

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00763

CONTA: 000000089094-5

Nr. da Autenticação E9B99118A33D931A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475650 **Cidade:** Pau dos Ferros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA **Data do acidente:** 22/04/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS).
ALTA. (P5/6/7FC/8/9/10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 27 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: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 763

Conta: 0000089094-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 319047-5650 CPF da vítima: 276.840.404-72 Nome completo da vítima: Paulo Suenir 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 Suenir Gurgel de Bessa CPF: 276.840.404-72

Profissão: Agricultor Endereço: Rua dos Ferros Número: 1019 Complemento: casa

Bairro: Centro Cidade: Pau dos Ferros Estado: RJ 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).

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0463 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.

Por 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 de 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: falecidos: nascitura (vai nascer)? ☐ 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.

Ingresso
Assinatura
Data
Beneficiário
não obrigatório

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 296840404-72 Nome completo da vítima: Paulo Suelo G. de Bessa

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

Nome completo: PAULO SUELDO G. DE BESSA CPF: 296840404-72

Profissão: PERCUSSOR Endereço: CARLOTA TAUBORA Número: 1099 Complemento: CESSA

Bairro: SÃO BENEITO Cidade: RAU DOS FERREIROS Estado: PV CEP: 59000-000

E-mail: _____ Tel (DDD): (84) 99650-1888

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

RECEITA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0963 CONTA: 69642 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 por este ato, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML E 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 (assinale 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 6.251/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO E PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Filhos: _____ nascituro (tal nascido)? _____ pais/avós vivos? _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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: _____

Local e Data: Rau dos Ferreiros/PV 24/05/19 TESTEMUNHAS

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do representante legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

(*) Assinatura do quem assina A RGO

Paulo Suelo G. de Bessa 2ª Nome: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____ CPF: _____

Assinatura: _____

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

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



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 08:39 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 TAVORA Nº 1019 Fone (21) 9.9971.0855
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-3475 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 GANGORRA Nº _____ Fone (84) 9.9625-3269
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. _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

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

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

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

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

Versão do condutor QUE VINHA DO SUPERMERCADO 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

Paulo Gustavo Gurgel de Res

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 GETULIO 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

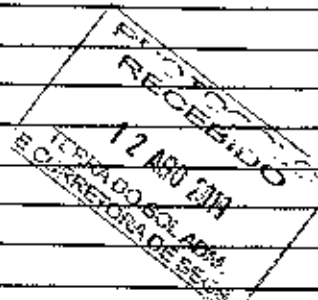
Juliano da Silva

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

11- ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: HOSP REG. PAU DOS FERROS Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Nome PAULO RUELDO GURGEL DE BESSA Data de Nascimento 18/05/1961
RG Nº 485764 Órgão Expedidor SSP/RN Nº 1019 Fone (84) 9.9971.0855
Endereço RUA CARLOTO TAVORA Cidade PAU DOS FERROS UF RN
Bairro SÃO REMEDITO
Versão "A MESMA"

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

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

Assinatura _____ Hora _____
14- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____ Data de Nascimento _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Nº _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____
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 FRANCISCO JOSÉ DE SOUZA
CHEGANDO NO LOCAL DO SINISTRO FOI CONSTATADO: OS VEÍCULOS NO LOCAL, OS CONDUTORES NO LOCAL, ESTANDO O CONDUTOR DO V1 DEITADO NA VIA JUNTO DE SEU VEÍCULO QUE ESTAVA NO APOIO (MACAÇO) E O V2 UM POUCO MAIS AFASTADO, QUE AMBOS OS CONDUTORES DEVIDAMENTE HABILITADOS E SEUS RESPECTIVOS VEÍCULOS COM O LICENCIAMENTO EM DIA. QUE O V2 FOI LIBERADO AO SEU CONDUTOR, QUE O V1 FOI LIBERADO A PESSOA CONHECIDA POR ZÓZO MOTORAX, QUE DEIXOU O V1 NA RESIDÊNCIA DE SEU CONDUTOR, QUE EM VIRTUDE DO ATENDIMENTO DO SAMU, NÃO FOI POSSÍVEL COLHER A VERSÃO DO CONDUTOR DO V1 NO LOCAL, SENDO COLHIDA POSTERIORMENTE NO HOSPITAL REGIONAL DE PAU DOS FERROS - RN.

Nome Completo do Agente FRANCISCO JOSÉ DE SOUZA
POSTO/GRAD.: 2º SGT PM Nº 99.256 Viatura DRE 405 Subm.: 4: DRE
Data: 10/05/2012 Hora: 10h12



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,-

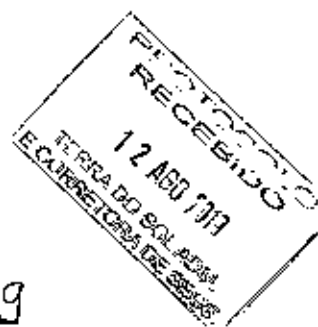
Paulo Suenildo Gurgel de Bessa 57 anos, foi

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Guimar Fabiano B. de Almeida inscrito (a) no CPF 1070.786.734 / 76 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Suelton Gurgel de Bessa inscrito (a) no CPF sob o Nº 276.840.404 / 72 do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo da Vítima Paulo Suelton Gurgel de Bessa inscrito (a) no CPF sob o Nº 276.840.404 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Augusto de Oliveira</u>		Número <u>261</u>	Complemento <u>Cidade</u>
Bairro <u>Dominóes Carneiro</u>	Cidade <u>Pau dos Ferros</u>	Estado <u>RJ</u>	CEP <u>59900-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(84) 99650-0888</u>

Pau dos Ferros RJ 10 de junho de 2017
Local e Data

Guimar Fabiano B. de Almeida
Assinatura do Declarante



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - CID 10 PRINCIPAL

17 - CID 10 SECUNDÁRIO

18 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

19 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

20 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

21 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

22 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

23 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

27 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

28 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

29 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

30 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

31 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

32 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

33 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

34 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

35 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

36 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

37 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

38 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

39 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

40 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

41 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

42 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

43 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

44 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

45 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

46 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

47 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

48 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

49 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

50 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

51 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

52 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

53 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

54 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

55 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

56 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

57 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

58 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

59 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

60 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

61 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

62 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

63 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

64 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

65 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

66 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

67 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

68 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

69 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

70 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

71 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

72 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

73 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

74 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

75 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

76 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

77 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

78 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

79 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

80 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

81 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

82 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

83 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

84 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

85 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

86 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

87 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

88 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

89 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

90 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

91 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

92 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

93 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

94 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

95 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

96 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

97 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

98 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

99 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

100 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

101 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

102 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

103 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

104 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

105 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

106 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

107 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

108 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

109 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

110 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

111 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

112 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

113 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

114 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

115 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

116 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

117 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

118 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

119 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

120 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

121 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

122 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

123 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

124 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

125 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

126 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

127 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

128 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

129 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

130 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

131 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

132 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

133 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

134 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

135 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

136 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

137 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

138 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

139 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

140 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

141 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

142 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

143 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

144 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

145 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

146 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

147 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

148 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

149 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

150 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

151 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

152 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

153 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

154 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

155 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

156 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

157 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

158 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

159 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

160 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

161 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

162 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

163 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

164 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

165 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

166 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

167 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

168 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

169 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

170 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

171 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

172 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

173 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

174 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

175 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

176 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

177 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

178 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

179 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

180 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

181 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

182 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

183 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

184 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

185 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

186 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

187 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

188 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

189 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

190 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

191 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

192 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

193 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

194 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

195 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

196 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

197 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

198 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

199 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

200 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

201 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

202 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

203 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

204 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

205 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

206 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

207 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

208 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

209 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

210 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

211 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

212 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

213 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

214 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

215 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

216 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

217 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

218 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

219 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

220 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

221 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

222 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

223 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

224 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

225 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

226 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

227 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

228 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

229 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

230 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

231 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

232 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

233 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

234 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

235 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

236 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

237 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

238 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

239 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

240 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

241 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

242 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

243 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

244 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

245 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

246 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

247 - CID 10

Hosp tal Memorial da Natal

DOCTRA

FICHA DE INTERNAMENTO

PAULO SUEJDO GURGEL DE BRISA

26/07/2019

48144

CPF 775.44.424-72 Nascimento 18/05/1961 58 anos Sexo Masculino 24 anos de idade

CARLOTO TAYOR

N 1013

Barro, RIO DE NEGRITO

PAU DOS FERROS

UF RN

CPF 49400004

PAU DOS FERROS

AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENTE

MAR. FRANCISCA QUEGEL BRISA

Dados do Internamento

Admissão

Entrada 12/05/2019 18:14 Previsão saída 14/05/2019 11:00 Hospital: JACARÉ

SUS ESTADUAL

Motivo: C.N.S. 701502307150194

THIAGO JOSE GURGEL CAMARA APARUN CHM 0519

ENFERMARIA

Dados do Responsável

MARIA HORTENCIA DIODES DE CARVALHO Cpf: 570.457.844-20

RG 1297020

ESPOSA

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, para mim e de direito, que assumo plena responsabilidade, na qualidade de responsável legal, pelo paciente, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não orientado, autorizado, associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento de custas de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Cedarei para os fins de direito que assumo plena responsabilidade, por qualquer importância que for devida ao Hospital Memorial da Natal, pela instituição conveniada e qualquer título.

Cedarei ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, com a inclusão de juros e multa e correção pelas índices oficiais, e partir da data hospitalar, com a inclusão de juros e multa, se houver. A credora está autorizada a enviar as respectivas duplicatas.

O presente documento para efeitos legais como contrato de prestação de serviços, e a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de qualquer outro meio, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer outros.

Diagnóstico

Plano de tratamento e terapêutico

Exames e exames

Assinatura do Paciente: ☒ Internamento

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Maria Hortencia Diodes de Carvalho

20 SUS-PARECER CIRURGICO-GRUPO SANGUE CERT. TAPAMENTO, AUTORIZACAO EXAME

20 SUS-DE HY MEDICO CIEN

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84) 3133-4300 / Fax: (84) 3102-1278

hmemorial@vivo.com.br

Data: 12/05/2019 11:34:11

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Registro: 118502

CPF: 453764

CPF: 276.946.404-72 Nascimento: 12/05/1981 38 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado

Nome: CARLOTO TAVORA

N.: 1019

Bairro: SAO BENEDITO

End: PAU DOS FERROS

UF: RN

CEP: 59900000

Fone: 8428930675

Ocupação: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT

Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Admissão: 1

Entrada: 12/05/2019 13:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendemia: JACIARA 33

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: 870.452.844-20

RG: 1497016

Relação: 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: Cirurgia de fratura de fêmur 58558 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR.
O(a) Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA explicou-me claramente a proposta do tratamento e procedimento a qual ser 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 de sucesso e que os resultados a serem obtidos.
Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas, caso necessário e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.
Declaro que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização e que o mesmo é assinado pelo responsável do paciente.

Assinatura: [] Paciente [x] Responsável

Maria Hortencia Diogenes de Carvalho

SE PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tirol - Natal - RN

Coordenador Geral

Dr. []

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA - C

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE 979 - DIOCL. NATAL/RN

FONE (84) 3131-4800 / Fax (84) 3102-1224

hmemorial@hmemorial.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/05/2019

Dados do Paciente

Nome: PAULO SIEUDO GURGEL DE BESSA

Registro: 76644

RG: 463764

CPF: 179.843.404-72 Nascimento: 18/05/1991 34 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado

Profissão: CARLOTTO TAVORA

N: 1019

Bairro: SÃO BENEDITO

Cidade: PAU DOS FERROS

UF: RN

CEP: 59900000

Fone: (84) 3131-4800

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: JACIARA/CB

Plano: SUS ESTADUAL

Matrícula/CMS: 702002337189734

Dr.: THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 9619

ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Nome: MARIA PORTENCIA DIOGENES DE CARVALH CPF: 970.452.844-20

RG: 1497018

Profissão: ESPOSA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que, estou ciente de minha responsabilidade, a título de usufruto, para meu uso exclusivo sobre os equipamentos/materiais especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeita condição 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 com ressarcimento do valor equivalente;
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverá comunicar imediatamente ao setor competente, cessando os serviços, devolvendo o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o valor em uso do mesmo, ao setor competente;
- 3- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso;
- 4- Segue a lista de itens incluídos no apartamento: Conjunto de 6 portas de sete portas, Lavalório, Torneira do lavalório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Espreguiçadeira, Cadeira-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Painel para televisão LCD, Suporte de som, Lixeira, Caixa de roupas, Frigorifer, Cortinas, Campanha. E os itens incluídos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavalório, Torneira do lavalório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espreguiçadeira, Assento de vaso sanitário, Aquecedor de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, duto de água quente, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Bide de roupa e Campanha de amenidade.

Assinatura: () Paciente: () Responsável: ()

Declaro, sob as penas da lei, que o bem foi devolvido em

nas seguintes condições: AL MEMORIAL

em perfeita condição

Av. Juvenal Lamartine, 979

representando o bem

Fone: (84) 3131-4800 e Fax: (84) 3102-1224

Relatório Equipamentos e Acessórios

Assinatura do responsável