



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 COMPROVANTE 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.



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,

☎ 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



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 9985-6883 ✉ 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



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 Nº 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 nº 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 9985-6883 ✉ 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: 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 arcar 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 possui 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 seqüela.

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 Nº 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)



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.



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 Gungel de Bessa, brasileiro, casado, agricultor, portador do CPF Nº 276.840.404-72, residente e domiciliado na Rua Barilo Tavora, 1019, Bairro São Benedito, na cidade de Pau dos Ferros - RN.

OUTORGADA

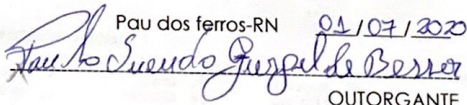
GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO, brasileira, solteira, advogada, CPF Nº 011.618.954-18, inscrita na OAB/RN sob o número 8404, bem como ELIAQUIM AMINADABE HAMUL DANTAS RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, CPF Nº 099.639.184-33, inscrito na OAB/RN 12.510, ambos com escritório na Rua Francisco Isódio,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

PODERES

Amplos, gerais e ilimitados, PARA O FORO EM GERAL, com a cláusula ad judícia - "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 fidejussória, 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

OUTORGANTE

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 465.764 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/03/2018

NOME PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

FILIAÇÃO JOAO PINHEIRO DE BESSA FRANCISCA GURGEL BESSA

NATURALIDADE RODOLFO FERNANDES RN DATA DE NASCIMENTO 18/05/1961

DOC. ORIGEM CERT. DE CASAMENTO L-8-27 F-422 RG-5172

CPF PAU DOS FERROS RN-2 CARTÃO 275.840.404-72

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 2004

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO-II

PALEIAMENTO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

Sistema Único de Saúde

PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Data Nasc.: 18/05/1961 Sexo: M

702 0023 3718 9784

PROTEÇÃO SAÚDE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

Cartão Nacional de Saúde

caern

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE

Avenida Senador Salgado Filho, 1583, Tinel, CEP 59015-000

CNPJ: 06.834.328/0001-02 Fone: (54) 3222-4200

Adm. Central: (54) 3222-4432/4433 Fax: (54) 3222-4502

315 315 315

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA E SERVIÇOS

IMRESSO EM 12/03/2019 ÀS 09:18:12

DADOS DO CLIENTE

PAULO SUEUDO GURGEL BESSA

RUA CARLOTO TAVORA, N. 1019 - SAO BENEDITO PAU

DOS FERROS RN 59000-000

647.001.223.0111.000

ROTA 5

SECTOR 155

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

INDIVIDUAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

Y135721084

SITUAÇÃO DA ÁGUA

SITUAÇÃO DO ESGOTO

CONSUMO ÁGUA (M3): 16

DATA LEITURA: 12/03/2019

LEIT. ATUAL: 1250

LEIT. ANT.: 1234

DIAS CONSUMO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
02/2019	18	12/2018	20	10/2018	26	24
01/2019	22	11/2018	34	09/2018	26	

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL (R\$)



Seguro DPVAT - Proteção para todos

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiba +
www.seguradoralider.com.br

LÍDER
Seguradora

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Correios
R\$ 01,95
21.10.19 - 08:40
CARTÃO
AGF MARIZ/RJ

BRASIL

PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA
RUA CARLOTO TAVORA, 1019
SAO BENEDITO
CEP 59900-000 - PAU DOS FERROS - RN

DEVOLUÇÃO Seguradora Líder - DPVAT CAIXA POSTAL 40 970 CEP: 20 270-971 www.seguradoralider.com.br	Para uso dos correios <input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não procurado	Responsável pela informação Entregador <input type="checkbox"/> Porteiro <input type="checkbox"/> Síndico <input type="checkbox"/> Morador
--	---	---



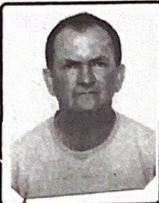
DOCUMENTOS:

CPF 276.840.404-72

RG 485-764

Título de Eleitor 0080.7774-1694

Cart. Profissional 46110-00002 RN



Assinatura do Associado Paulo Eduardo Gungel de Bessa

Mat. N° 10.736 Data Admissão 15/08/2019

Filiação João Pinheiro de Bessa

Local e Data 15/08/2019

Assinatura Presidente [Assinatura]

Sindicato dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultores Familiares do Pão dos Ferros/RN
CNPJ 08.355.778/0001-25 - Rua Hipólito Cassiano, 711 - B. São Judas Tadeu - CEP 59.900-000

Associado Paulo Eduardo Gungel de Bessa

Mat. N° 10.736 Data Admissão 15/08/2019

Filiação João Pinheiro de Bessa

Família Gungel Bessa

End. R. Carlos Távora 1019

Local de Trabalho Sítio Alagoinha

Natural Roberto Furquim Est. Civil Casado

Data Nasc. 18/05/1961 Grau Instrução Alfabetizado

Profissão Agricultor





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:

Recebedor: 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 - DEGEPO
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 Nº 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 Diógenes Carvalho Gurgel

Endereço: R. Carloto Távora, 1019, B: São Benedito P. Ferro-RN

Filiação: Paulo Sueudo Gurgel de Bessa e Maria Hortência diógenes 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 98 99818 2599

Vítima: Paulo Sueudo 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

VEICULO:

PLACA: OWG 9252 **COR:** VERMELHA **MARCA MODELO:** HONDA/CG 150 TITAN ESD 2015/2015 **ESPÉCIE**

TIPO: MOTOCICLETA **ANO** 2015/2015 **CHASSI:** 9C2KC1650FR018207 **CÓD RENAVAL:** 01043605948

PROPRIETÁRIO: VÍTIMA

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 VEICULO (ACUSADO) JUVENAL RAIMUNDO DE ARAUJO, colidiu na traseira de sua motocicleta que neste momento veio a vítima veio 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 Diógenes Carvalho Gurgel
Comunicante

Paulo Sueudo 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
POLÍCIA 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 LADO DA IGREJA CATOLICA
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 DWG-9252 Cidade PAU DOS FERROS UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 150 TITAN 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. 18/05/1961
Endereço RUA CARLOTO TAUBRA Nº 1019 Fone (84) 99971-0855
Bairro SÃO BENEDITO Cidade PAU DOS FERROS UF RN
CPF Nº 276.840.404-72 CNH Nº 02866613282 Validade 30/09/2021 Categoria AB
Local de Trabalho AGRICULTOR Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi OGF-3473 Cidade RAFAEL FERNANDES UF RN
Marca/Mod. FIAT STRADA WORKING CD Cor VERMELHA Ano 2013 / 2014
Proprietário JUVENAL RAIMUNDO DE ARAUJO Nº de Ocupantes 02
Condutor JUVENAL RAIMUNDO DE ARAUJO Data de Nasc. 03/05/1957
Endereço SÍTIO GAUGORRA Nº _____ Fone (84) 99625-3269
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. GETÚLIO VARGAS A R. 15 DE NOVEMBRO Em que faixa? ÚNICA

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

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? RUA 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 GETÚLIO VARGAS, QUE OLHOU PARA A DIREITA NÃO VIU NINGUÉM E QUANDO FUI ENTRANDO AÍ A MOTO DO MOTOTAXI BATEU NA FRENTE DO CARRO.

Assinatura do Condutor do V2

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

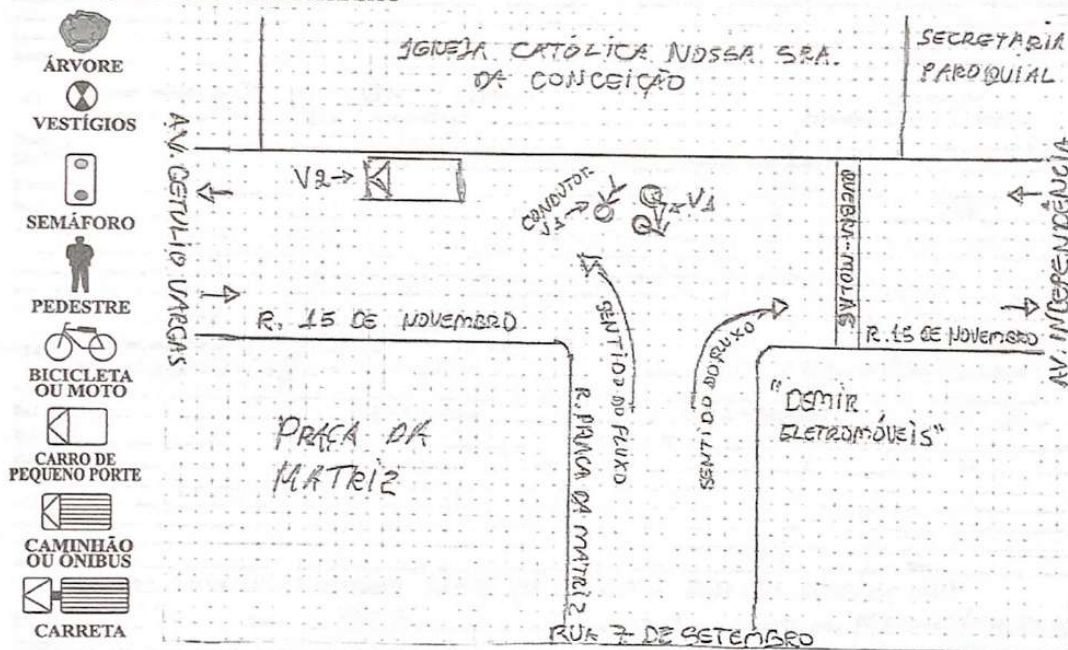
Assinatura do Condutor do V4



8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<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"/> Paralelepípedo	<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"/> Nebulina	<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 checked="" type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		
			<input type="checkbox"/> _____		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

ABRANHOS EM AMBOS OS LADOS;
LUA DIREITA DANIFICADA;

ESTRIBOS (CONOTOR
E PASSAGEIRO) DANIFI-
CADOS.

Obs: DEMAIS AVARIAS
A VERIFICAR

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 2

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO DANIFICA-
DA; CARENAGEM DIANTEIRA AVA-
RIADA; CAPO (PONTA) AVA-
RIADO.

AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: HOSP. REG. PAU DOS FERROS
 Nome PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 RG Nº 485764 Órgão Expedidor SSP/RN Data de Nascimento 18/05/1961
 Endereço RUA CARLITO TAUBORA Nº 1010 Fone (84) 9.9371.0855
 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: _____
 Nome _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ 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: _____
 Nome _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ 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: _____
 Nome _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO USB 50 / SAMU - PAU DOS FERROS - RN
 Placa NDG-9226 Cidade NATAL UF RN Marca/Modelo RENAULT/MASTER
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ Nº _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO ☑
CHEGANDO NO LOCAL DO SINISTRO FOI CONSTATADO: OS VEÍCULOS NO
LOCAL. OS CONDUTORES NO LOCAL. ESTAVA O CONDUTOR DO
V1 DEITADO NA VIA JUNTO DE SEU VEÍCULO QUE ESTAVA NO
APÓIO (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 LIG-
RADO A PESSOA CONHECIDA POR JOÃO MOTOXAXI, QUE DEIXOU O V1
NA RESIDÊNCIA DE SEU CONDUTOR. QUE EM VIRTUDE DO ATENDI-
MENTO DO SAMU, NÃO FOI POSSÍVEL COLHER A VERSÃO DO CON-
DUTOR DO V1 NO LOCAL, SENDO COLHIDA POSTERIORMENTE
NO HOSPITAL REGIONAL DE PAU DOS FERROS - RN.

Nome Completo do Agente FRANCISCO JOSÉ DE SOUZA
 POSTO/GRAD.: 2º SGT PM Nº 99.256 Viatura DRE 405 Subunid.: 4: DPRE





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 Sueldo 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

Jucyenne A. do Amaral Melo.
Coordenadora de Enfermagem

Jucyenne Amaral M. Rebouças
ENFERMEIRA
COREN-RN 455428



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº **013709352311**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 01043605948 R.N.D.R.C.: EXERCÍCIO: 2019

NOME: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

CNPJ: 276.840.404-72 PLACA: OWG9252

PLACA ANT. UF: OWG9252 /RN CHASSI: 9C2KC1650FR018207

ESPECIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL: ALCOOL-GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

CAP. POT. CL: OCV/149 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR VERMELHA COR PREDOMINANTE:

COTA UNICA: R\$ 0.00 VENC. COTA UNICA: 12/03/2019 1º PAGO

FAIXA LPVA: 002809 3X PARCELAMENTO: 3 R\$ ***** 2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES:

MOTOR: KC165F018207

PAU DOS FERROS DATA: 27/02/2019

Sidney Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº **013709352311** BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA O ANO DE 2019. LEIA NOVAMENTE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 27/02/2019

VIA: 1 CNPJ: 276.840.404-72 PLACA: OWG9252

RENAVAM: 01043605948 MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB: 2015 CAT. TARIF: 9 Nº CHASSI: 9C2KC1650FR018207

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.008/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - RN

PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA
CPF: 489764 1789 23
DATA NASCIMENTO: 27/04/1961
PLACA: 276.840.404-72
SOAO FINEIRO DE BESSA
FRANCISCA GURGEL BESSA
DATA: 14/08/1993
HABILITADO: 32/09/2001
Nº REGISTRO: 0286602282

PAU DOS FERROS, RN
DATA: 02/10/2018
LUIZ REGINALDO DE OLIVEIRA
Diretor Geral de Registro de Veículos
DETRAN - RN

RIO GRANDE DO NORTE

PROIBIDA REPRODUÇÃO
1682966120

PROIBIDA REPRODUÇÃO
1682966120

PEDIDO DE VENDA

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

Emitente: MULTIMED DENTAL EIRELI

CNPJ: 29.894.043/0001-40



Nº do documento: 0000000000336

Data: 30/04/2019

Vendedor:

Telefone: (64)961160014 2141-0342

Cliente: Cliente Consumidor

CNPJ/CPF:

Telefone:

Celular(es):

Logradouro: RUA VICENTE FERNANDES

Número: 9

CEP: 59900000

Bairro: CENTRO

Complemento: COHAB

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:

PAPAGIAO 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.

VALDÊNIO 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



EMPREENHIMENTOS GLOBO LTDA L7 133
AV. PRUDENTE DE OLIVEIRA, L7 2º ANO, 1140
TIOPI, NATAL-RN
CEP: 59.020-000

TELEFONE: (54)3825-7160
CNPJ: 21.829.725/0001-80 IE: 202306208 IN: 178589
15/05/2019 09:53:13 RT: 000096654

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumo Eletrônica

Código Descrição	Qtde	Un	VUnit	VITotal
019573 RELOCOR 15MG C/ 1,00 CX	1,00	CX	35,70	35,70
028338 ADALGIMA 16 10 1,00 UN	1,00	UN	26,12	26,12
041919 CEPLEXINA 500M 3,00 CX	3,00	CX	30,75	92,25
036975 XARELTO 10MG C/ 1,00 CX	1,00	CX	302,37	302,37
Qtde. total de itens				356,54
Valor total R\$				356,54
Desconto R\$				0,00
Valor a Pagar				356,54
FORMA PAGAMENTO				
Cartão				
Traco R\$				356,54
				0,00

Consulta pela chave de acesso em
<http://nfce.set.rn.gov.br/consultarNfCe.aspx>
2419 0511 6287 2500 1080 8500 2000 0006 5413 0006 6542
CONSUN1000-CONSUNIDOR NAO IDENTIFICADO
Numero: 96654 Serie: 15/05/2019 09:53:01
Via Consumidor
Protocolo de Autorizacao: 324190118022169
Data/Hora: 15/05/2019 09:53:03



FV0000106754
Atendido por: VOCE ECONOMIZOU R\$ 71,12
Atendente: ALYNE GLAUCYA DEZERRA COSTA
Vendedor: 625
PRODOW-RUA ULISSES CALDAS, 101-CIDADE A. F. 3232-900
Cidade: 008 Loja: 133 15/05/2019 09:53:13
Linx-tec Gestão PDV: 2.0.33.085



FARMACIA IDEAL
FARMACIA IDEAL LTDA ME
CNPJ 07.693.730/0001-64 IE: 2020120-2
PRACA DA MATRIZ, 48, CENTRO, PAU DOS
FERROS-RN (5413351-2009)
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código	Descrição	Qtda. Un.	V. Unit.	Vl. Total
59157	FISIOLSEL LOCAO CREMOSA 400 ML	1 UN	96,44	96,44
58037	ALCOOLEM 9EL	1 UN	2,30	2,30
08034	TALCO GRANADO BEBE 100G	1 UN	9,94	9,94
Qtda. 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://www.sit.in.gov.br/nfc/consulta>
24190407 6937 3000 0164 6500 1000 1159 6910 0000 0000

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
NFC-e nº 115969 Série 1
26/04/2019 10:37:21 Via Consumidor
Protocolo de autorização: 32-1190101806819
Data de autorização: 26/04/2019 10:37:26

CLIENTE:
VENDEDOR: 11 - FLAMIANA
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal R\$15,00 Estadual R\$29,25 Municipal R\$0,00
NUM. CONTROLE: 148028

REDE
VISA C
COMPR: 750760242 VALOR: 108,68
ESTAB: 023948884 FARMACIA IDEAL
26.04.19-10:37:12 TERM: PV021728/279092
NUMERO PARCELAS: 03
CARTAO: XXXXXXXXXXXX8302
AUTORIZACAO: 020966
ARQC: 083B3D707F75F629
AID: A0000000031010
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

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

FARMACIA IDEAL
FARMACIA IDEAL LTDA ME
CNPJ 07.693.730/0001-64 IE: 2020120-2
PRACA DA MATRIZ, 48, CENTRO, PAU DOS
FERROS-RN (5413351-2009)
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código	Descrição	Qtda. Un.	V. Unit.	Vl. Total
43194	DESONDA 30G (RQ)	1 UN	13,12	13,12
Qtda. total de itens				1
Valor total R\$				13,12
Desconto R\$				3,28
Valor a pagar R\$				13,12
FORMA PAGAMENTO				VALOR PAGO R\$
Total Pago R\$				13,12
Cartão de Crédito				13,12

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.sit.in.gov.br/nfc/consulta>
24190407 6937 3000 0164 6500 1000 1159 6910 0000 0000

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
NFC-e nº 115969 Série 1
26/04/2019 18:12:20 Via Consumidor
Protocolo de autorização: 32-1190101806819
Data de autorização: 26/04/2019 18:12:24

CLIENTE:
VENDEDOR: 14 - VALERIA
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 C
COMPR: 753028834 VALOR: 13,12
ESTAB: 023948884 FARMACIA IDEAL
26.04.19-18:12:14 TERM: PV021728/279092
CARTAO: XXXXXXXXXXXX8302
AUTORIZACAO: 088416
ARQC: 557F308082F7B600
AID: A0000000031010
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

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



QUEIROZ 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
Eletrônica

CODIGO	DESCRICAO	QTOE	UN	VL	UNIT	VL	TOTAL
7896512922472	SAB LIQ GRANADO REF 250ML BEBE LAV	1	UN	11,74		11,74	11,74

Qtde. total de itens 1
Valor total R\$ 11,74
Valor a Pagar R\$ 11,74
FORMA DE PAGAMENTO VALOR a Pagar R\$
CARTAO TEF 11,74

Consulte pela Chave de Acesso em
www.set.rn.gov.br/nfce/consulta
2419 0410 2641 7000 0137 6511 3000 0566 0210
4760 6813
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
NFC-e nº 56602 Serie 113 27/04/2019 10:04:09
Protocolo de Autorização 324190102233217
Data de Autorização 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)
27/04/2019 10:04:50
CAIXA: 113 CDKNFC-e 4.0.0.4
CISSFront 8.0-3-401 DR DR800

QUEIROZ 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
Eletrônica

CODIGO	DESCRICAO	QTOE	UN	VL	UNIT	VL	TOTAL
7896512922472	SAB LIQ GRANADO REF 250ML BEBE LAV	1	UN	11,89		11,89	11,89

Qtde. total de itens 1
Valor total R\$ 11,89
Valor a Pagar R\$ 11,89
FORMA DE PAGAMENTO VALOR a Pagar R\$
DINHEIRO 11,89
Troco R\$ 0,11

Consulte pela Chave de Acesso em
www.set.rn.gov.br/nfce/consulta
2419 0410 2641 7000 0137 6510 6000 0850 7410
4669 3727
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
NFC-e nº 85074 Serie 106 26/04/2019 09:45:00
Protocolo de Autorização 324190101197203
Data de Autorização 26/04/2019 09:45:00



Operador: AJACKS RAYON
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal
12.741/2012) - Total R\$ 4,52 - Federal : 55,31%
- Estadual : 44,69% - Municipal 0,00% (Fonte
IBPT)
26/04/2019 09:37:00
CAIXA: 106 CDKNFC-e 4.0.0.4
CISSFront 8.0-3-401 DR DR800

PRIMEIRA COPIA
COMPROVANTE

pagseguro
DOL

VIA CLIENTE
A.70.018942

COMPRA CREDITO VISA

27/ABR/2019 17:54
*****8302

R\$26,00

FARMACIA IDEAL
PRACA DA MATRIZ 45 FARMACIA
PAU DOS FERROS - RN
CV: 759783

CNPJ: 07.609.730/0001-04
INSC: 06113925



QUETROZ 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 de Consumidor Eletrônica

EMITIDA EM CONTINGÊNCIA
 Pendente de autorização

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL. UNIT	VL. TOTAL
7898905111333	FR GERIATRICA MEGAFAL CONFORT G C/B	1UN		11,89	11,89
7898905111333	FR GERIATRICA MEGAFAL CONFORT G C/B	1UN		11,89	11,89
7898031172857	DET PD INVICTO 2KG SUPERCAD	1UN		8,98	8,98
7898031172857	DET PD INVICTO 2KG SUPERCAD	1UN		8,98	8,98
7898081032155	CORDA OVAL BETTAWIN STENDA 15N REF 3215	1UN		4,19	4,19
7896064491921	TORALHA UNED NATURAL 50UN MASTER ADULTO	1UN		11,24	11,24
Qtde. total de itens					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/nfc/consulta
 2419 0410 2641 7000 0137 6510 1000 1786 1690 4320 4984

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
 NFC-e nº 178616 Série 101 22/04/2019 15:12:59

VIA CONSUMIDOR
 EMITIDA EM CONTINGÊNCIA
 Pendente de autorização



Operador: ANTONIA AURICELIA
 Tributos Totais Incidentes (lei Federal 12.741/2012) - Total R\$
 15,33 - Federal : 56,56% - Estadual : 43,44% - Municipal 0,00%
 (Fonte IBPT)

CAIXA: 101 22/04/2019 15:14:20
 ISSFront 8.0-3-401 Elgin 19 CDNF-e 4.0.0.4



REDE
VISA C
COMPR:752269788 VALOR: 253,00
ESTAB:023948864 FARMACIA IDEAL
25.04.19-16:23:13 TERM:PV021728/278572
NUMERO PARCELAS : 05
CARTAO: XXXXXXXXXXXX0065
AUTORIZACAO: 047307
ARQC:FDOB365887000908
AID: A0000000031010
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

(CUPOM FISCAL: 000000)
(NSU D-TEF : 279577)

QUETROZ E URBANO LTDA - ME
CNPJ: 10.264.170/0001-37 IE: 202140031
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 Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL UNIT	VL TOTAL
7898905111340	FR GERIATRICA NEGAFRAL COMFORT 60 C/7	1UN		11.89	11.89
7897534801516	ALCOOL GEL START 500g LAVANDA	1UN		8.98	8.98

Qtde. total de itens	2
Valor total R\$	20.87
Valor a Pagar R\$	20.87
FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
TR-CLIENTE	11.89
DINHEIRO	8.98

Consulte pela Chave de Acesso em
www.sbt.rn.gov.br/nfce/consulta
2419 0410 2641 7000 0137 6510 1000 1787 7310 4406 9777
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
NFC-e nº 178773 Serie 101 23/04/2019 07:23:59
Protocolo de Autorização 524190098499341 23/04/2019 07:33:04



Operador: ANTONIA AURICELIA
Tributos Totais Incidentes (Ist 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 19 CDKNFC-e 4.0.0.4




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COOPERATIVA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1948/04/04 - 1973/04/04

Barbosa Carolina Digenes Cavallini Engel

CARTÃO DE IDENTIDADE


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas


COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número 100.686.374-85
Nome BEATRIZ CECILIA DIOGENES CARVALHO GURGEL
Nascimento 18/03/1996
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO DE CONSUMO		CONSUMO		TOTAL (R\$)	
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO
02/2019	18	17/2018	20	10/2018	26
01/2019	22	11/2018	34	09/2018	26
MÉDIA		MÉDIA		MÉDIA	
24		26		24	

CONSUMO MÊS (R\$)		CONSUMO MÊS (R\$)	
12/2018	113,72	11/2018	113,72
10/2018	113,72	09/2018	113,72
08/2018	113,72	07/2018	113,72
06/2018	113,72	05/2018	113,72
04/2018	113,72	03/2018	113,72
02/2018	113,72	01/2018	113,72
12/2017	113,72	11/2017	113,72
10/2017	113,72	09/2017	113,72
08/2017	113,72	07/2017	113,72
06/2017	113,72	05/2017	113,72
04/2017	113,72	03/2017	113,72
02/2017	113,72	01/2017	113,72
12/2016	113,72	11/2016	113,72
10/2016	113,72	09/2016	113,72
08/2016	113,72	07/2016	113,72
06/2016	113,72	05/2016	113,72
04/2016	113,72	03/2016	113,72
02/2016	113,72	01/2016	113,72
12/2015	113,72	11/2015	113,72
10/2015	113,72	09/2015	113,72
08/2015	113,72	07/2015	113,72
06/2015	113,72	05/2015	113,72
04/2015	113,72	03/2015	113,72
02/2015	113,72	01/2015	113,72
12/2014	113,72	11/2014	113,72
10/2014	113,72	09/2014	113,72
08/2014	113,72	07/2014	113,72
06/2014	113,72	05/2014	113,72
04/2014	113,72	03/2014	113,72
02/2014	113,72	01/2014	113,72
12/2013	113,72	11/2013	113,72
10/2013	113,72	09/2013	113,72
08/2013	113,72	07/2013	113,72
06/2013	113,72	05/2013	113,72
04/2013	113,72	03/2013	113,72
02/2013	113,72	01/2013	113,72
12/2012	113,72	11/2012	113,72
10/2012	113,72	09/2012	113,72
08/2012	113,72	07/2012	113,72
06/2012	113,72	05/2012	113,72
04/2012	113,72	03/2012	113,72
02/2012	113,72	01/2012	113,72
12/2011	113,72	11/2011	113,72
10/2011	113,72	09/2011	113,72
08/2011	113,72	07/2011	113,72
06/2011	113,72	05/2011	113,72
04/2011	113,72	03/2011	113,72
02/2011	113,72	01/2011	113,72
12/2010	113,72	11/2010	113,72
10/2010	113,72	09/2010	113,72
08/2010	113,72	07/2010	113,72
06/2010	113,72	05/2010	113,72
04/2010	113,72	03/2010	113,72
02/2010	113,72	01/2010	113,72
12/2009	113,72	11/2009	113,72
10/2009	113,72	09/2009	113,72
08/2009	113,72	07/2009	113,72
06/2009	113,72	05/2009	113,72
04/2009	113,72	03/2009	113,72
02/2009	113,72	01/2009	113,72
12/2008	113,72	11/2008	113,72
10/2008	113,72	09/2008	113,72
08/2008	113,72	07/2008	113,72
06/2008	113,72	05/2008	113,72





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:

276840.404-72 PAULO SUELDO G. DE BESSA

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

Nome completo:

PAULO SUELDO G. DE BESSA

CPF:

276840.404-72

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

CARLOTO TAUBORA

Número:

1019

Complemento:

CASA

Bairro:

SÃO BENEDITO

Cidade:

PAU DOS FERROS

Estado:

RN

CEP:

59900-000

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).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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.

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 à região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende à 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:

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:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Paulo Sueldo G. de Bessa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª 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:

Nome completo da vítima:

236.840404-72 PAULO SUELDO G. DE BESSA

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

Nome completo:

CPF:

PAULO SUELDO G. DE BESSA

236.840404-72

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

AGRICULTOR

CARLOTO TAUBORA

1019

CASA

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

SÃO BENEDITO

PAU DOS FERROS

RN

59900-000

E-mail:

Tel. (DDD):

(84) 99650-0888

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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.

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 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:

(*) 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: 3190475650 CPF da vítima: 276.840.404-72 Nome completo da vítima: Paulo Suenildo 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 Suenildo Gurgel de Bessa CPF: 276.840.404-72
Profissão: AGRICULTOR Endereço: CARLOTI FALVOIA Número: 1019 Complemento: CASA
Bairro: Pau dos Ferros Cidade: Pau dos Ferros Estado: RN CEP: 59900-000
E-mail: Tel. (DDD): (84) 99650-0888

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0263 CONTA: 89094 5
(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.

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.

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 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

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | 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





 AUTOATENDIMENTO - AG PAU DOS FERROS RN
 DATA: 09/10/2019 HORA: 11:13:44
 TERMINAL: 07631021 CONTROLE: 076310210315

AGÊNCIA: 0763 - PAJ DOS FERROS
 CONTA: 013.00089294-5
 CLIENTE: PAULO SUEJDO GURGEL DE BESSA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
 ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
 DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
27/09	500,00
02/10	559,63
04/10	50,53
09/10	3.031,87

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			3.061,51C
Setembro			
09/09	000000	REM BASICA	0,00C
09/09	000000	CRED JUROS	10,34C
17/09	102709	CRED FGTS	500,00C
Outubro			
02/10	000001	CRED TED	559,63C
04/10	000000	REM BASICA	0,00C
04/10	000000	CRED JUROS	0,17C
09/10	000000	REM BASICA	0,00C
09/10	000000	CRED JUROS	10,38C

RESUMO EM 09/10





Centro Clínico
Conceição Gurgel Araruna

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



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



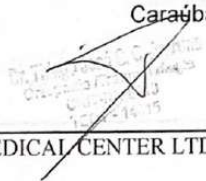


Centro Clínico
Conceição Gurgel Araruna

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, 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





Centro Clínico
Conceição Gurgel Araruna

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

Dr. Ticiano José C. C. Araújo
Cirurgião Ortopedista
CRM 10.000
TEC 10.000

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



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

DIGITALIZADO

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/05/2019 12:21

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Registro: 135543
RG: 485764 CPF: 275.840.434-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)
Médico: CARLOTO TAVORA N.: 1019 Bairro: SAO BENEDITO
End: PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 59900000 Fone: 84995354753
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
Tipo: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 702902337189784
Dr: THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 6619

ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Responsável: MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALHI 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 unicário 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 for paga 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 poderá ser 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 inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços. Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os fins legais.

Diagnóstico;
Planejamento e Terapêutico;
Ensino e Pesquisa

Assinatura [] Paciente [☒] Responsável []

Maria Hortencia Diogenes Carvalho

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal/RN
Comparecer com original
Em 14/07/19
Beatriz

OBSERVAÇÕES
DO SUS, PARECER CIRURGICO, CRED SANGUE CERT CASAMENTO, AUTORIZACAO EXAMES LAB, TESTES
MICULAS DE RX MEDICO CIENTE



Hospital Memorial
- SÃO CARLOS

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/05/2019 18:21

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Registro: 135548
ID: 485764 CPF: 276.840.404-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)
Pai: CARLOTO TAVORA N: 1019 Bairro: SAO BENEDITO
Mãe: PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 59900000 Fone: 84958354750
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
Urgência: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 702002337189784
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: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Pressão geral: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Fone: 3133-4200 Natal / RN
Compare com original
Em _____

Página 1 / 1



Hospital Memorial
F. 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: 84999354751
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: FRANCISCA GUEGL BESSA

Dados do Internamento

Internamento: 1 Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARAGS
Unidade: SUS ESTADUAL Matricula/CNS: 762002337189784
Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA CRM: 6819

ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Responsável: MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALHI 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 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
O(A) Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, 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 imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.
Declaro por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [x] Responsável

Maria Hortencia Diogenes de Carvalho

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos 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.

HOSP. AL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59 022-020 Natal / RN
Começa com original
Can. _____

Dr. THIAGO JOSE GURGEL 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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/05/2019 18:21

Dados do Paciente

Paciente: **PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA** Registro: 135548
Idade: 58 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Casado(a)**
RG: 485764 CPF: 276.840.404-72 Nascimento: 18/05/1961
Pereco: **CARLOTO TAVORA** N.: 1019 Bairro: **SAO BENEDITO**
Endereço: **PAU DOS FERROS** UF: **RN** CEP: 59900000 Fone: 84999354750
Ocupação: **AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT** Mãe: **FRANCISCA GUEGL BESSA**

Dados do Internamento

Internamento: 1 Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARAGS
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CHS: 702002337189784
Médico: **Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN** CRM: 6619

ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Responsável: **MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALHI** 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/ materiais 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 ressarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deve-se 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- 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, Enxova hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Pannel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Pannel de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições:

- [] Em perfeito estado
[] Apresentando defeito
[] Faltando Equipamentos/Acessórios

Assinatura do responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal/RN
Contato com origem

Página 1

MediWare



17/05/2019

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 285572806

Número AIH: 241910036371-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

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**CNES:**

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

LUCIMAR

Operador

05011400425FREDERICO

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

702002337189784

Nome do Paciente

PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Nome da Mãe

FRANCISCA GURGEL BESSA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

18/05/1961 (57 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

1019

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 9971-0855 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

RODOLFO FERNANDES - RN

Raça:

BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

CARLOTO TAVORA

Bairro:

SAO BENEDITO

Município de Residência:

PAU DOS FERROS

Complemento:**CEP:**

59900-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO**CPF do Médico Solicitante:**

04976833429

CPF do Médico Executante:

04976833429

Diagnóstico Inicial - CID:

M841 - AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA

Nome do Médico Executante:

THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

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>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO PSEUDOARTROSE + OSTEOTOMIA DO FEMUR

PARSCEM**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 Gungel
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 <i>Paula Sereia Gungel de Brito</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>702 0023 3218 9484</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>18/05/1964</i>	9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Francisca Gungel Beber</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Rua Carlos Teodoro 121019</i>		12 - MUNICÍPIO <i>Paraná</i>	
13 - BAIRRO <i>São benedito</i>		14 - UF <i>RN</i>	15 - CEP <i>59.900-000</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>com deformidade em corpo de apoio inferior</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tratamento cirúrgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico + I:</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de fêmur</i>	21 - CID INICIAL <i>S72</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>osteotomia de alongamento + osteossíntese de fêmur com placa e parafusos</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Thiago José B. C. Araújo</i>		29 - DT SOLICITAÇÃO <i>23.04.19</i>	30 - CNES / CPF <i>00000000000</i>
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		32 - BÔNUS	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 - () ACID. TRABALHO TÍPICO
39 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	40 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	
41 - CID PRINCIPAL	42 - CID SECUNDÁRIO	
43 - () ACID. TRABALHO TÍPICO		44 - () ACID. TRABALHO TÍPICO
45 - () ACID. TRABALHO TÍPICO		46 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	48 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ARI)
50 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ARI)
53 - CNES / CPF	54 - CNES / CPF	55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ARI)
56 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	57 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ARI)

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO 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 FÊMUR -

Código do procedimento

Cirurgia realizada

0408050519

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

0408060190

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE

0408040157

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 FÊMUR 12X200 MM
2. PARAFUSOS DE BLOQUEIO 4.5 MM (24 E 38 MM)
2. PARAFUSOS DE BLOQUEIO 6.5 MM (50 E 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 + DIVULSÃO POR PLANOS + OSTEOTOMIA DE FÊMUR PARA EXPOR. REDUZIR E FIXAR A FRATURA DE FÊMUR COM HASTE RETROGRADA DE FÊMUR FRESADA E BLOQUEADA + ENXERTO ÓSSEO
4. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Dr. Thiago José G. C. Araruna
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RN 6619
TEOT - 1495

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Manoel Camarino, 979
TCE 01/20-029 Natal / RN
Cidade com origem

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

Página 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"/> | <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

6619

DATA

13/05/2019 15:36:38

AL MEMORIAL
Hospital Memorial de Natal

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA

CONF. ORIGINAL





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

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 + 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 cirurgico de FRATURA DO FÊMUR "D", punc.jelco 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 espontanea.f.o limpa.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

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

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Copiar com original
Em: 16/05/2019





Hospital Memorial
São Francisco

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 DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO(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

Outros Exames:

Maria Elizabete Barbosa Pereira

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, 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
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Estr. 3.1





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, COLISÃO 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 VERBALAMENTE, 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 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
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em:





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
Diag.: S72 - Fratura do fêmur | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas,

Idade: 57 anos
Prontuário:

1 dia(s) de internação

13/05/2019 15:36	Horários de Aplicação	6619
1) DIETA LIVRE	D0 (SND)	
2) SORO GLICOSADO 5% 500ML Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D0 :06:00	
3) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.	D0 18:00; 06:00	
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	D0 18:00; 00:00, 06:00, 12:00	
5) CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABD 10ML	D0 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%	D0 22:00; 06:00, 14:00	
7) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. S/N	D0 (SN)	
8) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. SE PAS > 160 OU PAD > 100 MMHG	D0 (SN)	
9) OMEPRAZOL 40mg frasco ampola 1 ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. JEJUM.	D0 :6	
10) RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.	D0 22:00	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), 06 em 06 horas S/N	D0 (SN)	
12) CURATIVO, 24 em 24 horas DIA SEGUINTE	D0 (M)	
13) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	D0 18:00; 00:00, 06:00, 12:00	

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Fone: 59.022-020 Natal / RN
Contratar com original
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: par-

13/05/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.68133	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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.		06:00 18:00
4) DAPIRONA 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 Schama
5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABD 10ML		20:00 04:00 12:00 Schama
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 Schama
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 Alívio (SVA), 06 em 06 horas S/N		(SN)
12) CURATIVO, 24 em 24 horas DIA SEGUINTE		(M) 15:45
13) SINAIS VITAIS (SSVV + CCG), 06 em 06 horas		00:00 06:00 12:00 Schama

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lamartine, 979
Fone: 33.022-020 Natal / RN
Comércio eletrônico
E-mail: _____



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	6613
1)	DIETA LIVRE		(SND)	
2)	SORO GLICOSADO 5% 500ML Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.		06:00	
3)	SORO FISIOLÓGICO 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) Folha	
12)	CURATIVO, 24 em 24 horas DIA SEGUINTE		(M)	
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. Juvenal Lamartine, 979
Fone: 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
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 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	3519
1) DIETA LIVRE		(SND)	
2) SORO GLICOSADO 5% 500ML Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.		:06:00	
3) SORO FISIOLÓGICO 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. Juvenal Lamartine, 979
Tiré 59.472-020 Natal / RN
Comando em Origem
Ela



Hospital Memorial
São Francisco

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
Diag.: S72 - Fratura do fêmur | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas separadamente

Idade: 57 anos
Prontuário:

2 dia(s) de internação

14/05/2019 19:00 Solic. (Estoque): 119.68601
14) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas

Horários de Aplicação 3511
00:00; 06:00; 12:00; 18:00


Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvonal Lamartine, 979
Fone: 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em: ____/____/____

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

Página: 22





Hospital Memorial
São Francisco

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 50.022-320 Natal / RN
Comere com original
Em: ____/____/____





Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA**

Registro: **135548**

IH: **1**

Nascimento: **18/05/1961** 58 anos Data Internação: **12/05/2019 18:14:27**

Leito: **ENFERMARIA 301A**

Turno: **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**

Oxigenioterapia

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 CIRURGICO CONCIENTE ORIENTADO, SEM QUEICHA, O MESMO SEGUE BEM NO LEITO, AOS CUIDADOS DA EQUIPE DA ENFERMAGEM.

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

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

Página





Centro Clínico
Conceição Gurgel Araruna

LAUDO MÉDICO

Paciente Paulo Sacerdo Gurgel de
Bona foi submetido a tratamento
cirúrgico de fratura de fêmur
direito no +1-2 meses. Liberado
corpo com apêndice. Seguro afor-
xamento de suas atividades
trabalhistas por, no máximo,
90 (noventa) dias. Salvo avalia-
ção médica de pront

CIN: 572 Caraubas, 13/07/19

Dr. Thiago José C.
Ortopedista
CRM 6819

RUA: BEVENUTO SIMÃO, 17 - BAIRRO: CENTRO- CARAÚBAS/RN
ATENDIMENTO: ☎ 9.9674-0800 📧 clinicaconceicaoagaruna





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**
Nascimento: **18/05/1961 58 anos**
Acompanhante:

Registro: **135548** Num. Internação: **1**
Data Internação: **12/05/2019 18:14:27**
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 PRÓPRIA 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 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
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Conte com original
Em. ____/____/____





Hospital Memorial
São Francisco

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 DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO(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

Outros Exames:

Maria Elizabete Barbosa Pereira

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, 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
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em. ____/____/____





Hospital Memorial
São Francisco

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

Nascimento: 18/05/1961

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

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 cirurgico de FRATURA DO FÊMUR "D". punc.ielco nº18 viab.sf 0,9% em mseio 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: Limpa

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

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Contrere com origina
Em. ____/____/____



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

DIGITALIZADO

Data: 12/05/2019 18:23

FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Registro: 135548

RG: 485764

CPF: 275.840.434-72

Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Pereço: CARLOTO TAVORA

N.: 1019

Bairro: SAO BENEDITO

CEP: PAU DOS FERROS

UF: RN

CEP: 59900000

Fone: 84896354750

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

Unidade: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 70202337189784

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

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 for paga 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 a 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 não atendimento valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços. Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os devidos fins.

Diagnóstico;

Planejamento e Terapêutico;

Ensino e Pesquisa;

Assinatura: [] Paciente [x] Responsável

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

Maria Hortencia Dienes Carvalho

Observações

SUS, PARECER CIRURGICO, CRED SANGUE CERT CASAMENTO, AUTORIZACAO EXAMES, ATIVIDADES, FOLHAS DE RX MEDICO CIENTE



Hospital Memorial
FONE: 3102-1228

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/05/2019 18:21

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Registro: 135548

Idade: 485764

CPF: 276.849.404-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)

Nome: CARLOTO TAVORA

N: 1019

Bairro: SAO BENEDITO

Endereço: PAULO DOS FERROS

UF: RN

CEP: 59900000

Fone: 8499334750

Ocupação: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENTE

Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Internamento: 1

Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARAGS

Evento: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 702002337189784

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: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

Historia da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ad. Cardiorespiratorios: _____

Ad. digestivo: _____

Ad. Locomotor e Neurológico: _____

Ad. Urinário e Ginecológico: _____

Pressão geral: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em. ____/____/____

Página 1/1

Assinatura



Hospital Memorial
São 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
Num. RG: 485764 CPF: 276.340.404-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)
Poderado: CARLOTO TAVORA N.: 1019 Bairro: SAO BENEDITO
Endereço: PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 59900000 Fone: 84999364756
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENTE Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Internamento: 1 Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACIARAGS
Unidade: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 762002337189784
Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 6819

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 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
- O(a) Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA, explicou-me claramente a proposta do tratamento 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 imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.
- Assino por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [X] Responsável

Maria Hortencia Diogenes de Carvalho

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA - C

HOSP. AL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em. ____/____/____

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

Registro: 135548

RG: 485764

CPF: 276.840.404-72

Nascimento: 18/05/1961

58 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Nome: CARLOTO TAVORA

N.: 1019

Bairro: SAO BENEDITO

Cidade: PAU DOS FERROS

UF: RN

CEP: 59900000

Fone: 84999354750

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

Plano: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 702002337189784

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN

CRM: 6619

ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Responsável: MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALHI

CPF: 970.452.844-20

RG: 1497018

Relação: ESPOSA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ materiais 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 ressarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento devei 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- 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, Pannel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Pannel de gases, Frigorifer, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições:

- ☐ Em perfeito estado
☐ Apresentando defeito
☐ Faltando Equipamentos/Acessórios

Assinatura do responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compare com original

Página 1 de 1

MedicWare

**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 <i>Paula Sereia Gurgel de Brito</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>702 0023 3718 9784</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>18/05/1969</i>
9 - SEXO <i>X</i>	MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> 1 FEMININO <input type="checkbox"/> 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Francisca Gurgel Brito</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>9935-4750</i>
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Rua Carlos Zauona N° 1019</i>	
13 - MUNICÍPIO <i>Pau dos Ferros</i>	14 - BAIRRO <i>São benedito</i>
15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>59.900-000</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>na deformidade em caso de apóndilum</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tratamento cirúrgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>sem fratura + A.</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de fêmur</i>	21 - CID INICIAL <i>S72</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>osteotomia de angulo + osteossíntese de fêmur com placa</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Walfredo Gurgel</i>
				29 - DT SOLICITAÇÃO <i>23/07/19</i>
				30 - CNS / CPF <i>Dr. Walfredo Gurgel C. Araújo</i>
				31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>CRP 6619</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) <i>Av. Juvenal Lamartine, 979 Tiro 59.022-020 Natal / RN Conferir com original Em. 23/07/19</i>
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



DESCRIÇÃO 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 FÊMUR -

Código do procedimento

Cirurgia realizada

0408050519

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

0408060190

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE

0408040157

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 FÊMUR 12X300 MM
2 PARAFUSOS DE BLOQUEIO 4.5 MM (34 E 38 MM)
2 PARAFUSOS DE BLOQUEIO 6.5 MM (50 E 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 + DIVULSAO POR PLANOS + OSTEOTOMIA DE FÊMUR PARA EXPOR, REDUZIR E FIXAR A FRATURA DE FÊMUR COM HASTE RETROGRADA DE FÊMUR FRESADA E BLOQUEADA + ENXERTO ÓSSEO
4. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Dr. Thiago José G. C. Araruna
Ortopedia Traumatologia
CRM-RN 6619
TEOT - 14615

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Compare com original
Em. 1

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





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

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

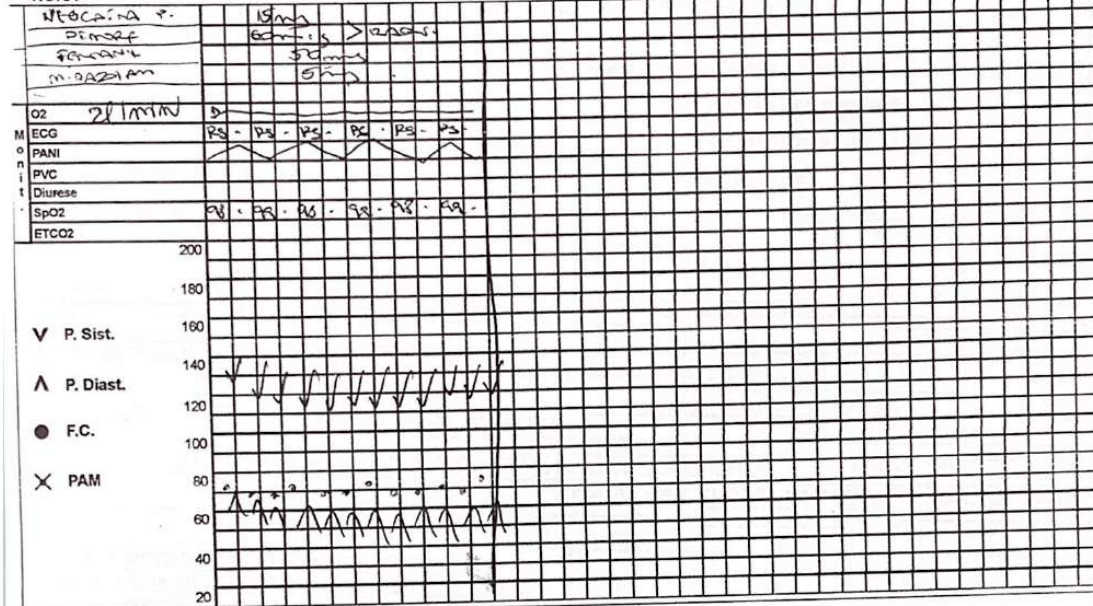
PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA IH: 1

Cirurgia Realizada: FRATURA DE FÊMUR TRATAMENTO CIRÚRGICO + OSTEOTOMIA

Data: 13/05/2019

Cirurgião: DR. TIAGO ARARUNA 1º Auxiliar: 2º Auxiliar: Anestesiologistas: DR. MATEUS GOMES

HORA



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
SHbO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
DROGAS		
FENTANIL	500MG	01A
MIDAZOLAN	15MG	01A
NEOCAINA	0,5%	01A
DIMORF	0,2MG	01A
SUFENTANIL	10MCG	
ROCURÔNIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	01A
ARAMIN	10MG	01A
CEFAZOLINA	1G	02F
DIPIRONA	1G	02A
DRAMIN	3MG	01A
DEXAMETASONA	10MG	01A
RANITIDINA	50MG	01A
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO NEUROEIXO

BLOQUEIO: RAQUIANESTESIA

LOCAL DA PUNÇÃO: L4-L5

AGULHA: QUINCKE G25

NÍVEL ANESTESIA: T12

BLOQUEIO MOTOR: ±

POSICÃO: Antes: DDH

Depois: DDH

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA:

Nº

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: REG

REFLEXOS: ±

CONSCIÊNCIA: ACORDADO

TIPO: SIMPLES

LATÊNCIA: 5'

LIQUOR: CLARO

V.T.:

F.R.:

V.M.:

P.L.T.:

BALANÇO

- 1) SORO FISIOLÓGICO 500ML - 01FR
- 2) RINGER LACTATO 500ML - 01FR

OBSERVAÇÕES

1) ATÓ SEM INTERCORRÊNCIAS

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine 979
Tirol 58.070-000
MATEUS REVEREDO GOMES
Médico Anestesiologista
CRM: 80800-RN

DURAÇÃO: 02:00

INÍCIO: 16:30

FINAL: 18:30



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"/> | <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

6619

DATA

13/05/2019 15:36:38

HOSPITAL MEMORIAL
Hospital Memorial de Natal

AUTORIZAÇÃO

Tel: 59.022-020 Natal / RN

AUDITOR

CRM

DATA com original

Em. _____





LABOL

DR. VALDÊNIO FRANCISCO LOBO

LABOL
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA.

VALDÊNIO FRANCISCO LOBO (LÍQUIDO)

Av. da Independência, 1592 - Centro - Cep 59.900-000
Tel: (64) 3351.2326 - Pao dos Fatos - RN
CNPJ: 11.273.782/0001-98

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

COAGULOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO :

TEMPO DE COAGULACAO (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
CRIANCAS: 150.000 - 550.000/mm3

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



Conferido e Assinado Eletronicamente por:

Dr. Breno Aguilho Barreto Costa Lobo
CRM-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.





L A B O L
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA.
VALDÊNIO FRANCISCO LOBO (dono)

Av. da Independência, 1362 - Centro - Cep 59.900-000
Tel: (67) 3351.2535 - Fax: 3351.2535 - RN
CNPJ: 13.275.782/0001-93

L A B O L
DR. VALDÊNIO FRANCISCO LOBO

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

URÉIA

URÉIA: **24,6** mg/dL
(Soro)
VALORES DE REFERENCIA: CRIANÇAS - 11 A 38 mg/dL
ADULTOS ATE 60 ANOS - 13 A 43 mg/dL
ADULTOS ACIMA DE 60 ANOS - 17 A 49 mg/dL
METODO: CINÉTICO UV
Obs.:

GLICOSE JEJUN

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:

Dr. Bruno Augusto 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

Material: SANGUE

Referencias

REATININA

RESULTADO

1,00 mg/dL

(0,40 a 1,40)

Método: Cinético.

Data de Emissão: 22/04/2019

Rita Ferreira Duarte
Farmacêutica Clínica - HCCA
Méd. 154767-4
CRM/RN - 1361

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

Referencias

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA:

Hemácias.....	3,95 milhões/mm3	(4,50 a 5,50) *
Hemoglobina.....	11,70 g/dL	(13,00 a 16,00) *
Hematócrito.....	34,70 %	(39,00 a 50,00) *
Volume Corpuscular 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 /mm3	(5.000 a 10.000) *
		% /mm3
Mielócitos.....	0 %	0/mm3
Metamielócitos.....	0 %	0/mm3
Bastões.....	0 %	0/mm3
Segmentados.....	91 %	14.924/mm3
Eosinófilos.....	0 %	0/mm3
Basófilos.....	0 %	0/mm3
Linfócitos.....	8 %	1.312/mm3
Monócitos.....	1 %	164/mm3

HEMATOSCOPIA:

- 0 -

Material: SANGUE

Referencias

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
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





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

