial do prazo prescricional, na ação de
indenização, é a data em que o segurado
teve ciência inequívoca da incapacidade
laboral. (Súmula 278 - STJ). A correção
monetária nas indenizações do seguro DPVAT
por morte ou invalidez, prevista no § 7º do art.
5º da Lei nº 6.194/1974, redação dada pela Lei nº
11.482/2007, incide desde a data do evento
danoso. STJ. 2ª Seção. Aprovada em 14/09/2016,
DJe 19/09/2016. (Súmula 580 - STJ). Os juros de
mora na indenização do seguro DPVAT fluem a
partir da citação. (Súmula 426 - STJ) (Ap
54654/2012, DR. MARCIO APARECIDO
GUEDES, SEGUNDA CÂMARA DE DIREITO
PRIVADO, Julgado em 25/07/2018, Publicado
no DJE 30/07/2018)

84 3314-6100 | 9 9985-6883  gerliaquino@hotmail.com

MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



(TJ-MT - APL: 00330292320098110041546542012
MT, Relator: DR. MARCIO APARECIDO
GUEDES, Data de Julgamento: 25/07/2018,
SEGUNDA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO,
Data de Publicação: 30/07/2018 (grifos
acrescidos)

Em consonância com o que ponderaram as jurisprudências supracitadas, percebe-se de forma cristalina que estas guardam total relação com o caso em apreço, na medida em que não há nos autos documento – laudo médico ou perícia do IML – que comprove a ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez, fundamental para o início da contagem do prazo prescricional nas ações de indenização decorrente de seguro DPVAT.

Portanto, requer desde já a produção de prova pericial, para confirmação da debilidade elencada e a consequente ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez, para fins de contagem do prazo prescricional, observando, para tanto, o dispositivo ao Beneficiário da Justiça Gratuita.

II - DOS FATOS

No vertente caso, menciona-se que em data de 22 de abril de 2019, por volta das 08h34min, o Requerente estava conduzindo sua motocicleta marca/modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD, ano fabricação 2015, modelo 2015, cor vermelha, placa OWG9252/RN, de propriedade do mesmo, quando colidiu em outro veículo perdendo o controle da moto e caindo violentamente ao solo, conforme noticiado no boletim de ocorrência nº 675/2019, resultando em sequelas permanentes.

Constata-se que logo após o ocorrido, o Autor foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que de imediato o

84 3314-6100 | 9 9985-6883 gerliaquino@hotmail.com

MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



conduziu para o Hospital Regional de Pau dos Ferros, localizado na cidade de mesmo nome, momento em que foram realizados exames preliminares pelo médico plantonista, tendo este diagnosticado fratura em pé esquerdo, fratura de tornozelo direito, além de politraumatismo.

Convém ressaltar que em decorrência da situação supra, o Demandante passou por dois procedimentos cirúrgicos de urgência para fixação de pinos, a fim de corrigir a estrutura óssea sequelada, além de intervir em imobilização do local e iniciar o tratamento.

É preciso insistir no fato de que o tratamento estendeu-se por vários meses impossibilitando o Autor de executar suas tarefas mais comuns, tendo ainda que suportar por todo o período, numerosas consultas ortopédicas, fisioterapias e ainda tendo que arca com todas as despesas de deslocamento.

Diante disso, o Autor pleiteou liberação do seguro DPVAT, tendo em vista as lesões e sequelas decorrentes do acidente, no entanto a seguradora de forma desprezível pagou quantia inferior ao dano causado, montante este liberado nos valores de **R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)** e **R\$ 559,63 (quinhentos e cinquenta e nove reais e sessenta e três centavos)**, através da via administrativa, motivo pelo qual pleiteia a concessão de quantia condizente com as lesões suportadas.

Note-se que, de acordo com a tabela disponibilizada pela Lei vigente, o Demandante faz jus a liberação da quantia de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)** da perda anatômica e/ou funcional média de um dos membros inferiores, em virtude da fratura no fêmur, correspondente a 100% (cem por cento).

Atente-se que conforme pagamento através da via administrativa de **R\$ 2.922,13 (dois mil, novecentos e noventa e dois reais e treze centavos)**, sendo subtraído do valor total de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**, tem-se a quantia remanescente de **R\$ 6.527,87 (seis mil, quinhentos e vinte e sete reais e oitenta e sete centavos)**, que deve ser adimplido pela seguradora em virtude das sequelas suportadas pelo Autor.

84 3314-6100 | 9 9985-6888 gerliaquino@hotmail.com

MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



Vale salientar que como é de conhecimento de todos, a Líder Seguradora, constantemente, dificulta os procedimentos na realização dos pedidos de DPVAT, causando um grande transtorno e prejuízo aos que tanto necessitam dos serviços de apoio e orientação, que são garantidos por lei.

As dificuldades geradas pela Líder Seguradora chegaram a tal ponto que as próprias vítimas de acidentes de trânsito não conseguem levantar toda a documentação necessária sem a orientação de quem possue o conhecimento do procedimento, inclusive, o alto custo e o tempo necessários para esse empenho acabam desestimulando a procura pelos seus direitos, além disso, quando é feito pagamento da indenização, esta prejudica os beneficiários que recebem quantia inferior aos valores condizentes com a sequela.

Conforme disposto em linhas pretéritas, a utilização da tabela inserida através da Medida Provisória N° 451/2008, a qual fora posteriormente convertida na Lei N° 11.945/2009, é devidamente cabível haja vista que o acidente retratado na exordial ocorreu após a entrada em vigor dessas disposições legais.

III - DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Inicialmente, impende-se destacar que o seguro DPVAT foi instituído pela Lei Federal N° 6.194/74, alterada posteriormente pelas Leis N° 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, com o escopo de amparar os danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

Neste contexto, o seguro obrigatório – diferentemente dos demais contratos desta ordem – é disciplinado por legislação específica, sendo as indenizações cabíveis dispostas em uma tabela cujos valores não são passíveis de transação.

No caso em foco, resta patente a subsunção do fato à norma aplicável, eis que consoante o que foi descrito, a demandante foi vítima de um

84 3314-6100 | 9 9985-6888  gerliaquino@hotmail.com

MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



sinistro automobilístico, caracterizando-se que o mesmo faz jus a uma indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Outrossim, é cogente frisar que a documentação anexa ao presente petitório demonstra inequivocamente que houve o acidente bem como o grau de sequela suportado pela parte autora, podendo inferir assim que não há razão plausível para que a parte ré se negue a indenizar à parte autora com o valor correspondente a que deveria fazer jus.

Neste ínterim, o artigo 5º da Lei Nº 6.194/74, assim se reporta quanto ao direito à percepção do seguro:

Art . 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Tecendo-se uma análise quanto ao conteúdo da norma retrotranscrita, conclui-se que a indenização será devida mediante a prova pura e simples de que o acidente ocorreu, assim como do dano por ele provado.

Assim, o Boletim de Ocorrência e o Prontuário Médico são suficientes para demonstrar o nexo entre o acidente e as sequelas advindas, estando presente assim o direito do Promovente de receber a complementação do seguro obrigatório DPVAT.

A Lei Nº 8.441/92, que alterou alguns dispositivos da norma anterior, foi ainda mais ampliativa, e no seu Art. 7º assevera o que segue:

Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei. (Redação dada pela Lei nº 8.441, de 1992)

84 3314-6100 | 9 9985-6880  gerliaquino@hotmail.com

MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



Nesta mesma linha argumentativa, o benefício por invalidez permanente prevê uma indenização de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), como dispõe a Lei Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, alterada pela Lei N 11.482, de 31 de maio de 2007, senão vejamos:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no Art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (grifos nossos).

Em tendo o sinistro ocorrido em 30 de novembro de 2018, estando, portanto, sob a égide da Lei Nº 11.945/2009, a qual fora convertida através da Medida Provisória Nº 451 de 12/12/2008, alterando a Lei Nº 6.194/74, em seu art. 3º, inciso II, a saber:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (*Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009*). Art. 33

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

84 3314-6100 | 9 9985-6883 gerliaquino@hotmail.com

MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

§ 1º - No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). Art. 33

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e (Incluído pela Lei Nº 11.945, de 2009).

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. (Incluído pela Lei Nº 11.945, de 2009).

Diante do que restou demonstrado, resta patente, portanto,

84 3314-6100 | 9 9985-6882 gerliaquino@hotmail.com

MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



que a parte autora faz jus à percepção do seguro obrigatório DPVAT, eis que o valor disposto pela seguradora está inferior as seqüelas suportadas, disposto na Lei, a que fazia jus.

IV - DO REQUERIMENTO

Diante dos prolegômenos apresentados a V. Ex.a., com fundamento da Lei nº 9.099/95, art. 3º, II, da Lei Nº 6.194/74, requer a procedência da presente, para o fim de condenar o Requerido, ao cumprimento do pagamento da indenização em epígrafe. Outrossim, requer ainda o seguinte:

- a) busca-se a Tutela Jurisdicional do Estado, e invocando-a através desse A. Juízo, suplica desde logo lhe seja concedida a **GRATUIDADE JUDICIÁRIA**, com espeque na Lei nº 13.105/15, art. 98, conquanto é pobre o Requerente, não podendo arcar com qualquer ônus pecuniário, sob pena de comprometer a sua manutenção;
- b) requer, ainda, a PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL, para confirmação da debilidade elencada em linhas pretéritas, observando, para tanto, o dispositivo ao Beneficiário da Justiça Gratuita;
- c) a condenação da Ré ao PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO (SEGURO DPVAT) **no valor de R\$ 6.527,87 (seis mil, quinhentos e vinte e sete reais e oitenta e sete centavos)**, acrescidos de correção monetária e juros de mora desde evento danoso;
- d) Com base no Novo Código de Processo Civil (Lei nº 13.105/15), a parte demandante vem informar que, nos moldes do art. 319, inciso VII, **opta pela não realização de audiência de conciliação ou mediação**, na medida em que, de praxe, a Ré apresenta interesse em conciliar apenas quando já existe perícia nos autos, razão pela qual incide o art.334, §4º, inciso II da Lei nº 13.105/15, que veda a realização da audiência de conciliação nos casos em não se admite a autocomposição.

84 3314-6100 | 9 9985-6883 gerliaquino@hotmail.com

MOSSORÓ-RN - CEP: 59600-140 - RUA FRANCISCO ISODIO, 321 - SALA 03 - CENTRO
PAU DOS FERROS-RN - CEP: 59900-000 - RUA GETÚLIO VARGAS 1440 - CENTRO



e) Requer ainda, a citação do Demandado para apresentar defesa, porquanto mister constitucional balizado no princípio do contraditório e ampla defesa.

V - DO SEDIMENTO PROBANTE

Provará toda a alegação feita através dos documentos anexos, sem prejuízo de qualquer outra prova em direito permitida, inclusive oral e as de ordem pericial.

VI - DO VALOR DA CAUSA

Dá a presente o valor de **R\$ 6.527,87 (seis mil, quinhentos e vinte e sete reais e oitenta e sete centavos).**

Pede deferimento.

Pau dos Ferros – RN, 27 de agosto de 2020

Gerliann Maria Lisboa de Aquino
OAB/RN 8404

Eliaquim Aminadabe Hamul Dantas Rodrigues
OAB/RN 12.510





Advocacia, Consultoria
e Assessoria Jurídica Empresarial

Gerliann Aquino

ADVOGADA

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE

Paulo Suelto Gurgel de Bessa, brasileiro, casado, agricultor, portador do CPF nº 276.840.404-72, residente e domiciliado na Rua Bartoló Távora, 1019, Bairro São Benedito, na cidade de Pau dos Ferros - RN.

OUTORGADA

GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO, brasileira, solteira, advogada, CPF nº 011.618.954-18, inscrita na OAB/RN sob o número 8404, bem como **ELIAQUIM AMINADABE HAMUL DANTAS RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF nº 099.639.184-33, inscrito na OAB/RN 12.510, ambos com escritório na Rua Francisco Isódio, 321, sala 03, Edifício Valença Di Albuquerque, Centro, Mossoró-RN.

PODERES

Amplos, gerais e ilimitados, PARA O FORO EM GERAL, com a cláusula ad judicia – "et extra", em qualquer juízo, instância ou tribunal, inclusive postular na instância administrativa, usando todos os recursos legais e acompanhando-os em repartições públicas federais, estaduais ou municipais, de qualquer natureza, onde o(s) mesmo(s) seja(m) autor(es) ou réu(s), assistente(s), oponente(s), ou de qualquer modo interessado(s), podendo para tanto ajuizar as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo umas e outras, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes para confessar, desistir, **renunciar**, transigir, arrolar, inquirir, requerer vista dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, arguir suspeição, falsidade e exceção, requerer falência e concordata, podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes, assinar termos de caução real ou fidejússoria, concordar, discordar, enfim tudo mais praticar para o fiel e cabal desempenho deste mandato.

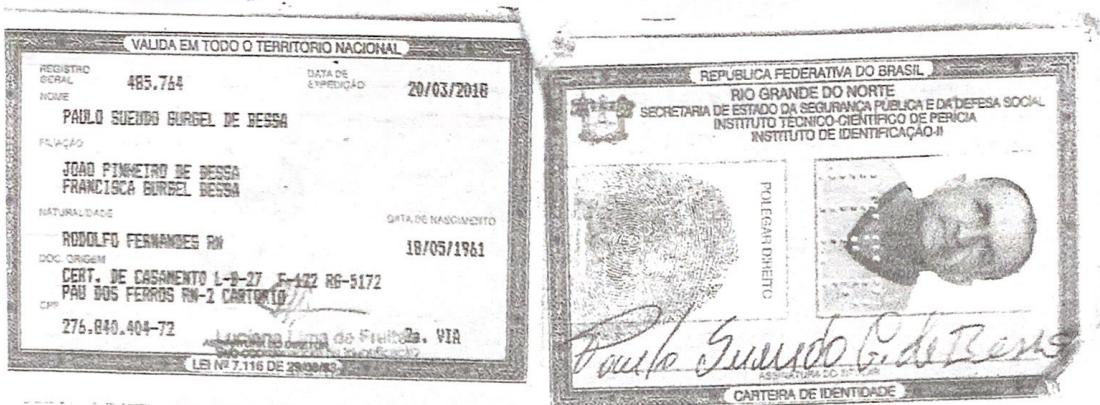
CONTRATO DE HONORÁRIOS

Pelo presente contrato firmado entre os contratantes, fica estabelecido o pagamento dos honorários advocatícios pagos pelo Outorgante, em favor dos Outorgados, os quais deverão ser pagos na base de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência em favor dos contratados, conforme pactuado através do presente instrumento, nos termos do art. 22, § 4º da Lei Nº 8.906, de julho de 1994. Contratam, ainda, as partes, que em caso de desistência da ação, ou ainda renúncia dos poderes dos contratantes em favor de outro causídico, nada impede, nem obsta o pagamento dos honorários contratuais, nos mesmos valores acima citados, tudo em conformidade com o disposto no art. 14 do Estatuto da OAB, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, conforme a Lei.

Pau dos ferros-RN 01/07/2020
Paulo Suelto Gurgel de Bessa
OUTORGANTE

Rua Francisco Isódio, 321, sala 03, Centro, Mossoró-RN.
Telefones: (84) 3314-6100 / 9985-6883 / 8822-4130 email: gerliaquino@hotmail.com





caern

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESSENCIAS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Benedito Edmundo Filho, 1888, Vitória, CEP 59010-000
CNPJ: 06.331.378/0001-32 / CNPJ: Estabelecimento 0005-005-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Opferfaria: (84) 2222-1502
01519652

RECIBÔRIO DE ABERTURA

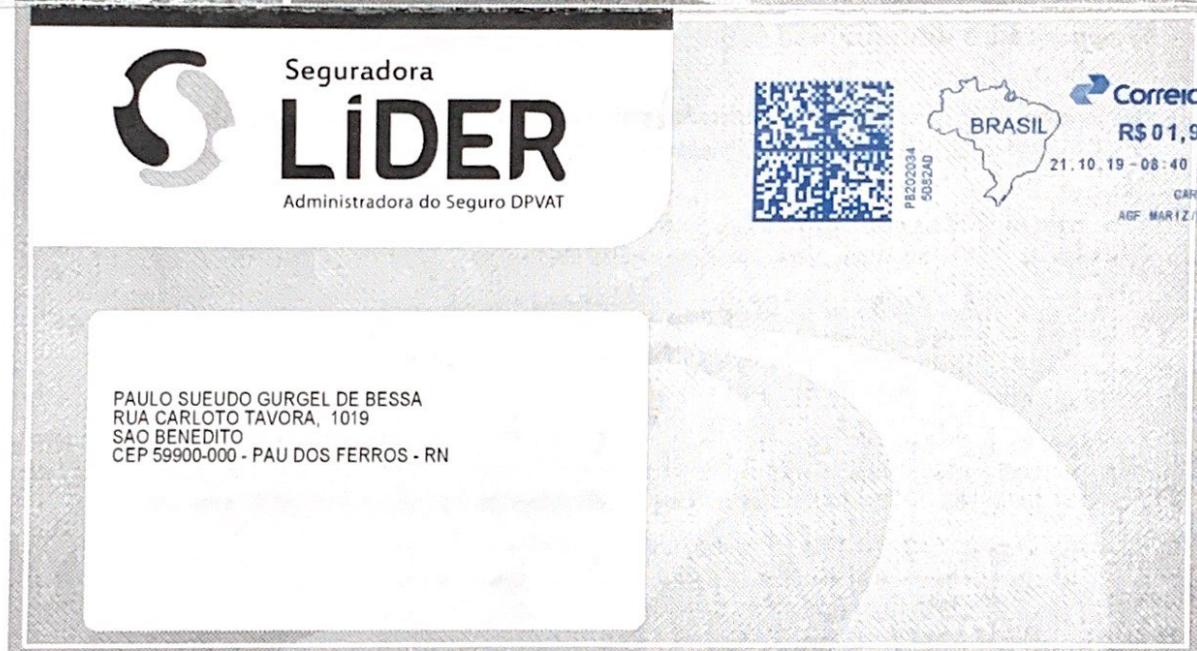
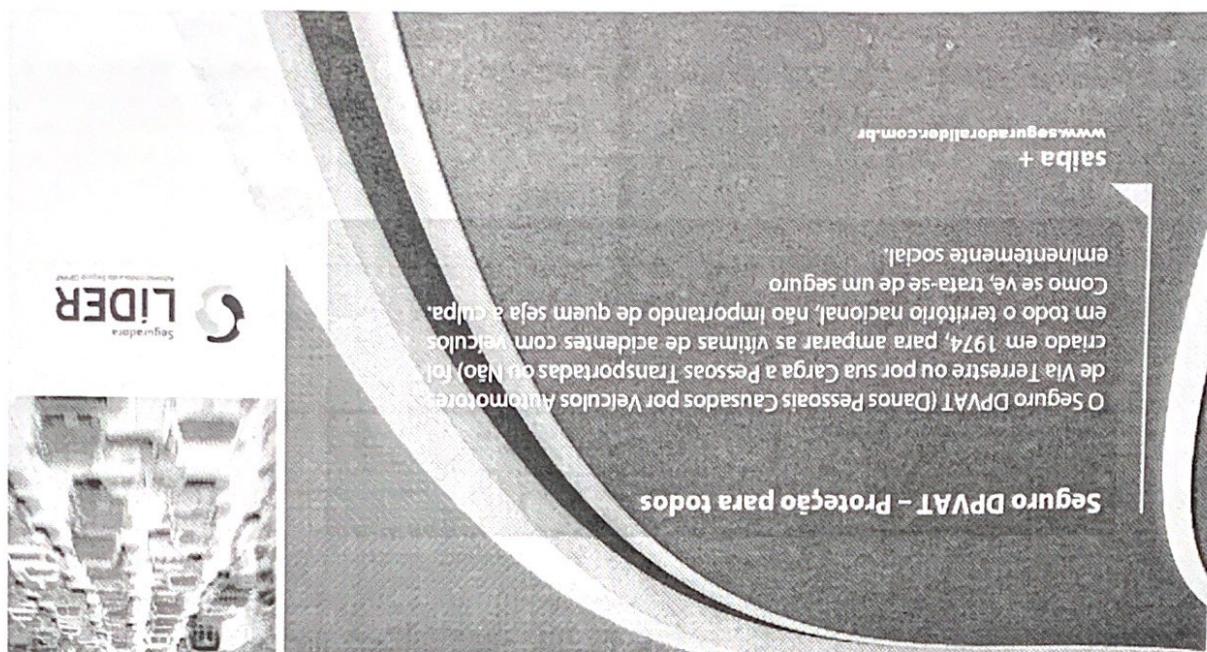
DATA: 12/03/2019 HORA: 09:19:18

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E GÁS E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 12/03/2019 AS 09:19:18

MATRÍCULA: 6536851	MÊS/ANO: 03/2019					
DADOS DO CLIENTE						
PAULO SUELDO GURGEL BESSA RUA CARLOTO TAVORA, N. 1010 - SAO BENEDITO PAU DOS FERROS RN 59900-000						
647.001.223.0111.000	ROTA: 3	SECTORIA: 1301	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
Y135721004	SITUAÇÃO ÁGUA: TIGADO	RESIDENCIAL, COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICO	SITUAÇÃO GÁS: STV-JU			
CONSUMO ÁGUA (R\$): 10		DATA LEITURA: 12/03/2019				
		LEIT. ATUAL: 1250				
		LEIT. ANTL.: 1234				
		DIAS CONSUMO: 31				
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	MÉDIA
02/2019	18	12/2018	20	10/2018	26	24
01/2019	22	11/2018	34	09/2018	26	
DESCRÍPCAO ÁGUA		CONSUMO		TOTAL(R\$)		





DE VOLUGAO	Para uso dos correios	Responsável pela informação	Seguradora Lider, DPVAT	CEP: 20.270-970	www.seguradorealider.com.br
	<input type="checkbox"/> Módulo-se	<input type="checkbox"/> Endereço institucional <input type="checkbox"/> Descrição da sede	<input type="checkbox"/> Assinante <input type="checkbox"/> Falecidos <input type="checkbox"/> Sindical	<input type="checkbox"/> Data / / <input type="checkbox"/> Nilo procurado <input type="checkbox"/> Perito	CEP: 20.270-971
	<input type="checkbox"/> Moderator	<input type="checkbox"/> Endereço residencial <input type="checkbox"/> Nilo exerce o nrº indicado	<input type="checkbox"/> Entreagador		

A decorative border consisting of a repeating pattern of stylized, symmetrical S-shaped curves. The pattern is formed by two interlocking, curved shapes that create a sense of depth and movement. The design is rendered in a light, off-white color against a dark, textured background, likely black or dark grey. The border is continuous and repeats across the width of the frame.



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:44
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334253900000056824304>
Número do documento: 20082716334253900000056824304

Num. 59202755 - Pág. 3

DOCUMENTOS:	
CPF	276.840.404-72
RG	485-764
Título de Eleitor	08012774-1694
Cart. Profissional	46110-00027 RW
 <i>Paulo Suerido Gurgel de Bessa</i> Assinatura do Associado Pan-dos-Ferreiros, 15/10/2019 Local e Data Assinatura Presidente	

Sindicato dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares da Pan dos Ferros/RN CNPJ 08.355.778/0001-25 - Rua Hipólito Cassiano, 711 - B. São Judas Tadeu - CEP 59.900-000			
Associado <i>Paulo suerido Gurgel de Bessa</i>			
Mat. N°	<i>10.736</i>	Data Admissão	<i>15/10/2019</i>
Filiação	<i>João Pinheiro de Bessa</i>		
			<i>Francimira Gurgel Bessa</i>
End.	<i>R. Carloto Tavares 1019</i>		
Local de Trabalho	<i>sítio Alagoinha</i>		
Natural	<i>Reduto Fazendinha</i>		
Profissão	<i>Agricultor</i>		
Est. Civil	<i>Casado</i>		
Data Nasc.	<i>18/05/1961</i>		
Grau Instrução	<i>Analfabetizado</i>		





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

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190475650

Vítima: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Data do Acidente: 22/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EUMARA FABRICIO BARROS DE ALMEIDA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190475683

Vítima: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Data do Acidente: 22/04/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: EUMARA FABRICIO BARROS DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Rebedor: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA
Valor: R\$ 559,63
Banco: 104
Agência: 000000763
Conta: 0000089094-5
Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN
4ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAU DOS FERROS/RN
Rua José Meirelles Ponchet, 151 - São Benedito - CEP 59.900-000 - fone/fax (84)3351-9650

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 675/2019.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito
Local: R. 15 de Novembro, Centro de Pau dos Ferros-RN ao lado da Igreja Católica (Matriz)
Data e hora do fato: 22/04/2019 às 08:35hs aprox.

COMUNICANTE: Beatriz Cecília Diogenes Carvalho Gurgel
Endereço: R. Carloto Távora, 1019, B: São Benedito P. Ferro-RN
Filiação: Paulo Suedo Gurgel de Bessa e Maria Hortencia diogenes de Carvalho
Naturalidade: Pau dos Ferros-RN **Data de Nascimento:** 18/03/1996
Documento: RG. 003.336.126 SSP/RN
Profissão: Orientadora Social **Estado Civil:** Solteira **grau de Instrução:** Sup. Incompleto
Tel: 84 99818 2599

Vítima: Paulo Suedo Gurgel de Bessa **RG:** 485.764 SSP/RN
End. O mesmo que a comunicante
Filiação: João Pinheiro de Bessa e Francisca Gurgel Bessa **Natural:** Rodolfo Fernandes-RN

VEÍCULO:
PLACA: OWG 9252 **COR:** VERMELHA **MARCA MODELO:** HONDA/CG 150 TITAN ESD 2015/2015 **ESPÉCIE:** MOTOCICLETA
TIPO: ANO 2015/2015 **CHASSI:** 9C2KC1650FR018207 **CÓD RENAVAM:** 01043605948
PROPRIETÁRIO: VITIMA

HISTÓRICO: Nesta data por volta das 09h20min, compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa do comunicante acima qualificado, o qual DISSE: que no local data e hora acima citados trafegava R. 15 de Novembro, Centro de Pau dos Ferros-RN ao lado da Igreja Católica (Matriz) quando repentinamente uma AUTOMÓVEL FIAT/STRADA WORKING CD DE ANO 2013/2014 DE COR VERMELHA DE PLACA OGF 3475 DE COD.RENAVAM 00602116643 TENDO COMO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO (ACUSADO) JUVENAL RAIMUNDO DE ARAUJO, colidiu na traslera de sua motocicleta que neste momento veio a vítima veio a cair ao solo tendo sido socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital Regional de Pau Ferros-RN, Local onde recebeu assistência médica e foi constatado Fratura no fêmur direito e varias escoriações pelo corpo. Que a comunicante/vítima ao assinar o referido B.O leu e conferiu todo o teor do registro acima supracitado, e se responsabiliza civil e criminalmente pelas informações deste, e nada mais havendo, encerra-se o presente comunicado
PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registro do Boletim de Ocorrência (Certidão).

Pau dos Ferros (RN), 10 de Maio 2019.

Beatriz Cecília D. Gurgel
Comunicante
Paulo Suedo G. de Bessa
Vítima

Rony A. Bessa Castro
Servidor público
Mat: 107.991-3





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 02142019

1 - LOCAL E DATA

Local RUA 15 DE NOVEMBRO Bairro CENTRO
Cidade/UF PAU DOS FERROS / RN P. Ref. AD LARGO DA IGREJA CATÓLICA
Data 22/04/2019 Hora do acidente 08:38 Hora do registro 08:50 Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi DWJG-9252 Cidade PAU DOS FERROS UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 150 TITÂN ESD Cor VERMELHA Ano 2015 / 2015
Proprietário PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Nº de Ocupantes 01
Condutor PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Data de Nasc. 18/10/1961
Endereço RUA CARLOTO TAUDRA Nº 1019 Fone (241) 9.9971.0855
Bairro SÃO BENEDITO Cidade PAU DOS FERROS UF RN
CPF nº 276.840.404-72 CNH nº 02866613282 Validade 30/10/2021 Categoria AB
Local de Trabalho AGRICULTOR Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi OGF-3475 Cidade RAFAEL FERNANDES UF RN
Marca/Mod. FIAT STRADE WORKING CD Cor VERMELHA Ano 2013 / 2014
Proprietário ÁUENIVAL RAIMUNDO DE ARAÚJO Nº de Ocupantes 02
Condutor ÁUENIVAL RAIMUNDO DE ARAÚJO Data de Nasc. 03/05/1957
Endereço SITIO GANGORRA Nº 1 Fone (241) 9.9625-9269
Bairro ZONA RURAL Cidade RAFAEL FERNANDES UF RN
CPF nº 175.227.734-15 CNH nº 02337270207 Validade 26/10/2020 Categoria AB
Local de Trabalho AGRICULTOR APOSENTADO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF nº _____ CNH nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF nº _____ CNH nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? RUA 15 DE NOVEMBRO

Em que sentido? AV GETULIO VARGAS A R. 15 DE NOVEMBRO Em que faixa? ÚNICA

Versão do condutor QUE VINHA DO SUPERMERCADO SUEIROZ SAIU DO QUANDO O CARRO QUE VINHA DA RUA DO SHOPPING ENTROU DE VEZ E QUE TENTOU PUXAR PARA A ESQUERDA, QUE MESMO FREANDO MINHA MOTO FLE BATEU EM MIM.

Assinatura do Condutor do V1 X Paulo Suelo Gurgel dos Reis

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? RUA DA PRACA DA MATRIZ / RUA 15 DE NOVEMBRO

Em que sentido? R. DA PRACA DA MATRIZ A R. 15 DE NOVEMBRO Em que faixa? ÚNICA

Versão do condutor QUE ESTAVA PARADO AGUARDANDO PARA ENTRAR A ESQUERDA NO SENTIDO A AVENIDA GETULIO VARGAS, QUE OLHOU PARA A DIREITA NÃO VIU NINGUÉM E QUANDO FUI ENTRARON AI A MOTO DO MOTOTAXI BATEU NA FRENTE DO CARRO.

Assinatura do Condutor do V2 X Juvimir Rainha de Almeida

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

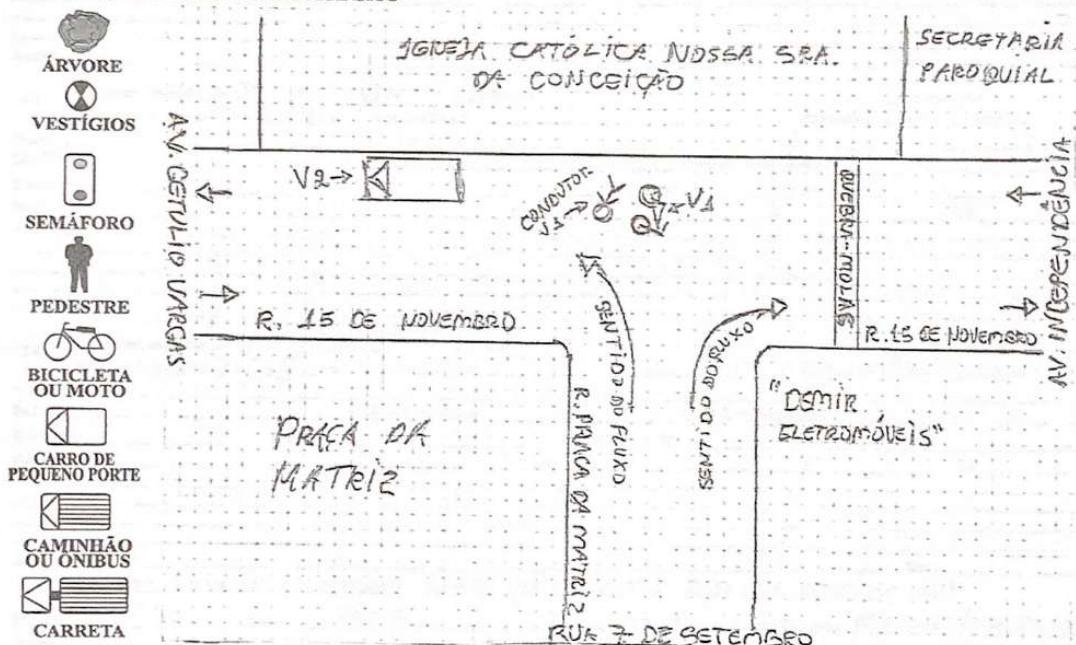
Assinatura do Condutor do V4 _____



8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepipedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H _____
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	_____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	_____
			<input checked="" type="checkbox"/> Entroncamento	_____	_____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	_____	_____

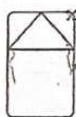
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

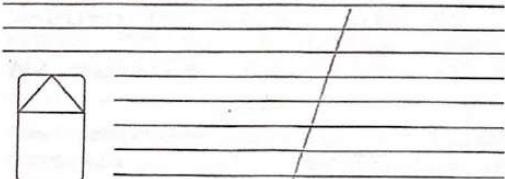
AVARIAS DO VEÍCULO 1

ARANHÕES EM AMGOS OS LADOS;
LUVA DIREITA DANIFICADA;
ESTRIOS (CONOTOR
E PASSAGEIRO) DANI-
FICADOS.



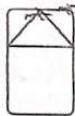
DGS: DEMAIS AVARIAS
A VERIFICAR

AVARIAS DO VEÍCULO 3

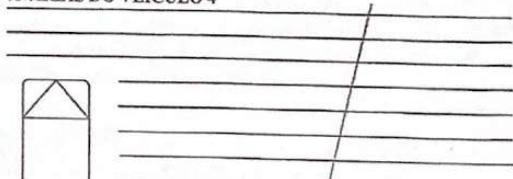


AVARIAS DO VEÍCULO 3

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO DANTICADA; CARENAGENS DIANTEIRA AVANÇADA; CAPO (PONTA) AVANÇADO.



AVARIAS DO VEÍCULO 04



1x - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: HOSP. REG. PAU DOS FERROS Testemunha
 Nome PAULO SUEUDU GURGEL DE BESSA Presenciou: Fato Registro
 RG Nº 4857-64 Órgão Expedidor SSP / RN Data de Nascimento 18/10/1961
 Endereço RUA CARLIOTO TRUÓRA Nº 1019 Fone (84) 9.9871.0855
 Bairro SÃO BENEDITO Cidade PAU DOS FERROS UF RN
 Versão "A MESMA"

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Testemunha
 Nome _____ Presenciou: Fato Registro
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento / /
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Testemunha
 Nome _____ Presenciou: Fato Registro
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento / /
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Testemunha
 Nome _____ Presenciou: Fato Registro
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento / /
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO U 5B 50 / SAMU - PAU DOS FERROS - RN
 Placa NOD-9226 Cidade NATAL UF RN Marca/Modelo RENAULT/MASTERCAM
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____ Nº _____
 Endereço _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

CHEGANDO NO LOCAL DO SINISTRO FOI CONSTATADO: OS VEÍCULOS NO LOCAL. OS CONDUTORES NO LOCAL. ESTAINDO O CONDUTOR DO V1 DEITADO NA VIA AUNTO DE SEU VEÍCULO QUE ESTAVA NO APORO (MACACO) E O V2 UM POUCO MAIS AFASTADO. QUE AMBOS OS CONDUTORES DEVIDAMENTE HABILITADOS E SEUS RESPECTIVOS VEÍCULOS COM O LICENCIAMENTO EM DIA. QUE O V2 FOI LIBERADO AO SEU CONDUTOR. QUE O V1 FOI LIBERADO A PESSOA CONHECIDA POR JOÃO MOTOTAXI, QUE DEIXOU O V1 NA RESIDÊNCIA DE SEU CONDUTOR. QUE EM VIRTUDE NO ATENDIMENTO DO SAMU, NÃO FOI POSSÍVEL COLHER A VERSÃO DO CONDUTOR DO V1 NO LOCAL. SENDO COLHIDA POSTERIORMENTE NO HOSPITAL REGIONAL DE PAU DOS FERROS - RN.

Nome Completo do Agente FRANCISCO JOSÉ INÁCIO SOUZA
 POSTO/GRAD.: 2º SGT PM Nº 09.256 Viatura DRE 405 Subunid.: 4-DPRE
 DATA: 2020-08-27 FOLHA: 12





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU- METROPOLITANO/RN

AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o paciente,

Paulo Suelmo Gurgel de Bessa, 57 anos, foi
Atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
(SAMU 192/RN), no dia 22/04/19, no horário 8:40, Na rua
15 de novembro. Paciente vítima de
Colisão moto x carro.

Pau dos Ferros, 07 de maio de 2019

Jucyanne A. do Amaral Melo.
Coordenadora de Enfermagem *Jucyanne Amaral M Rebouças*
ENFERMEIRA
COREN-RN 455428



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.I.R.C.	EXERCÍCIO
1	01043605948		2019
NOME			
PAULO SUEBUDO GURGEL DE BESSA			
CPF - CNPJ	PLACA		
276.840.404-72	OWG9252		
PLACA ANT. UF	CHASSI		
OWG9252 /RN	9C2KC1650FRC18207		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/NAO APLICÁVEL	ALCOOL-GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB. / ANO MOD.		
HONDA/CG 150 TITAN ESD	2015 2015		
CAP. PCT. CL.	CATEGORIA	DOMINANTE	
0CV/149 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
I P R\$ 0,00	12/03/2019	1º PAGO	
V FAIXA IPVA	PARCELAGEM COTAS	2º PAGO	
A 002809 3X	R\$ *****	3º PAGO	

PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) — IOF (RS) — PRÉMIO TOTAL (RS) — DATA DE PAGAMENTO
*** LICENCIAMENTO DETAN: PAGO *** DPVAT:PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC16E5F018207

PAU DOS FERROS

Siderley Bezerra da Silva
Coordenador do Registro de Veículos

DATA

27/02/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013709352311 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO 0079250
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

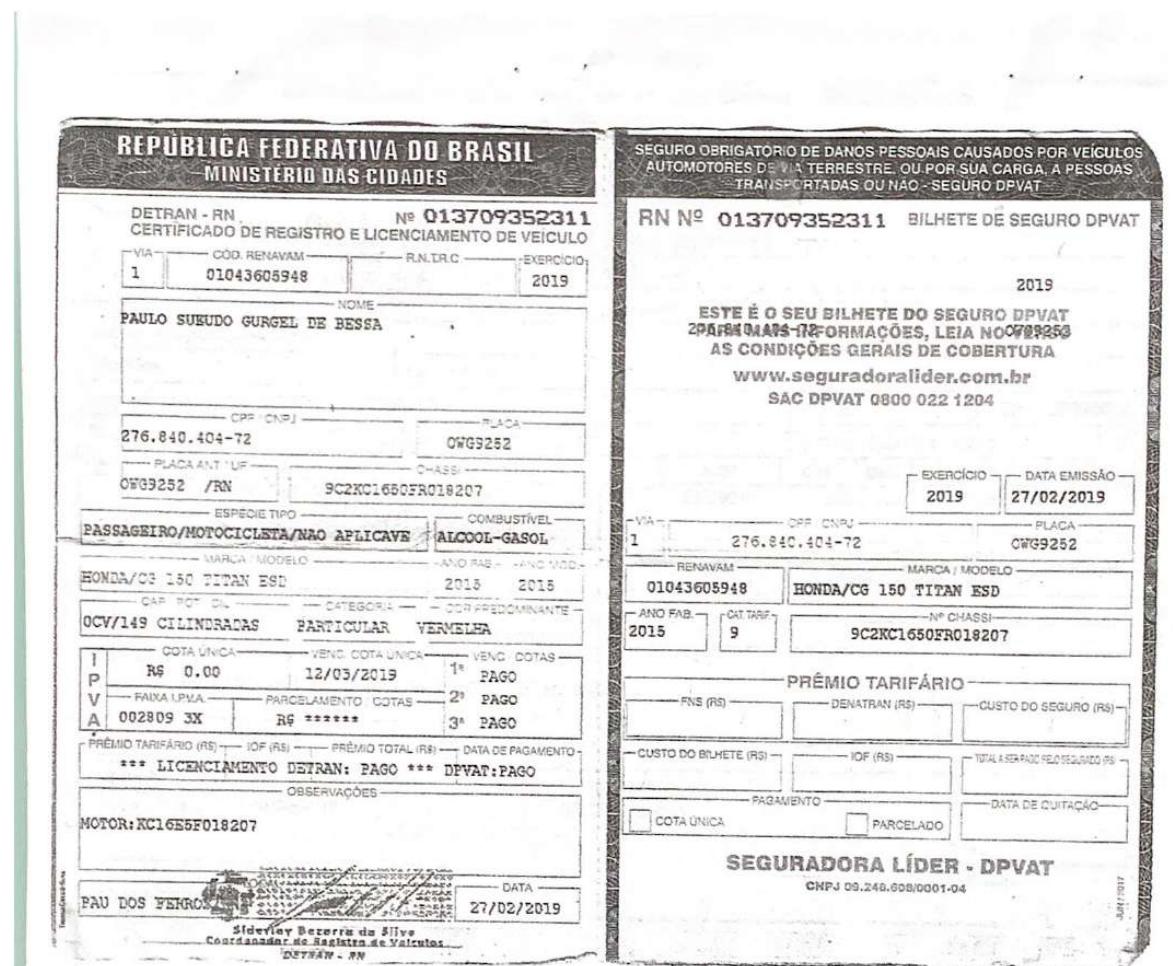
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 27/02/2019

VIA	CPF - CNPJ	PLACA
1	276.840.404-72	OWG9252
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01043605948	HONDA/CG 150 TITAN ESD	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2015	9	9C2KC1650FRC18207
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (RS)	DENATRAN (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)
CUSTO DO BILHETE (RS)	IOF (RS)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (RS)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:45
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334442900000056824305>
Número do documento: 20082716334442900000056824305

Num. 59202756 - Pág. 7

PEDIDO DE VENDA

NÃO É DOCUMENTO FISCAL - NÃO É VÁLIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE MERCADORIA - NÃO COMPROVA PAGAMENTO

Emitente: MÚLTIMED DENTAL EIRELI	CNPJ: 29.894.043/0001-40							
 MULTI MED + DENTAL MULTIMED DENTAL EIRELI Av. Presidente Kennedy, 40 - Centro - CEP 59900-000 - Pau dos Ferros - RN	Nº do documento: 000000000336							
	Data: 30/04/2019							
	Vendedor:							
	Telefone: (84)981160014 2141-0342							
Cliente: Cliente Consumidor	CNPJ/CPF:							
Telefone:	Celular(es):							
Logradouro: RUA VICENTE FERNANDES	Número: 9							
Bairro: CENTRO	Complemento: COHAB	CEP: 59900000						
Cidade: Pau dos Ferros	UF: RN							
Item	Código	Descrição	NCM	Qtd.	Und.	Valor Unit.	Desc.	Valor tot.
1	142	MASCARA TRIPLA C/ELASTICO 50UN	63079010	1,00	UN	7,90	0,00	7,9
1,00								
Quantidade de item(ns) não cancelado(s):								
Total dos produtos: 7,9								
Total IPI:	0,00	Total frete:	0,00	Descontos: 0,0				
Total seguro: 0,00				Total outras: 0,0				
Observações: PAPAGAIO TAYLOR R\$18,00 - TOTAL 25,90 VALOR PAGO AV 20,00								
								Total: 7,9
Pagamento								
Parcela	Vencimento	Valor	Espécie					
1	30/04/2019	R\$ 7,90	Dinheiro					
Assinatura								
AGRADEÇEMOS PELA SUA PREFERENCIA !								





L A B O L
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA.

VALDÉNIO FRANCISCO LOBO (LOBINHO)

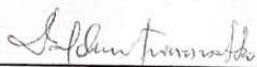
Av. da Independência, 1392 - Centro - Cep 59.900-000
Tel.: (84) 3351.2526 - Pau dos Ferros - RN
CNPJ: 11.275.782/0001-98

RECIBO..... R\$ 90,00

Recebi de PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA, a importância supra de R\$ 90,00 (sessenta), referente ao pagamento pelos serviços de exames realizados neste Laboratório.

EXAMES: COAGULOGRAMA, GLICOSE JEJUM, URÉIA

Pau dos Ferros – RN, 22 DE ABRIL 2019



Valdenio Francisco Lobo
Farmacêutico Bioquímico
CRM 0753 CPF: 130.737.104-34



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:45
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334442900000056824305>
Número do documento: 20082716334442900000056824305

Num. 59202756 - Pág. 9

EMPREENDIMENTOS GLOBO LTDA LJ 133
 AV PRUDENTE DE MORAIS, 133 LO 10 MR. 1140
 TITOL: NATAL-RN
 CEP: 59.820-000
 TELEFONE: (84)3823-7169
 CNPJ: 21.828.725/0010-89 TE: 202306/08 1H: 178585
 15/05/2019 09:53:13 Int: 066096654

Documento Auditor da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica

Código Descricao	Qtdc	UN	VlUnit	VlTotal
019573 NELOCOX 15KG C/ 1,00 CX	35,76		28,89	
029338 NOVALGINA 4G 10 1,00 UN	26,12		17,58	
001919 CERALEXTRA 500M 3,00 CX	30,78		82,33	
036975 XARELTO 100G C/ 1,00 CX	102,37		250,97	
Qtdc. total de itens				
Valor total R\$			6,00	
Desconto R\$			450,61	
Valor a Pagar			71,12	
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$	PAGO R\$	379,49	
Cartao	379,49	0,00		
Troco R\$				

Consulta pela chave de acesso em
<http://nfece.set.rn.gov.br/consultarNFece.aspx>
 CONSULMOP CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO
 Numero: 966654 Serie: 8 15/05/2019 09:53:03
 Via: Consumidor
 Protocolo de Autorização: 324190118022169
 Data/Hora: 15/05/2019 09:53:03



PV00000106754
 VOCE ECONOMIZOU R\$ 71,12
 Atendido por: ALYNE GLAUCIA BEZERRA COSTA
 Vendedor: 525
 PROCON-RUA ULISSES CALDAS, 181-CIDADE A. F:3232-90
 Câmbio: 008 Loja: 133 15/05/2019 09:53:13
 Linx-tec Gestão PDV: 2.0-33.085



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:45
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334442900000056824305>
 Número do documento: 20082716334442900000056824305

Num. 59202756 - Pág. 10

FARMACIA IDEAL
FARMACIA IDEAL LTDA ME
 CNPJ 07.690.790/0001-64 IE: 2020120-42
 PRACA DA MATRIZ, 48, CENTRO, PAU DOS
 FERROS - RN (043351-2869)
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
 Eletrônica

Código	Descrição	Qtd.	Un.	M.	Unit.	Vl.	Total
59157	FISIOGEL LÍQUIDO CREMOSA 400 ML	1	UN	96,44		96,44	
58097	ALCOOL EM GEL	1	UN	2,30		2,30	
06034	TALCO GRANADO BEBE 100G	1	UN	9,94		9,94	
		Qtd. Total de Itens				3	
		Valor total R\$				108,68	
		Valor a pagar R\$				108,68	
		FORMA PAGAMENTO				VALOR PAGO R\$	
		Total Pago R\$				108,68	
		Cartão de Crédito				108,68	

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://busca.sel.in.gov.br/cfe/consulta>

24.19.0407.6937.3000.0164.6500.1000.1163.8610.0000.0009



CLIENTE:
 VENDEDOR: 11 - FLAVIANA
 Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
 Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal R\$16,00 Estadual R\$29,25 Municipal R\$0,00
 NUM. CONTROLE: 146028

FARMACIA IDEAL
FARMACIA IDEAL LTDA ME
 CNPJ 07.690.790/0001-64 IE: 2020120-42
 PRACA DA MATRIZ, 48, CENTRO, PAU DOS
 FERROS - RN (043351-2869)
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
 Eletrônica

Código	Descrição	Qtd.	Un.	M.	Unit.	Vl.	Total
43194	DESENHO A 300 (N Q)	1	UN	16,40		16,40	

Qtd. total de Itens
 Valor total R\$
 Desconto R\$
 Valor a pagar R\$
 FORMA PAGAMENTO
 Total Pago R\$
 Cartão de Crédito

VALOR PAGO R\$
 13,12

Consulta pela Chave de Acesso em
<http://busca.sel.in.gov.br/cfe/consulta>

24.19.0407.6937.3000.0164.6500.1000.1163.8610.0000.0003



CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
 NIFC-e nº 115969 Série 1
 Data de emissão: 26/04/2019 18:12:24 hs
 Consumidor
 Protocolo de autorização: 324190101900819
 Data de autorização: 26/04/2019 18:12:24

CLIENTE:
 VENDEDOR: 14 - VALÉRIA

Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
 Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal R\$1,76 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00
 NUM. CONTROLE: 145162

REDE
VISA
 COMPR:750760242 VALOR: 108,68
 ESTAB:023948864 FARMACIA IDEAL
 26.04.19-10:37:12 TERM:PV021728/27561
 NUMERO PARCELAS : 03
 CARTAO: XXXXXXXXXX8302
 AUTORIZACAO: 020966
 ARQC:1063B2D707F75F629
 AID: A00000000031010
 TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
 USO DE SENHA PESSOAL.

(CUPOM FISCAL: 000000)
 (NSU D-TEF : 278819)

REDE
VISA
 COMPR:753028834 VALOR: 13,12
 ESTAB:023948864 FARMACIA IDEAL
 26.04.19-18:12:14 TERM:PV021728/279092
 CARTAO: XXXXXXXXXX8302
 AUTORIZACAO: 088416
 ARQC:557F308082F7B600
 AID: A00000000031010
 TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
 USO DE SENHA PESSOAL.

(CUPOM FISCAL: 000000)
 (NSU D-TEF : 279092)

DUEIROZ E URBANO LTDA - ME
CNPJ: 10.264.170/0001-37 IE: 202148831
RUA PEDRO VELHO, 1294, CENTRO, PAU DOS FERROS,
RIO GRANDE DO NORTE
CEP: 59900-000 FONE: (84)3351-5181
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletronica

CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD/UN VL.UNIT VL.TOTAL
7896512922472 SAB LIQ GRANDE REF 250ML BEBE LAV
1UN 11,74 11,74

Qtde. total de itens
Valor total R\$
Valor a Pagar R\$
FORMA DE PAGAMENTO
CARTAO TEF

Consulte pela Chave de Acesso em
www.set.rn.gov.br/nfce/consulta
2419 0410 2641 7000 0137 6511 3000 0566 0210
4760 6813

CONSUNIDOR NAO IDENTIFICADO
NFC-e no 85602 Serie 113 27/04/2019 10:04:09
Protocolo de Autorizacao 324190102233217
Data de Autorizacao 27/04/2019 10:04:48



Operador: FRANCISCO FABIO
Tributos Totais Incidentes (lei Federal
12.741/2012) - Total R\$ 4,23 - Federal : 52,72%
- Estadual : 47,28% - Municipal 0,00% (Fonte
IBPT)
CAIXA: 113
CISSFront 8.0-3-401 DR DR800 27/04/2019 CDKHF-e 4.0.0.4

DUEIROZ E URBANO LTDA - ME
CNPJ: 10.264.170/0001-37 IE: 202148831
RUA PEDRO VELHO, 1294, CENTRO, PAU DOS FERROS,
RIO GRANDE DO NORTE
CEP: 59900-000 FONE: (84)3351-5181
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletronica

CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD/UN VL.UNIT VL.TOTAL
7895905111340 FR GERIATRICA MEGARAL CONFORT 60
1UN 11,89 11,89

Qtde. total de itens
Valor total R\$
Valor a Pagar R\$
FORMA DE PAGAMENTO
DINHEIRO
Troco R\$

Consulte pela Chave de Acesso em
www.set.rn.gov.br/nfce/consulta
2419 0410 2641 7000 0137 6510 6000 0850 7410
4659 3727

CONSUNIDOR NAO IDENTIFICADO
NFC-e no 85074 Serie 106 26/04/2019 09:45:00
Protocolo de Autorizacao 324190101197203
Data de Autorizacao 26/04/2019 09:45:00



Operador: AJACKS BRBYON
Tributos Totais Incidentes (lei Federal
12.741/2012) - Total R\$ 4,52 - Federal : 55,31%
- Estadual : 44,69% - Municipal 0,00% (Fonte
IBPT)

CAIXA: 106
CISSFront 8.0-3-401 DR DR800 27/04/2019 CDKHF-e 4.0.0.4
26/04/2019 09:37:00



QUEIROZ E URBANO LTDA - ME
CNPJ: 10.264.170/0001-37 IE: 202140831
RUA PEDRO VELHO, 1294, CENTRO, PAU DOS FERROS, RIO GRANDE DO NORTE

CEP: 59900-000 FONE: (84)3351-5181
Documento Auxiliar da Nota Fiscal do Consumidor Eletrônico

EMITIDA EM CONTINGENCIA
Pendente de autorização

CÓDIGO	DESCRÍCION	QTD/E UN	VL.UNIT	VL.TOTAL
7898905111333	FR GERIATRICA MEGAFRAL CONFORT 6 C/8	1UN	11,89	11,89
7898905111333	FR GERIATRICA MEGAFRAL CONFORT 6 C/8	1UN	11,89	11,89
7098031172857	DET PO INVICTO 2KG SUPERCAO	1UN	8,98	8,98
7098031172857	DET PO INVICTO 2KG SUPERCAO	1UN	8,98	8,98
7095001032156	CORDA VIBRAL BETTAHIN STENDA 15H BEF 3215	1UN	4,19	4,19
7096064491921	TOTALHA UNED NATURAL 50CM MASTER ADULTO	1UN	11,24	11,24

Qtde. total de items 6
Valor total R\$ 57,17
Valor a Pagar R\$ 57,17
FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO R\$
DINHEIRO 57,17

Consulte pela Chave de Acesso em
www.set.rn.gov.br/nfca/consultas
2419 0410 2641 7000 0137 6510 1000 1786 1590 4320 4984
CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO
NFC-e no 178516 Serie 101 22/04/2019 15:12:59

UIA CONSUMIDOR
EMITIDA EM CONTINGENCIA
Pendente de autorização



Operador: ANTONIA AURICELIA
Tributos Totais Incidentes (IPI Federal 12,74% /2012) - Total R\$
15,33 - Federal : 56,56% - Estadual : 43,44% - Municipal 0,00%
(Fonte IBPT)

CRÉDITO: 101 22/04/2019 15:14:20
ISSFlam 8.0-3-401 Elgin 19 CDMF-e 4.0.0.4



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:45
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334442900000056824305>
Número do documento: 20082716334442900000056824305

Num. 59202756 - Pág. 13

REDE
 VISA
 COMPRA: 752269788 VALOR: 253,00
 ESTAB: 023948884 FARMACIA IDEAL
 25.04.19-16:12:13 TERM: PV021728/278572
 NUMERO PARCELAS : 05
 CARTAO: XXXXXX-XXXXXX0065
 AUTORIZACAO: 047307
 APQC: FD0B365B87D00908
 AID: A0000000031010
 TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
 USO DE SENHA PESSOAL.
 (CUPOM FISCAL: 000000)
 (NSU B-TEF : 2746771

QUEIROZ E URBANO LTDA - ME
 CNPJ: 10.264.170/0001-37 IE: 202140831
 RUA PEDRO VELHO, 1294, CENTRO, PAU DOS FERROS, RIO GRANDE DO NORTE
 CEP: 59900-000 FONE: (84)3351-5181

Documento Auxiliar da Nota Fiscal do Consumidor Eletronica

CD0100	DESCRICA	QTD	UN	VL. UNIT	VL. TOTAL
7898905111240	FR GERIATRICA MEGAFRAL CONFORT 60 C/7	1	UN	11,89	11,89
7897534801516	ALCOOL GEL START 500G LAVANDA	1	UN	8,98	8,98
Qtde. total de items					
2					
Valor total R\$					
20,87					
Valor a Pagar R\$					
20,07					
FORMA DE PAGAMENTO					
VALOR PAGO R\$					
TR-CLIENTE					
11,89					
DINHEIRO					
8,98					

Consulta pela Chave de Acesso em

www.sef.rn.gov.br/nfcse/consulta

2419 0410 2641 7000 0137 6510 1000 1287 7310 4406 9777

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

NFC-e no 178773 Serie 101 23/04/2019 07:23:59

Protocolo de Autorizacao 324190693499541 23/04/2019 07:33:04



Operador: ANTONIA ANDRICELIA
 Tributos Totais Incidentes (Iel Federal 12.741/2012) - Total R\$
 8,46 - Federal : 47,52% - Estadual : 52,48% - Municipal 0,00%
 (Fonte IBPT)

CAIXA: 101 23/04/2019 07:25:00
 CISSFront 8.0-3-401 Elgin i9 CORNFC-e 4.0.0.4



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:45
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334442900000056824305>
 Número do documento: 20082716334442900000056824305

Num. 59202756 - Pág. 14



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: PAULO Suelo G. de BESSA	CPF: 246.840.404-72	Complemento: CASA	
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: Carlotto Tauara	Número: 1019	
Bairro: SÃO BENEDITO	Cidade: PAU DOS FERREIROS	Estado: PR	CEP: 59400-000
E-mail:	Tel (DDD): (84) 99650-0858		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: _____	AGÊNCIA: _____
CONTA: _____	CONTA: _____
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

226.840.904-72 PAULO SUELDO G. DE BESSA

Nome completo da vítima:

Nome completo:

PAULO SUELDO G. DE BESSA

Profissão:

Endereço:

AGRICULTOR CARLOTO TAVORA

Bairro:

Cidade:

SAO BENEDITO

PAU DOS FERROS

CPF:

226.840.904-72

Número:

1019

Complemento:

CASA

CEP:

599.00-000

Tel (DDD):

(82) 99650-5888

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: _____

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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica das custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

MORTE

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Paulo Sueldo G. de Bessa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190475650	CPF da vítima: 276.840.404-72	Nome completo da vítima: Paulo Sueno Gurgel de Bessa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Paulo Sueno Gurgel de Bessa	CPF: 276.840.404-72	
Profissão: Agricultor	Número: 1019	Complemento: caso
Endereço: caetano faloutsos	Estado: PR	CEP: 59900-000
Bairro: Praia dos Ferros	Tel.(DDD): (84) 99650-0888	
E-mail:		

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS CADASTRAIS

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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: 0163 CONTA: 89094 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

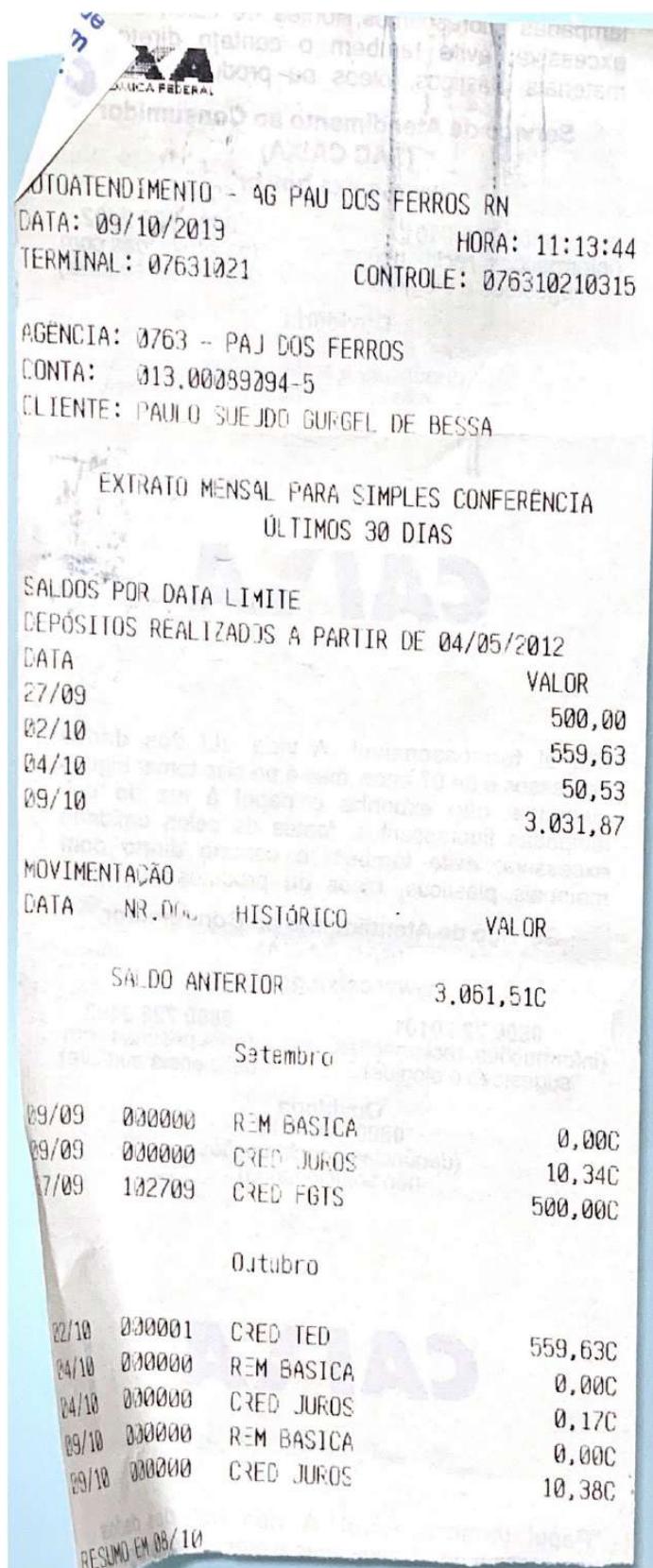
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334592800000056824306>
Número do documento: 20082716334592800000056824306

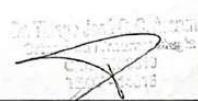
Num. 59202757 - Pág. 2



RECIBO

Recebido do Sr. PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA, CPF: 276.840.404-72, residente a rua Carloto Tavorá, 1019, bairro São Benedito, Pau dos Ferros/RN. O valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) referente ao pagamento do exame raio x. Dando-lhe por esse recibo a quitação.

Caraúbas, RN, 13 de Julho de 2019


TM MEDICAL CENTER LTDA

TM MEDICAL CENTER LTDA. – EPP.
CNPJ: 26.582.264/0001-94 – Insc. Estadual: 20.461.166-0 – Insc. Municipal: 16451321
Rua Bevenuto Simões, 17 – Centro – Caraúbas – RN – CEP 59780-000
Email: tmclinica@yahoo.com



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334592800000056824306>
Número do documento: 20082716334592800000056824306

Num. 59202757 - Pág. 3



R E C I B O

Recebido do Sr. PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA, CPF: 276.840.404-72, residente a rua Carloto Tavorá, 1019, bairro São Benedito, Pau dos Ferros/RN. O valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) referente ao pagamento do exame raio x. Dando-lhe por esse recibo a quitação.

Caraúbas, RN, 01 de Junho de 2019


T M MEDICAL CENTER LTDA

TM MEDICAL CENTER LTDA. – EPP.
CNPJ: 26.582.264/0001-94 – Insc.. Estadual. 20.461.166-0 – Insc. Municipal: 16451321
Rua Bevenuto Simões, 17 – Centro – Caraúbas – RN – CEP 59780-000
Email: tmclinica@yahoo.com



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334592800000056824306>
Número do documento: 20082716334592800000056824306

Num. 59202757 - Pág. 4



RECIBO

Recebido do **Sr. PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA**, CPF: 276.840.404-72, residente a rua Carloto Tavorá, 1019, bairro São Benedito, Pau dos Ferros/RN. O valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) referente ao pagamento da consulta ortopédica. Dando-lhe por esse recibo a quitação.

Caraúbas, RN, 01 de Junho de 2019

T M MEDICAL CENTER LTDA

TM MEDICAL CENTER LTDA. – EPP.
CNPJ: 26.582.264/0001-94 – Insc.. Estadual. 20.461.166-0 – Insc. Municipal: 16451321
Rua Bevenuto Simões, 17 – Centro – Caraúbas – RN – CEP. 59780-000
Email: tmclinica@yahoo.com



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334592800000056824306>
Número do documento: 20082716334592800000056824306

Num. 59202757 - Pág. 5

Hospital Memorial de Natal

Hospital Memorial

AV. JUVENTIN LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4230 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

DIGITALIZADO

Data: 12/05/2019 13:21

FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Registro: 135548
RG: 485764 CPF: 279.8.0.404-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)
Endereço: CARLOTO TAVORA N.: 1019 Bairro: SAO BENEDITO
Cidade: PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 59900000 Fonê: 84899354750
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Internamento: Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARAGS
Número: 1 Matrícula/CNS: 702002337189784
SUS ESTADUAL CRM: 6619 ENFERMARIA 301A
Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN

Dados do Responsável

Paciente: MARIA HORTENCIA DIOGES DE CARVALHO CPF: 970.452.844-20 RG: 1497018
Relacionado: ESPOSA

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente admitido eencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não forvida ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seu acréscimo de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inexecução valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços, bônus, prazo de liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gêneros, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os efeitos desse

- Diagnóstico;
- Planejamento e Terapêutico;
- Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável:

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 59.022-020 Natal / RN
Conforme com original
Em: 19/04/19
Beatriz

Maria Hortencia Dioges Cavello

ANEXOS:
ABO SUS, PARECER CIRURGICO, CRED SANGUE CERT CASAMENTO, AUTORIZACAO EXAMES LABORES
FOTOCOPIAS DE RX MEDICO CIENTE



Hospital Memorial
Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/05/2019 13:21

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA
CPF: 276.840.404-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)
Endereço: CARLOTO TAVORA N: 1019 Bairro: SAO BENEDITO
PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 59900000 Fone: 84999354759
AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Internamento: Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARAGS
Início: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 702002337189784
Atendente: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 6619 ENFERMARIA 301A

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neuroológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Pressão geral: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Nº 01 59.022-020 Natal / RN
Compara com original
Em: _____

Página 1/1

cancelar



Hospital Memorial
Dr. FRANCISCO

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 12/05/2019 18:21

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Registro: 135548
RG: 485764 CPF: 276.340.404-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)
Endereço: CARLOTO TAVORA N.: 1019 Bairro: SAO BENEDITO
Cidade: PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 59900000 Fone: 84999354752
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Internamento: Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARACS
Serviço: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 702002337189784
Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEI CAMARA ARARUNA CRM: 6619 ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Responsável: MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALHO CPF: 970.452.844-20 RG: 1497018
Parentesco: ESPOSA

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

- Autorizo o(a) Dr. THIAGO JOSE GURGEI CAMARA ARARUNA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8558 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRACTURA DA DIAFISE DO FEMUR
- O(A) Dr. THIAGO JOSE GURGEI CAMARA ARARUNA, explico-me claramente a proposta do tratamento e procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.
Assento por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Assinado pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Maria Hortencia Diogenes de Carvalho

NÃO SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Rose Alves Lisboa

Ay. Juvenal Lamartine, 979

Tel: 84 3133-4200 Natal / RN

Compara com original:

Car. /

Dr. THIAGO JOSE GURGEI CAMARA ARARUNA - C

Página



Hospital Memorial

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 12/05/2019 18:21

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA
RG: 485764 CPF: 276.840.404-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)
Endereço: CARLOTO TAVORA N. 1019 Bairro: SAO BENEDITO
Cidade: PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 59900000 Fone: 84999354760
Estado: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Internamento: Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARAGS
Intervenção: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 702002337189784
Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 6619 ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Responsável: MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALHO CPF: 970.452.844-20 RG: 1497018
Antescol: ESPOSA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ matérias especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente que:

- 1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio. O Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o resarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverá comunicar imediatamente ao setor competente.
- 3- Terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o termo de uso do mesmo, ao setor competente.
- 4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Painel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painel de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas de gabinete, Frigobar, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em _____, nas seguintes condições: HOSPITAL MEMORIAL

- Em perfeito estado
 Apresentando defeito
 Faltando Equipamentos/Acessórios

Assinatura do responsável

Página 1

MedicWare

17/05/2019

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 285572806

Número AIH: 241910036371-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Unidade Executante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	Município Executante
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	NATAL
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL	
Central Reguladora	NATAL
Data de Solicitação	25.04.2019 - 12:14:11
Data de Autorização	25/04/2019 - 12:22:57
Data de Reserva	29.04.2019
Data de Internação	25.04.2019
Data Prevista de Alta	08.09.2046
Data de Alta	25/04/2019 - 13:46:05
Motivo da Alta	1.1 ALTA CURADO

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apelido:
702002337189784	---
Nome do Paciente	Naturalidade:
PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA	RODOLFO FERNANDES - RN
Nome da Mãe	Raça:
FRANCISCA GURGEL BESSA	BRANCA
Sexo:	Tipo Sanguíneo:
MASCULINO	---
Data de Nascimento:	Logradouro:
18/05/1961 (57 anos)	CARLOTO TAVORA
Tipo Logradouro:	Bairro:
RUA	SAO BENEDITO
Número:	Município de Residência:
1019	PAU DOS FERROS
País de Residência:	Complemento:
BRASIL	
Telefone(s):	CEP:
(84) 9971-0855 (Exibir Lista Detalhada)	59900-000
	UF:
	RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
04976833429	THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
04976833429	THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA	
Diagnóstico Inicial - CID:		
M841 - AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]		
Caráter	Classificação de Risco	
10 - Eletrivo	Prioridade 3 - Atendimento eletrivo	
Clínica:	Clínica Complementar:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	Nenhuma	
Procedimento Solicitado:	Código:	
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	0415020034	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE COM DOR E DEFORMIDADE APOS TRAUMA HÁ + 40 DIAS SEM MELHORA COM TRATAMENTO CONSERVADOR APRESENTA PSEUDOARTROSE DO FEMUR, /td>

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tiroz 59.022-020 Natal / RN

Contrário com origina

Em: _____

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO PSEUDOARTROSE + OSTEOTOMIA DO FEMUR

PARECER**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

25.04.2019 - 12:14:11

Data da Extração dos Dados: 17/05/2019 08:00:27

1



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO		
Paula Sereide Gurgel de Freitas			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO		
702 0023 3218 9784	18/05/1964		
9 - SEXO	MASCULINO 1 FEMININO 2		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO		
Françica Gurgel Bebiba	9935-4750		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)			
Rua Antônio Góis n° 1019			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
Patu RN	São Benedito	RN	59.900-000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
non deformidade em coro bei apoi trilium

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
talemento arrejado

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
Exam fraco + 1

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
Trauma d'impacto	55d		

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Ortopedia e				Juana Lisboa
ang longo + orquimia				29 - DT SOLICITAÇÃO 23/04/10
d'impacto				30 - CNS / CPF
interna				Lia Jana Lisboa C. Aranha
				Ospedale CRISTIANA
				6619
				31 - ASSINATURA E CARMISO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIR)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	Av. Juvenal Lameirine, 979
48 - CNS / CPF	62	Tiro 59.022-020 Natal / RN
49 - ASSINATURA E CARMISO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARMISO (Nº REG. CONSELHO)	Compre com original
		E-mail:

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Data do Procedimento: 13/05/2019

Registro: 135548 IH: 1

Diagnóstico pré operatório: <u>S723 FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR -</u>	
Código do procedimento <u>0408050519</u> <u>0408060190</u> <u>0408040157</u> _____ _____	Cirurgia realizada <u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR</u> <u>OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE</u> <u>OSTEOTOMIA DA PELVE</u> _____ _____
Equipe cirúrgica: Cirurgião: <u>THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA</u>	CRM <u>6619</u>
Anestesiologista: <u>MATEUS REVOREDO GOMES</u>	CRM <u>8080</u>
Instrumentador: <u>FELIPE</u>	
Grau de Contaminação: <u>Limpo</u> Profilaxia Antimicrobiana: <u>Cefazolina</u> Anatomopatológico: <u>Não</u> Exame: <u>Não se aplica</u>	CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados: 1. HASTE RETROGRADA DE FÉMUR 12X300 MM 2. PARAFUSOS DE BLOQUEIO 4.5 MM (34 E 38 MM) 2. PARAFUSOS DE BLOQUEIOS 5.5 MM (50 + 70 MM) 1 TAMPÃO
Descrição da cirurgia: 1. PACIENTE EM DDH + RAQUIANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISSPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. INCISÃO EM FACE ANTERIOR DE JOELHO DIR + COXA DIR + DIVULSAO POR PLANOS + OSTEOTOMIA DE FÉMUR PARA EXPOR. REDUZIR E FIXAR A FRATURA DE FÉMUR COM HASTE RETROGRADA DE FÉMUR FRESCADA E BLOQUEADA + ENXERTO OSSEO 4. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO	
<p style="text-align: right;">Dr. Thiago José G. C. Araruna Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6619 TEOT - 14916</p> <p>CRM: 6619 - THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA 13/05/2019 15:30:42</p>	

Página 1/1





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENTAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemoiral@veloxmail.com.br

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA IH: 1

Cirurgia Realizada

FRATURA DE FÉMUR TRATAMENTO CIRÚRGICO + OSTEOTOMIA

Data

13/05/2019

Cirurgião
DR. TIAGO ARARUNA

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Anestesiologista

DR. MATEUS GOMES

HORA



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
SaO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
DROGAS		
FENTANIL	600MG	01A
MIDAZOLAN	15MG	01A
NEOCAINA	0,5%	01A
DIMORF	0,2MG	01A
SUFENTANIL	10MG	01A
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	01A
ARAMIN	10MG	01A
CEFAZOLINA	1G	02P
DIPIRONA	1G	02A
DRAMIN	3MG	01A
DEXAMETASONA	10MG	01A
RANITIDINA	50MG	01A
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,6%	
ISOBARICA	0,6X	
CETOPROFENO	100mg	

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO NEUROEIXO

TIPO: SIMPLES

BLOQUEIO: RAQUIANESTESIA

LATÊNCIA: 5

LOCAL DA PUNÇÃO: L4-L5

LIQUOR: CLARO

NÍVEL ANESTESIA: T12

AGULHA: QUINCKE Q25

BLOQUEIO MOTOR: 3

Depois: DDH

POSIÇÃO: Antes: DDH

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

V.T.: FR.:

TRAUMÁTICA:

Nº V.M. PLT:

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDICÃO FINAL: BEG

REFLEXOS: ±

CONSCIÊNCIA: ACORDADO

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

1) SORO FISIOLÓGICO 500ML - 01FR

1)ATO SEM INTERCORRÊNCIAS

2) RINGER LACTATO 500ML - 01FR

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvental Lamartine, 979

Tiroz 52 020-000-0000

Mateus Revededo Gomes

Médico Anestesiologista 3379 RN

CRM: 8080 RQE: Engina

Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:46

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334592800000056824306

Número do documento: 20082716334592800000056824306



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 135548 -1

Leito Nº: ENFERMARIA 301A

Médico: CRM - 6619 - THIAGO JOSE GURGEL CAMAR

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de Prótese, Orteze |
| <input type="checkbox"/> Diária de U.T.I. | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral |
| <input type="checkbox"/> Parecer CCIH | |
| <input type="checkbox"/> | |

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

135548 -1 - PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		THIAGO JOSE GURGEL CAMAR	6619	049.768.334-29

JUSTIFICATIVA

1. HASTE RETROGRADA DE FÊMUR 12X300 MM
2 PARAFUSOS DE BLOQUEIO 4.5 MM (34 E 38 MM)
2 PARAFUSOS DE BLOQUEIOS 6.5 MM (50 + 70 MM)
1 TAMPÃO

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE



CRM	DATA
6619	13/05/2019 15:36:38 HOSPITAL MEMORIAL Av. Presidente Kennedy, 979 Cidade Alta, Natal / RN

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM	DATA





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 16/05/2019 16:13

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 135548 IH: 1 Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA
Nascimento: 18/05/1961 58 anos Internação: 12/05/2019 18:14:27 Leito: ENFERMARIA 301A

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: Raqui + Sedacão Anestesiologista: Drº Matheus

Tipo: Fratura de Fêmur "D" Cirurgião: Drº Thiago Araruna

Instrumentador: Daniela + Felipe Circulante: Daysyane

Tipo curativo: Oclusivo

Tem material para biópsia/cultura: Não

Inf.sanguínea: NÃO Monitoração correta: SIM Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: 02g de Cefazolina

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:
Cliente admitido em sala para submeter-se ao procedimento cirúrgico de FRATURA DO FÉMUR 'D', punc. ielco nº18 viab. sf 0,9% em mseo mesmo nega AM+DM+HAS, procedimento realizado sem intercorrência. Cliente encaminhado ao srpa em 02 ambientena hvp, diurese espontânea, f.o limpa.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpas

DAYSYANE MAYARA DA SILVA RODRIGUES
Técnico(a) COREN - 649194

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiroz 59.022-020 Natal / RN
Cópia com origina
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **135548** IH: **1** Paciente: **PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA**
Nascimento: **18/05/1961** 58 anos Internação: **12/05/2019 18:14:27** Leito: **ENFERMARIA 301A**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

13/05/2019 13:08:01 COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

**CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR, ACOMPANHADO D
MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO
EM MSD Nº 18 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.**

Doença pré-existente: **NÃO**

Há reserva sanguínea: **SIM** Prótese: **NÃO** Jóias: **NÃO** Membro e lado da cirurgia: **MIE**

Exame Laboratorial: **SIM** Risco Cirúrgico: **SIM** Raio X: PRÉ: **SIM-QTD: 01**

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): **NÃO**

Assinatura Responsável

Maria Elizabeth Pereira

Outros Exames:

SRPA

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: **ORIENTADO**

Oxigenoterapia: **O₂ AMBIENTE**

Acesso venoso: **SIM** Diurese: **SIM** Acianótico: **NÃO** Pálido: **NÃO** Sudorese: **NÃO** Tremores: **NÃO**

Hipotensão: **NÃO** Raio X de Controle: **NÃO**

Medicação administradas:

Encaminhamento:

**CLIENTE DE POI DE FRATURA DE FEMUR , CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE,
NA HVP. VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE
ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES.
SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.
VERIFICADO SSVV: PA= 100X70 MMHG, FC= 96 BPM, T.= °C, SPO2= 99 %**

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiroz 59.022-020 Natal / RN
Carregar com origina
[Signature]





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br



Evolução Assistente Social

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Registro: 135548 Num. Internação: 1

Nascimento: 18/05/1961 58 anos

Data Internação: 12/05/2019 18:14:27

Acompanhante:

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : PAU DOS FERROS

Bairro : SÃO BENEDITO

Ocorrência:

DURANTE O ACOLHIMENTO E ESCUTA QUALIFICADA AO SERVIÇO SOCIAL, FOI INFORMADO: TRAUMA AO FEMUR ESQUERDO, VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COLISAO COM UM VEICULO NA DATA 22.04.2019. ENCAMINHADO DA PROPRIA RESIDENCIA. INFORMAÇÕES REGISTRADAS CONFORME REPAS

Evolução do Prontuário:

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

USUARIO ACOMPANHADO COM A SENHORA MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALHO,
CPF: 970.452.844-20
ACOMPANHANTE CIENTE DAS NORMAS INTERNAS HOSPITALARES, ORIENTACAO DE
ACOMPANHANTE REPASSADAS VERBALMENTE, ENTREGUE EM MAOS A CARTILHA COM AS
INFORMACOES NECESSARI

CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora das enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;

ADRIELY CRISTINA BATISTA DE LACERDA
CRESS - 4403

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 59.022-020 Natal / RN
Comprovado original
En. [Signature]





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 135548
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301A
Admissão: 12/05/19 18:14 1 dia(s) de internação
Diag.: S72 - Fratura do fêmur | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, p.

Adm. OR
Idade: 57 anos
Prontuário:

Horários de Aplicação				6619
13/05/2019 15:36				
1) DIETA LIVRE	DO	(SND)		
2) SORO GLICOSADO 5% 500ML Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.	DO	:06:00		
3) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.	DO	18:00	06:00	
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	DO	18:00	00:00,	06:00, 12:00
5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABD 10ML	DO	20:00;	04:00,	12:00
6) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	DO	22:00;	06:00,	14:00
7) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. S/N	DO	(SN)		
8) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. SE PAS > 160 OU PAD > 100 MMHG	DO	(SN)		
9) OMEPRAZOL 40mg frasco ampola 1 ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. JEJUM.	DO	:6		
10) RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.	DO	22:00		
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), 06 em 06 horas S/N DO (SN)	DO	(SN)		
12) CURATIVO, 24 em 24 horas DIA SEGUINTE	DO	(M)		
13) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	DO	18:00	00:00,	06:00, 12:00

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lamartine, 979
Tfet 59.022-020 Natal / RN
Compro com origina
Em: /



Hospital Memorial
São Francisco

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Idade: 57 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 135548 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301A
Admissão: 12/05/19 18:14 1 dia(s) de internação
Diag.: S72 - Fratura do fêmur | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas para:

	Solic. (Estoque):	Horários de Aplicação
1) DIETA LIVRE		(SND)
2) SORO GLICOSADO 5% 500ML		06:00, 12:00, 18:00
Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.		Repetir
3) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL		06:00, 12:00, 18:00
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.		Repetir
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola		00:00, 06:00, 12:00, 18:00
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD		Schamma Malheu
5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola		20:00, 04:00, 12:00
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABD 10ML		Repetir
6) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola		22:00, 06:00, 12:00
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%		Repetir
7) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL		(SN)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. S/N		
8) CAPTOPRIL 25mg comprimido		(SN)
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. SE PAS > 160 OU PAD > 100 MMHG		Repetir
9) OMEPRAZOL 40mg frasco ampola	1 ampola	06, 12:00, 18:00
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.		Repetir
JEJUM.		
10) RIVAROXABANA 15MG comprimido	1 comprimido	22:00, 06:00
Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.		Repetir
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA),	06 em 06 horas	(SN)
S/N		
12) CURATIVO,	24 em 24 horas	(M) 15:05
DIA SEGUINTE		
13) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG),	06 em 06 horas	00:00, 06:00, 12:00, 18:00
		Schamma Malheu

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiroz 53.022-020 Natal / RN
Comenda com origina
Ena.



Hospital Memorial
São Francisco

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Idade: 57 anos
 Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 135548 Prontuário:
 Unidade: UNIDADE III
 Leito: ENFERMARIA 301A
 Admissão: 12/05/19 18:14 2 dia(s) de internação
 Diag.: S72 - Fratura do fêmur | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, para:

14/05/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.68601	Horários de Aplicação	6619
1) DIETA LIVRE		(SND)	
2) SORO GLICOSADO 5% 500ML Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.		06:00, 12:00, 18:00	
3) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.		06:00, 12:00, 18:00	
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD		08:00, 06:00, 12:00, 18:00	
5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABD 10ML		20:00, 04:00, 12:00	
6) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%		22:00, 06:00, 14:00	
7) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. S/N		(SN)	
8) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. SE PAS > 160 OU PAD > 100 MMHG		(SN)	
9) OMEPRAZOL 40mg frasco ampola 1 ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. JEJUM.	1 ampola	08:00	
10) RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA		22:00	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), 06 em 06 horas S/N		(SN) Edulino	
12) CURATIVO, 24 em 24 horas DIA SEGUINTE		00:00, 06:00, 12:00, 18:00	
13) SINAIS VITais (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas		00:00, 06:00, 12:00, 18:00	

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. General Lamartine, s/nº
Tfco: 59 022-020 Natal / RN
Comprovante com origina-
lidade _____

Hospital Memorial
São Francisco

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Idade: 57 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 135548 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301A
Admissão: 12/05/19 18:14 2 dia(s) de internação
Diag.: S72 - Fratura do fêmur | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, par

14/05/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.68601	Horários de Aplicação
1) DIETA LIVRE		(SND)
2) SORO GLICOSADO 5% 500ML Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.		:06:00
3) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.		:06:00, 18:00
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD		00:00, 06:00, 12:00, 18:00
5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABD 10ML		20:00, 04:00, 12:00
6) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%		22:00, 06:00, 14:00
7) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. S/N		(SN)
8) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. SE PAS > 160 OU PAD > 100 MMHG		(SN)
9) OMEPRAZOL 40mg frasco ampola 1 ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. JEJUM.		:06:00
10) RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.		22:00
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA). 06 em 06 horas S/N		(SN)
12) CURATIVO, 24 em 24 horas DIA SEGUINTE		(M)
13) ALTA HOSPITALAR, No momento		

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Jovéval Lamartine, 979
Tiradentes/RN
Centro
E-mail: [redacted]



Hospital Memorial
São Francisco

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Idade: 57 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 135548 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301A
Admissão: 12/05/19 18:14 2 dia(s) de internação
Diag.: S72 - Fratura do fêmur | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas separadamente

14/05/2019 19:00

Solic. (Estoque): 119.68601

Horários de Aplicação

14) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas

00:00, 06:00, 12:00, 18:00

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARAARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 59.022-020 Natal / RN
Comprovado original
Data: 15/05/2019

Pixeon - 15/05/2019 19:02 (U250/ASSIST.6.0) / (DWO:69)

Página: 1



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334592800000056824306>
Número do documento: 20082716334592800000056824306

Num. 59202757 - Pág. 22



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

O DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFEI

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Registro: 135548 Nº Internação:
Nascimento: 18/05/1961 58 anos Data Internação: 12/05/2019 18:14:27 Leito: ENFERMARIA 301A

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 12:50HS PACIENTE FOI ENCAMINHADO PARA O C.C ACOMPANHADO DE MAQUEIRO PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO CIRURGICO.

Edvania

13/05/2019
COREN - 1088550

EDVANIA PEREIRA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Comprovado original
Em: _____

MedicWare

Página 1 / 1

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA
Nascimento: 18/05/1961 58 anos Data Internação: 12/05/2019 18:14:27
Registro: 135548 IH: 1
Leito: ENFERMARIA 301A

Paciente: Diurno Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: POS OPERATORIO DE FEMU DIREITO.

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: NEGA.

Sinais Vitais

Temperatura: 36 °C Saturação O2: 99% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 79

Acesso Venoso
Central

Dieta
VO

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigêniooterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

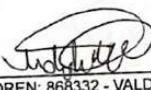
Obs.:

Curativo:

Medicações:
FOI ADM TD MEDICACAO CONFORME APRESCRICAO MEDICA.

Intercorrência:
PACIENTE VINDO DO CENTRO CIRÚRGICO CONCIENTE ORIENTADO, SEM QUEIXA, O MESMO SEGUE BEM NO LEITO, AOS CUIDADOS DA EQUIPE DA ENFERMAGEM.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro: 39.023-020 Natal / RN
Conforme original
Enviado em _____


COREN: 868332 - VALDETE DO NASCIMENTO NUNES
13/05/2019 17:24:00

Página: _____





LAVADO MÉDICO

Pacient Paulo Soeudo gurgel de
Bona foi submetido a tratamento
cirúrgico de fratura de fíbula
direita hó + 1 - 2 mês. Liberado
carga com apêio. Seguro afor-
toamento de reis atireudade
trabalhos por no minimo,
90 (noventa) dias. Sabuto avalia-
ção médica de reut

CIN: 572 carauka, 13/07/19

1207
Ortopedica
Dr. Thiago Lins
Intervencionista

RUA: BEVENUTO SIMÃO, 17 - BAIRRO: CENTRO- CARAÚBAS/RN
ATENDIMENTO: 9.9674-0800 clinicaconceicaogararuna



Assinado eletronicamente por: GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO - 27/08/2020 16:33:47
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716334673500000056824307>
Número do documento: 20082716334673500000056824307

Num. 59202758 - Pág. 1



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br



Evolução Assistente Social

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Registro: 135548 Num. Internação: 1

Nascimento: 18/05/1961 58 anos

Data Internação: 12/05/2019 18:14:27

Acompanhante:

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : PAU DOS FERROS

Bairro : SÃO BENEDITO

Ocorrência:
DURANTE O ACOLHIMENTO E ESCUTA QUALIFICADA AO SERVIÇO SOCIAL, FOI INFORMADO: TRAUMA AO FEMUR ESQUERDO, VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COLISAO COM UM VEICULO NA DATA 22.04.2019. ENCAMINHADO DA PROPRIA RESIDENCIA. INFORMAÇÕES REGISTRADAS CONFORME REPAS

Evolução do Prontuário:

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:
USUARIO ACOMPANHADO COM A SENHORA MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALHO,
CPF: 970.452.844-20
ACOMPANHANTE CIENTE DAS NORMAS INTERNAS HOSPITALARES, ORIENTACAO DE
ACOMPANHANTE REPASSADAS VERBALMENTE, ENTREGUE EM MAOS A CARTILHA COM AS
INFORMACOES NECESSARI

CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e depois prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;

ADRIELY CRISTINA BATISTA DE LACERDA
CRESS - 4403

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 59.022-020 Natal / RN
Conferir com original
Em: _____





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **135548** IH: **1**. Paciente: **PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA**

Nascimento: **18/05/1961** 58 anos Internação: **12/05/2019 18:14:27** Leito: **ENFERMARIA 301A**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

13/05/2019 13:08:01 COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR, ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD Nº 18 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: **NÃO**

Há reserva sanguínea: **SIM** Prótese: **NÃO** Jóias: **NÃO** Membro e lado da cirurgia: **MIE**

Exame Laboratorial: **SIM** Risco Cirúrgico: **SIM** Raio X: PRÉ: **SIM-QTD: 01**

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): **NÃO**

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: **ORIENTADO**

Oxigenoterapia: **O²AMBIENTE**

Acesso venoso: **SIM** Diurese: **SIM** Acianótico: **NÃO** Pálido: **NÃO** Sudorese: **NÃO** Tremores: **NÃO**

Hipotensão: **NÃO** Raio X de Controle: **NÃO**

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE FRATURA DE FEMUR , CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP. VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGURO ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM. VERIFICADO SSVV: PA= 100X70 MMHG, FC= 96 BPM, T= °C, SPO2= 99 %

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Conforme com original
Em: _____ / _____





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 16/05/2019 16:13

Registro: 135548 IH: 1

Paciente: PAULO SUEUDO GURTEL DE BESSA

Nascimento: 18/05/1961 58 anos

Internação: 12/05/2019 18:14:27 Leito ENFERMARIA 301A

Dados do Paciente

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: Raqui + Sedação

Anestesiologista: Drº Matheus

Tipo: Fratura de Fêmur "D"

Cirurgião: Drº Thiago Araruna

Instrumentador: Daniela + Felipe

Circulante: Daysyane

Tipo curativo: Oclusivo

Tem material para biópsia/cultura: Não

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: 02g de Cefazolina

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

Cliente admitido em sala para submeter-se ao procedimento cirúrgico de FRATURA DO FÉMUR 'D'.punc.jelco n°18 viab.sf 0,9% em mseo mesmo nega AM+DM+HAS,procedimento realizado sem intercorrência. Cliente encaminhado ao srpa em 02 ambientena hvp,diurese espontanea,f.o limpa.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpas

DAYSYANE MAYARA DA SILVA RODRIGUES

Técnico(a) COREN - 649194

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tirol 59.022-020 Natal / RN

Conforme com originais

Em: _____ / _____



Hospital Memorial de Natal

Hospital Memorial

AV. JUVENTINHO LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

DIGITALIZADO

Data: 12/05/2019 13:21

FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Registro 135548

RG: 485764 CPF: 275.810.434-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)
Endereço: CARLOTO TAVORA N.: 1019 Bairro: SAO BENEDITO
Cidade: PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 59900000 Fone: 8499354750
Residuo: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Internamento: 1 Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARAGS
Plano: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 702002337189784
Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 6619 ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Paciente: MARIA HORTENCIA DIOGESSES DE CARVALHO CPF: 970.452.844-20 RG: 1497018
Relação: ESPOSA

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não forvida ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de impossibilidade valerá o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Declaro a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gêneros, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para conservá-los, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para conservá-los.

- Diagnóstico;
- Planejamento e Terapêutico;
- Ensino e Pesquisa

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Conforme com original
Em: 19/07/19
Beatriz

Maria Hortencia Dioges Carvalho

Observações:
ODO SLS, PARECFR, CIRURGICO, CRID, SANGUE CERT, CASAMENTO, AUTORIZACAO EXAMES LABORES
LICENCIAS DE RX MEDICO CIENTE



Hospital Memorial
Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1226
hmemorial@uol.com.br

Data: 12/05/2019 18:21

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Registro: 135548
CPF: 276.840.414-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado
Nº: 485764 N: 1019 Bairro: SAO BENEDITO
Nome: CARLOTO TAVORA UF: RN CEP: 59900000 Fone: 84999354750
Nome: PAU'DOS FERROS Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA
Nome: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT

Dados do Internamento

Internamento: 1 Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARAGS
Início: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 702002337189784
Atendente: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 6619 ENFERMARIA 301A

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

Historia da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

ATO: Cardiorespiratórios: _____

ATO: digestivo: _____

ATO: Locomotor e Neuroológico: _____

ATO: Urinário e Ginecológico: _____

Pressão geral: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: _____

Página 1/1

certidão

Hospital Memorial
San Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@velcmail.com.br

Data: 12/05/2019 18:21

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Registro: 135548
RG: 485764 CPF: 276.840.404-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)
Endereço: CARLOTO TAVORA N.: 1019 Bairro: SAO BENEDITO
Cidade: PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 59900000 Fone: 84995354756
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Internamento 1 Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARAGS
Serviço: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 702002337189784
Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 6619 ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Responsável: MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALHO CPF: 970.452.844-20 RG: 1497018
Parentesco: ESPOSA

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

Autorizo o(a) Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8558 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRACTURA DA DIAFISE DO FEMUR
O(A) Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA, explico-me claramente a proposta do tratamento e procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Assento por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização, preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Maria Hortencia Diogenes Carvalho

NÃO SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios e riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente e responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compre com original
Em: _____

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA - C

Página: _____

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 12/05/2019 16:21

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA
RG: 485764 CPF: 276.840.404-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)
Endereço: CARLOTO TAVORA N.: 1019 Bairro: SAO BENEDITO
Cidade: PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 59900000 Fone: 84999354750
Estado: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Internamento: 1 Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARAGS
Ambiente: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 702002337189784
Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 6619 ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Responsável: MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALHO CPF: 970.452.844-20 RG: 1497018
Parentesco: ESPOSA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ matérias específicos neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente que:

- 1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o resarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.
- 3- Terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.
- 4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 5- Seque a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório. Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Painel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painel de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Assento sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, gabinete sanitário, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Devolução: Atestarmos que o bem foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições: HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979

[] Em perfeito estado

[] Apresentando defeito

[] Faltando Equipamentos/Acessórios

Tirol 59.022-020 Natal / RN

Confere com origina

Assinatura do responsável

Página 1/1

MedicWare



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LIGA-SE PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE Paulo Secundo Gurgel de Freitas		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 502 0023 3718 9784		8 - DATA DE NASCIMENTO 18/05/1964	9 - SEXO MASCULINO X 1 FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Francisca Gurgel Rebeta		11 - TELEFONE DE CONTATO 9935-4750 X	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) Rua canhoto favona n° 1019		13 - MUNICIPIO Pau dos Ferros	
14 - BAIRRO São benedito		15 - UF RN	16 - CEP 59.900-000
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS non dipomidade em coxo no apoio triduno raramente arrebatado			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Exan fuso + 1			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de fíbula		21 - CID INICIAL 552	22 - CID SECUNDÁRIO
PROCEDIMENTO SOLICITADO:			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ou exame de longo + orçamento de pronta atendim. 1011-0000		26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Jucog Ferreira			
30 - CNS / CPF 04.710.000-000-00		29 - DT SOLICITAÇÃO 23/04/19	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIR)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	Av. Juvenal Lamartine, 979 Tiro 59.022-020 Natal / RN	
48 - CNS / CPF	52	Conforme com origina	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	Em: _____	

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Data do Procedimento: 13/05/2019

Registro: 135548 IH: 1

Diagnóstico pré operatório: S723 FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR -

Código do procedimento

0408050519

0408060190

0408040157

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

OSTEOTOMIA DA PELVE

Equipe cirúrgica:

CRM

Cirurgião: THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA

6619

Anestesiologista: MATEUS REVOREDO GOMES

8080

Instrumentador: FELIPE

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

- 1. HASTE RETROGRADA DE FÉMUR 12X300 MM
- 2. PARAFUSOS DE BLOQUEIO 4.5 MM (34 E 38 MM)
- 2. PARAFUSOS DE BLOQUEIOS 5.5 MM (50 + 70 MM)
- 1 TAMPÃO

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. PACIENTE EM DDH + RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO EM FACE ANTERIOR DE JOELHO DIR + COXA DIR + DILATÃO POR PLANOS + OSTEOTOMIA DE FÉMUR PARA EXPOR REDUZIR E FIXAR A FRATURA DE FÉMUR COM HASTE RETROGRADA DE FÉMUR FRESCADA E BLOQUEADA + ENXERTO ÓSSEO
4. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Dr. Thiago José G C Araruna
Ortopedia Traumatologia
CRM/RN 6619
TELEF. 14615

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: _____

CRM: 6619 - THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
13/05/2019 15:30:42

Página 1 / 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 135548 -1

Leito Nº: ENFERMARIA 301A

Médico: CRM - 6619 - THIAGO JOSE GURGEL CAMAR

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de Prótese, Ortese |
| <input type="checkbox"/> Diária de U.T.I. | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral |
| <input type="checkbox"/> Parecer CCIH | |
| <input type="checkbox"/> | |

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

135548 -1 - PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		THIAGO JOSE GURGEL CAMAR	6619	049.768.334-29

JUSTIFICATIVA

1. HASTE RETROGRADA DE FÉMUR 12X300 MM
2 PARAFUSOS DE BLOQUEIO 4.5 MM (34 E 38 MM)
2 PARAFUSOS DE BLOQUEIOS 6.5 MM (50 + 70 MM)
1 TAMPAO

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

6619

DATA

13/05/2019 15:36:38

DSP AL MEMORIAL

Luxoal Lamartine, RJ9

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA com origina-

Em: / /





LABOL
DR. VALDÉNIO FRANCISCO LOBO

L A B O L
LABORATÓRIO DE ANAIS CLÍNICAS LTDA.

VALDÉNIO FRANCISCO LOBO (Lobinho)

Av. da Independência, 1392 - Centro - Cep 59.000-000
Tel.: (61) 3351-2336 - Pará dos Picos - RN
CNPJ: 11.273.762/0001-93

Paciente : PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA - RG: 0010045
Idade : 57 anos 11 mês Sexo: M Unidade : CEN
Convênio : PARTICULAR Cadastro : 23/04/2019
Médico(a): BRICIO KELTON B. GONÇALVES Emissão : 23/04/2019

COAGULOS

COAGULOGRAMA COMPLETO :

TEMPO DE COAGULAÇÃO (Lee White) 7 minutos e 30 segundos
VALORES DE REFERENCIA : 5 - 11 MINUTOS
TEMPO DE SANGRAMENTO (Duke) 3 minutos e 15 segundos
VALORES DE REFERENCIA : 3 - 8 MINUTOS

RETRACAO DO COÁGULO Normal
PROVA DO LACO (Fragilidade Capilar) ... Negativo
VALOR DE REFERENCIA : NEGATIVO

TEMPO DE PROTROMBINA (TAP) 12,7 segundos
(Plasma citratado)
VALORES DE REFERENCIA : 10 - 15 SEGUNDOS
ATIVIDADE PROTROMBINICA 100 %
VALORES DE REFERENCIA : 70 % - 100 %
INR 1,00
VALORES DE REFERENCIA : Até 1.35

CONTAGEM DE PLAQUETAS 192.000 /mm³
(Sangue Edta)
VALORES DE REFERENCIA : ADULTOS : 150.000 - 450.000/mm³
CRIANÇAS: 150.000 - 550.000/mm³

TEMPO TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA - TTTPA : 30,2 segundos
(Plasma citratado)
VALORES DE REFERENCIA : 20 a 35 segundos
obs.:

Conferido e Assinado Eletronicamente por: Dr. Bento Viegas Barreto Costa Lobo
CRF-RN 2332



Os resultados de exames de laboratório sofrem influência de estado fisiológico, patológico e uso de medicação.
Somente seu médico tem condições de analisar corretamente este resultado.



LABOL

DR. VALDÉNIO FRANCISCO LOBO

L A B O L
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA.

VALDÉNIO FRANCISCO LOBO, FONTEIO

Av. da Independência, 1002 - Centro - Cep 59.900-000
Tel: (84) 3312336 - Pau dos Ferros - RN
CNPJ: 15.275.782/0001-98

Paciente : PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA - RG: Protocolo: 0010045
Idade : 57 anos 11 mês Sexo: M Unidade : CEN
Convênio : PARTICULAR Cadastro : 23/04/2019
Médico(a): BRICIO KELTON B. GONÇALVES Emissão : 23/04/2019

UREIA : 24,6 mg/dL
(Soro)
VALORES DE REFERENCIA: CRIANÇAS - 11 A 38 mg/dL
ADULTOS ATÉ 60 ANOS - 13 A 43 mg/dL
ADULTOS ACIMA DE 60 ANOS - 17 A 49 mg/dL

METODO: CINETICO UV
Obs.:

GLICOSE mg/dL

GLICOSE : 104,0 mg/dL
(Soro)
Valores de referencia: 70 a 100 mg/dL
METODO: Enzimático Colorimétrico
Obs.:

EXAME REPETIDO E CONFIRMADO.



Conferido e Assinado Eletronicamente por:

Dra. Bruna Angélica Barreto Costa Lobo
CRF-RN 3332



Os resultados de exames de laboratório sofrem influência de estado fisiológico, patológico e uso de medicação.
Somente seu médico tem condições de analisar corretamente este resultado.



HOSPITAL REG. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
BR 405 KM 03 - Arizona - Pau dos Ferros - RN

paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA
idade : 57 Anos Sexo: masculino
médico: Dr(a) .ANTÔNIO AUGUSTO DE OLIVEIRA

Ficha:00019412/01
Data:22/04/2019 13:34
Posto:HCCA
Convenio:SUS

OBS: SAU

Referencias

Material: SANGUE
REATININA

RESULTADO

1,00 mg/dL (0,40 a 1,40)

Método: Cinético.

Data de Emissão:22/04/2019

Rita Ferreira Duarte
Fonoaudióloga Clínica - FONOC.A.
Med. 1543614
CRF/RN - 1201

Responsável Técnico

HOSPITAL REG. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
 BR 405 KM 03 - Arizona - Pau dos Ferros - RN

paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA
 idade : 57 Anos Sexo: masculino
 médico: Dr(a) ANTÔNIO AUGUSTO DE OLIVEIRA

Ficha: 00019412/01
 Data: 22/04/2019 13:34
 Posto: HCCA
 Convenio: SUS

OBS: SAU

Material: SANGUE
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA:

Hemácias.....	3,95 milhões/mm ³	(4,50 a 5,50) *
Hemoglobina.....	11,70 g/dL	(13,00 a 16,00) *
Hemató crito.....	34,70 %	(39,00 a 50,00) *
Volume Corpúscular Médio (VCM) .	87,84 fL	(80,00 a 97,00)
Hemoglobina Corp. Média (HCM) .	29,62 pg	(27,00 a 31,00)
Concentração Hemoglobina (CHCM)	33,71 %	(33,00 a 37,00)

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....	16.400 /mm ³	(5.000 a 10.000) *
Mielócitos.....	0 %	0/mm ³
Metamielócitos.....	0 %	0/mm ³
Bastões.....	0 %	0/mm ³
Segmentados.....	91 %	14.924/mm ³
Eosinófilos.....	0 %	0/mm ³
Basófilos.....	0 %	0/mm ³
Linfócitos.....	8 %	1.312/mm ³
Monócitos.....	1 %	164/mm ³

HEMATOSCOPIA:

- 0 -

Material: SANGUE
CONTAGEM DE PLAQUETAS

RESULTADO 233 mil/mm³ (150 a 450)

Data de Emissão: 22/04/2019

Responsável Técnico

Welliton de Souza Figueiredo
 Farmacêutico bioquímico
 CRF/RN 1296



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
1^a Vara da Comarca de Pau dos Ferros
Av. Senador Dinarte Mariz, 570, São Benedito, PAU DOS FERROS - RN - CEP: 59900-000

Processo nº 0802992-70.2020.8.20.5108

Demandante: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Demandado: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Vistos, etc.

Trata-se de ação de cobrança ajuizada por PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA em desfavor da SEGURADORA DPVAT, requerendo o pagamento do seguro DPVAT, em razão de sequela oriunda de acidente de trânsito.

A petição inicial, prima facie, preenche os requisitos previstos no art. 319 do Código de Processo Civil, já que as partes estão suficientemente identificadas e foram acostados os documentos essenciais.

Defiro o pedido de gratuidade da Justiça, nos moldes do art. 4º, da Lei nº 1.060/50 c/c art. 99 do CPC, porquanto o autor afirmou que não tem condições de arcar com as despesas do feito, e a natureza da demanda e documentos trazidos aos autos não contrariam, em análise inicial, essa afirmação.

Considerando que, em regra, não há a celebração de acordo em demandas deste jaez, e as questões técnicas normalmente postas podem ser decididas posteriormente sem qualquer prejuízo às partes, bem como, considerando o princípio processual de que não há nulidade sem prejuízo, especialmente considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo, determino que a realização da audiência de conciliação seja realizada após a contestação ou após a realização da perícia.

Cite-se a demandada para que, na forma e prazos da lei (quinze dias úteis), apresente a defesa que entender pertinente. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Uma vez apresentada contestação, intime-se a parte demandante para se manifestar sobre a mesma no prazo quinze dias.

Após, inclua-se o presente feito nos processos destinados para o Mutirão DPVAT, momento em que será realizado a perícia e a audiência de conciliação.

Intimem-se. Cumpra-se.

PAU DOS FERROS, DATA DA ASSINATURA DIGITAL

ANA ORGETTE DE SOUZA FERNANDES VIEIRA

JUÍZA DE DIREITO





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
1ª Vara da Comarca de Pau dos Ferros
Av. Senador Dinarte Mariz, 570, São Benedito, PAU DOS FERROS - RN - CEP: 59900-000

Processo nº 0802992-70.2020.8.20.5108

Demandante: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Demandado: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Vistos, etc.

Trata-se de ação de cobrança ajuizada por PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA em desfavor da SEGURADORA DPVAT, requerendo o pagamento do seguro DPVAT, em razão de sequela oriunda de acidente de trânsito.

A petição inicial, prima facie, preenche os requisitos previstos no art. 319 do Código de Processo Civil, já que as partes estão suficientemente identificadas e foram acostados os documentos essenciais.

Defiro o pedido de gratuidade da Justiça, nos moldes do art. 4º, da Lei nº 1.060/50 c/c art. 99 do CPC, porquanto o autor afirmou que não tem condições de arcar com as despesas do feito, e a natureza da demanda e documentos trazidos aos autos não contrariam, em análise inicial, essa afirmação.

Considerando que, em regra, não há a celebração de acordo em demandas deste jaez, e as questões técnicas normalmente postas podem ser decididas posteriormente sem qualquer prejuízo às partes, bem como, considerando o princípio processual de que não há nulidade sem prejuízo, especialmente considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo, determino que a realização da audiência de conciliação seja realizada após a contestação ou após a realização da perícia.

Cite-se a demandada para que, na forma e prazos da lei (quinze dias úteis), apresente a defesa que entender pertinente. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Uma vez apresentada contestação, intime-se a parte demandante para se manifestar sobre a mesma no prazo quinze dias.

Após, inclua-se o presente feito nos processos destinados para o Mutirão DPVAT, momento em que será realizado a perícia e a audiência de conciliação.

Intimem-se. Cumpra-se.

PAU DOS FERROS, DATA DA ASSINATURA DIGITAL

ANA ORGETTE DE SOUZA FERNANDES VIEIRA

JUÍZA DE DIREITO



Assinado eletronicamente por: ANA ORGETTE DE SOUZA FERNANDES VIEIRA - 31/08/2020 16:19:00
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20083116190047200000056896523>
Número do documento: 20083116190047200000056896523

Num. 59889593 - Pág. 1