



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62044 975	26/10/2020 08:10	2758214_CONTESTACAO_Anexo_03	Requerimento Administrativo

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





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, 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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
3190475650	276.840.404-72	Paulo Suenildo Gurgel de Bessa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PARA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		
Paulo Suenildo Gurgel de Bessa		
Profissão:	Endereço:	CPF:
Agricultor	Condomínio Juliana	276.840.404-72
Bairro:	Cidade:	Número:
Centro	Pau dos Ferros	1019
E-mail:	Estado:	Complemento:
	RN	Casa
	CEP:	
	59900-000	
	Tel (DDD):	
	(84) 99650-0888	

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

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sempre para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0263	CONTA: 89084
(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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 LIDER 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 grãvia reconciliação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grão de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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.

Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante):	TESTEMUNHAS
Local e Data: Pau dos Ferros/RN 14/10/19	1ª Nome: _____
Nome: Paulo Suenildo Gurgel de Bessa	CPF: _____
CPF: _____	Assinatura: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante):	CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura: _____
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.001/0001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

226840404-72 Paulo Suelo G. de Bessa

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

Nome completo:

Paulo Suelo G. de Bessa

CPF:

226840404-72

Profissão:

perfeitor

Endereço:

Carlotto Tauora

Número:

1019

Complemento:

1019

Bairro:

São Benedito

Cidade:

Paulos Fereiros

Estado:

PV

CEP:

59000-000

E-mail:

18499650188

Declaro, para todos os fins de direito, resgatar o ordenado acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$4.001,00 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\$6.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES

☒ 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:

69642

AGÊNCIA:

CONTA:

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 esta 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 (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☐ O IML que atenda 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 dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.259/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Gráu 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

Se a vítima deixou filhos, informar quantos:

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

Assinatura:
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data:

Paulos Fereiros/PV 22/05/19

Nome:

CPF:

Paulo Suelo G. de Bessa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEM RUGO, 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.

FPS.001 V001/2018



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. AB LAJO 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 SUEVO GURGEL DE BESSA Nº de Ocupantes 02
Condutor PAULO SUEVO GURGEL DE BESSA Data de Nasc. 18/05/1961
Endereço RUA CARLOTO TAVOXA 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-3475 Cidade RAFAEL FERNANDES UF RN
Marca/Mod. FIAT STRADA WORKING CD Cor VERMELHA Ano 2013/2014
Proprietário JUVENAL RAIMUNDO DE ARAÚJO Nº de Ocupantes 02
Condutor JUVENAL RAIMUNDO DE ARAÚJO Data de Nasc. 03/05/1957
Endereço SÍTIO GANGORRA Nº _____ Fone (84) 9.9625-9269
Bairro ZONA RURAL Cidade RAFAEL FERNANDES UF RN
CPF Nº 195.227.734-15 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 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

Paulo Gustavo Gurgil 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 GETÚLIO VARGAS, QUE OLHOU PARA A DIREITA NÃO VIU NINGUÉM E QUANDO FUI ENTRANDO AI A MOTO DO MOTOTAXI BATEU NA FRENTE DO CARRO.

Assinatura do Condutor do V2

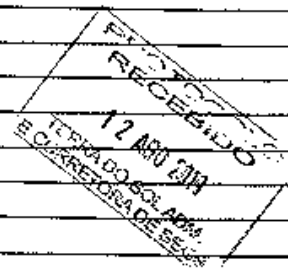
Juliano da Silva

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

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: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome PAULO AURELIO GURGEL DE BESSA Data de Nascimento 18/05/1961
 RG Nº 485264 Órgão Expedidor SSP/RN Nº 1019 Fone (84) 9.9371.0855
 Endereço RUA CARLOTO TAVORA Cidade PAU DOS FERROS UF RN
 Bairro SÃO BENEDITO
 Versão A MESMA

Assinatura _____ Hora _____
 12- ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ 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: ☐ 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: ☐ 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
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 JOÃO MOTOXÁ, 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 99.246 Viatura DRE 405 Submíd: 4: DPRE
 Data e Hora: 20/10/2020 08:10:54





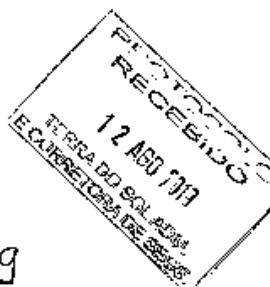
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU- METROPOLITANO/RN

AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o paciente,-

Paulo Sueldo Gungel 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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 COAF**².

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 Falcão B. de Almeida inscrito (a) no CPF 070.786.734 / 76 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Suelto Guigil de Base inscrito (a) no CPF sob o Nº 276.840.404 / 72 do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo da Vítima Paulo Suelto Guigil de Base 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>COAPA</u>
Bairro <u>Domíngos Baneira</u>	Cidade <u>Pau dos Ferros</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59900-000</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)	
		<u>(89) 99650-0888</u>	


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

Guimar Falcão B. de Almeida
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____ 2 - CNEB: _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____ 4 - CNEB: _____			
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: <i>Paulo Sérgio Borges de Bona</i> 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____ 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 8 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> OUT. 9 - DATA DE NASCIMENTO: _____ 10 - RAÇA: _____ 11 - NOME DA MÃE: _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO: _____ 13 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____ 14 - TELEFONE DE CONTATO: _____ 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____ 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ 17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO: _____ 18 - UF: _____ 19 - CEP: _____			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: _____ 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Problema crônico de doença (F) por acidente com ferimento crânio</i> 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <i>Exames físicos e Neurologia</i> 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura</i> 24 - CID 10 PRINCIPAL: <i>S73.3</i> 25 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC: _____ 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____ 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____ 29 - CLÍNICA: _____ 30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO: _____ 31 - DOCUMENTO: _____ 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____ 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____ 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <i>22/04/19</i> 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <i>CRM RN 9693</i> <i>Onopércio de Aguiar</i>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO 39 - CNPU DA SEGURADORA: _____ 40 - Nº DO BILHETE: _____ 41 - SEI: _____ 42 - CNPU EMPRESA: _____ 43 - CNME DA EMPRESA: _____ 44 - CB: _____ 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: _____ 46 - EMPREGADOR: () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGUIR 47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 48 - CDD, ORGÃO EMISSOR: _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____ 51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____			



2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

FICHA DE INTERNAMENTO

鄭和の航海

CP: 2759-414-72 Mascareno 1805/1961 58 Alice Baga Mascareno 24 Jan 2002

403

Harry MAG BENTON

13. 2000

CFR 39.0000

MR. FRANCIS BUEGER, JR.

Einsetzen der Integrationen von

Casey-55930 1 12/06/2019 18:14 974532 2.00x 14-10-2019 41.00 14-10-2019 41.00

MessageCN: 702502307189784

HUGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CHM 8519

ENFERMAR

Deixar o Responsável

MARIA HORTENCIA DIOMEDES DE CARVALHO CDE 970.152.844-20

910 1257070

52308

Termo de Responsabilidade

RECEIVED

Este documento é de direito, com assunção plena responsabilidade da qualidade de documento legal, para que quaisquer despesas realizadas pelo paciente com a finalidade, sendo ou não oriundas do Estado, sejam associadas a qualquer utilização que mantenha vínculo com o Hospital, seja para pagamento de tarifas de tratamento médico, hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que for depositada em nome de Natu, na instituição conveniada e qualquer título

Considera-se a validade das despesas mencionadas até a liquidação total do custo, ou seja, a apresentação de nota e comprovação pelos militares oficiais e policiais em conformidade com a legislação.

5. A credora declara, por meio deste documento, que a presente declaração não constitui documento para efeitos legais como o contrato de prestação de serviços.

10. A utilização da documentação do meu caso médico, através de fotografias, ou de excertos, bem como a seu armazenamento por meio digital, papéis, fólios, etc ou quaisquer meios

1. Classification

[illegible]

Associação: Paciente: Interconsultor:

Massachusetts Department of Transportation
 800 North Washington Street
 Boston, MA 02115
 Tel: 617-221-2300
 Fax: 617-221-2301
 E-mail: info@dot.state.ma.us
 Website: <http://www.mass.gov/transportation>

2015-01-01 00:00:00

Scanned by CamScanner



Hospital Memorial de Natal

AV JOVENIL PINHEIRO 370 TRIL. NATAL/RN

Fone (84) 3214-7000 Fax (84) 3214-7001

Internet: www.hospitalmemorial.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 26/10/2020

Dados do Paciente

PAULO SUELO GURGEL DE BESSA

Região: 1000

151354

CPF 2763040471 Nascimento: 15/08/1981 33 anos Sexo Masculino Piel Cor: Branco

CARLITO TAVORA

N. 1019

Bairro: SAO BENEDITO

MARCOS FERREZ

UF: RN

CEP 5900000

Forma Pagamento

CONJUNTO FAMILIAR POLIVALENT

Mãe: FRANCISCA GURGEL BESSA

Dados do Internamento

Admissão: 1

Entrada:

14/05/2019 18:14

Alta: 14/05/2019 11:00

Atendimento: JACIARAC

SUS ESTADUAL

Mantida CAS: 75200237105784

Dr. BRAGO JOSE GURGEL CAMARA ARAUJO

CRM: 6519

ENFERMARIA 3014

Termo de Responsabilidade

Identidade ABN

Motivo

Data de Nascimento

Nr. de dias de hospitalização

Nr. de US

Doc. Apresentado

Diagnóstico Definitivo

Prevalência

Exatidão da Doença

Exatidão da Doença

Exatidão da Doença

Exatidão da Doença

Exatidão da Doença

Exatidão da Doença

Exatidão da Doença

Exatidão da Doença

Exatidão da Doença

Exatidão da Doença

AL MEMORIAL

Av. General Carneiro 370

Tril. Natal/RN

Contato: 3214-7000

Fax: 3214-7001

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 26/10/2020 08:10:54

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102608105379700000059512042>

Número do documento: 20102608105379700000059512042

Num. 62044975 - Pág. 13

Hospital Memorial

Hospital Memorial de Natal

AV JUVENAL LAMARTINE 979 TIROL NATAL/RN
Fone: (84) 3132-4300 / Fax: (84) 3102-1298
hmemorial@vetzmail.com.br

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

Dados do Paciente

Nome: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Registro: 118542
Idade: 38 anos Sexo: Masculino Estado Civil: Casado
CPF: 276.940.404-72 Nascimento: 12/05/1981
Endereço: CARLOTO TAVORA N. 1019 Bairro: SÃO BENEDITO
Cidade: PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 59800000 Fone: 8421930672
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Admissão: 12/05/2019 13:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendimento: JACIARAIS
SUS ESTADUAL Matrícula VONS: 712002337189784
Médico: DR. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA CRM: 6019 **ENFERMARIA 301A**

Dados do Responsável

Nome: MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALHI CPF: 970.452.244-20 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, com ou sem cirurgia: 58558 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAPHISE DO FEMUR
O(a) DR. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA explicou-me claramente a proposta do tratamento e procedimento a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Compreendi a importância de fazer perguntas, a 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 que possam ocorrer 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 de responsabilidade do paciente.

Assinatura: [] Paciente [x] Responsável

Maria Hortencia Diogenes de Carvalho

SEU PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu representante legal, o procedimento cirúrgico, seus benefícios e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o procedimento proposto é o melhor para o paciente e que ele compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Hospital Memorial
Av. Juvenal Lamartine, 979
TIROL - NATAL - RN
CEP: 59800-000
Fone: (84) 3132-4300

DR. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA - C

Scanned by CamScanner



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE 379 - TIROL - NATAL - RN
Fone: (84) 3102-4200 / Fax: (84) 3102-1224
hospital@memorialhosp.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/05/2019

Dados do Paciente

Paciente: PAULO SUREDO GURGEL DE BESSA Registro: 136424
RG: 463764 CPF: 279.844.404-72 Nascimento: 18/05/1961 58 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado
Vínculo: CARLOTO TAVORA N: 1019 Bairro: SÃO BENEDITO
DTE: PAU DOS FERROS UF: RN CEP: 58000000 Fone: (84) 3102-4200
Profissão: AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENTE Mãe: FRANCISCA GUEGEL BESSA

Dados do Internamento

Internamento: SUS ESTADUAL Entrada: 12/05/2019 18:14 Previsão saída: 14/05/2019 11:00 Atendente: JACILMA G
Médico: THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 6619
Médico/CHS: 702002337189734

ENFERMARIA 001A

Dados do Responsável

MARIA HORTENCIA DIOGENES DE CARVALH CPF: 970.452.844-20 RG: 7497018
ESPOSA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da 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:

- 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.
- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverá comunicar imediatamente ao setor competente, interrompendo os serviços, devolvendo o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o valor pago do mesmo, ao setor competente.
- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- Segue a lista de itens incluídos no apartamento: Conjunto de 6 portas de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar condicionado, Cama, Golete, Espuma hospitalar, Chado mudo, Cadeira Poltrona, Televisão LCD, Painel para televisão LCD, Suporte de som, Lâmpada, Potes de gelatina, Frigorifer, Cortinas, Campanha. E os itens incluídos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Espelho, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Escova de dente, Assento de vaso sanitário, Assento de descarga, Ducha higiênica, Chuveiro, Dupla de bacia, Bacia, Suprimento de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Cade de roupa e Campanha de emergência.

Assinatura: 1 Paciente: 1 Responsável: 1

Declaro, sob a palavra, que o bem foi devolvido em _____ nas seguintes condições: AL MEMORIAL
Em perfeito estado Av. Juvenal Lamartine, 379
Apresentando-se em _____ Fone: (84) 3102-4200 - 441-0000
Todos os Equipamentos e Acessórios _____
Assinatura do responsável: _____

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 26/10/2020 08:10:54

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102608105379700000059512042

Número do documento: 20102608105379700000059512042

Num. 62044975 - Pág. 15



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62044 977	26/10/2020 08:10	2758214_CONTESTACAO_Anexo_04	Requerimento Administrativo

Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: J. FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA

DATA DO PROCEDIMENTO: 26/10/2020

HORARIO: 13h45

Procedimento a ser realizado: ATO CIRÚRGICO DE PNEUMONECTOMIA

Conteúdo da prescrição médica:

Cirurgia de urgência

CRONOLÓGIA

PRELIMINAR

ANESTESIA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PNEUMONECTOMIA DE URGÊNCIA
OBJETIVO: RESSECÇÃO DE TUMOR NA PAREDE LATERAL DO PULMÃO
RESSECÇÃO DE PULMÃO

Equipamento:

Grande: TUBO DE INTUBAÇÃO COM CAVALO DE JARRO

CIR

GRUPO

Atendimento: MATEUS DE OLIVEIRA GOMES

GRUPO

Intensificador: 15LPM

Lista de Contaminantes: Limão

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

Exatidão Antecedente: 2020/10/26

CONTINUAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO DE PNEUMONECTOMIA DE URGÊNCIA

Descrição da cirurgia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PNEUMONECTOMIA DE URGÊNCIA

OBJETIVO: RESSECÇÃO DE TUMOR NA PAREDE LATERAL DO PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

RESSECÇÃO DE PULMÃO

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
RUA DO COMÉRCIO, 100
CAMPUS UNIVERSITÁRIO
60040-000 FORTALEZA - CE

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 26/10/2020 08:10:54

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102608105432300000059512044>

Número do documento: 20102608105432300000059512044

Hospital Memorial de Natal

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE

<input type="checkbox"/> Solicitação de Procedimento	<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação de Exame
<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame	<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame
<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame	<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame
<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame	<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame
<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame	<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame
<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame	<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame
<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame	<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame
<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame	<input type="checkbox"/> Solicitação de Exame

HOSPITAL

10.257.857/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

13543 - PAULO GUEGO GURGEL DE NESSA

PROCEDIMENTO ANTERIOR: PROCEDIMENTO SOLICITADO: SOLICITANTE:

ITSAO JOSE GURGEL CAMAR 0515 040.156.334.23

INDICAÇÃO

- 1. PASTE RETROGRADA DE PÉRIOD 12X300 MM
- 2. PARAFUSOS DE BLOQUEIO 3.5 MM (31 E 32 MM)
- 3. PARAFUSOS DE BLOQUEIO 3.5 MM (36 E 70 MM)
- 4. TAMPÃO

CONDIÇÃO DE SAÚDE DO PACIENTE

AUTORIZAÇÃO

CIOS

Scanned by CamScanner





Hospital Memorial de Natal

Av. J. J. de Almeida, 579 - 190A - 190B - 190C - 190D - 190E - 190F - 190G - 190H - 190I - 190J - 190K - 190L - 190M - 190N - 190O - 190P - 190Q - 190R - 190S - 190T - 190U - 190V - 190W - 190X - 190Y - 190Z - 190AA - 190AB - 190AC - 190AD - 190AE - 190AF - 190AG - 190AH - 190AI - 190AJ - 190AK - 190AL - 190AM - 190AN - 190AO - 190AP - 190AQ - 190AR - 190AS - 190AT - 190AU - 190AV - 190AW - 190AX - 190AY - 190AZ - 190BA - 190BB - 190BC - 190BD - 190BE - 190BF - 190BG - 190BH - 190BI - 190BJ - 190BK - 190BL - 190BM - 190BN - 190BO - 190BP - 190BQ - 190BR - 190BS - 190BT - 190BU - 190BV - 190BW - 190BX - 190BY - 190BZ - 190CA - 190CB - 190CC - 190CD - 190CE - 190CF - 190CG - 190CH - 190CI - 190CJ - 190CK - 190CL - 190CM - 190CN - 190CO - 190CP - 190CQ - 190CR - 190CS - 190CT - 190CU - 190CV - 190CW - 190CX - 190CY - 190CZ - 190DA - 190DB - 190DC - 190DD - 190DE - 190DF - 190DG - 190DH - 190DI - 190DJ - 190DK - 190DL - 190DM - 190DN - 190DO - 190DP - 190DQ - 190DR - 190DS - 190DT - 190DU - 190DV - 190DW - 190DX - 190DY - 190DZ - 190EA - 190EB - 190EC - 190ED - 190EE - 190EF - 190EG - 190EH - 190EI - 190EJ - 190EK - 190EL - 190EM - 190EN - 190EO - 190EP - 190EQ - 190ER - 190ES - 190ET - 190EU - 190EV - 190EW - 190EX - 190EY - 190EZ - 190FA - 190FB - 190FC - 190FD - 190FE - 190FF - 190FG - 190FH - 190FI - 190FJ - 190FK - 190FL - 190FM - 190FN - 190FO - 190FP - 190FQ - 190FR - 190FS - 190FT - 190FU - 190FV - 190FW - 190FX - 190FY - 190FZ - 190GA - 190GB - 190GC - 190GD - 190GE - 190GF - 190GG - 190GH - 190GI - 190GJ - 190GK - 190GL - 190GM - 190GN - 190GO - 190GP - 190GQ - 190GR - 190GS - 190GT - 190GU - 190GV - 190GW - 190GX - 190GY - 190GZ - 190HA - 190HB - 190HC - 190HD - 190HE - 190HF - 190HG - 190HH - 190HI - 190HJ - 190HK - 190HL - 190HM - 190HN - 190HO - 190HP - 190HQ - 190HR - 190HS - 190HT - 190HU - 190HV - 190HW - 190HX - 190HY - 190HZ - 190IA - 190IB - 190IC - 190ID - 190IE - 190IF - 190IG - 190IH - 190IJ - 190IK - 190IL - 190IM - 190IN - 190IO - 190IP - 190IQ - 190IR - 190IS - 190IT - 190IU - 190IV - 190IW - 190IX - 190IY - 190IZ - 190JA - 190JB - 190JC - 190JD - 190JE - 190JF - 190JG - 190JH - 190JI - 190JJ - 190JK - 190JL - 190JM - 190JN - 190JO - 190JP - 190JQ - 190JR - 190JS - 190JT - 190JU - 190JV - 190JW - 190JX - 190JY - 190JZ - 190KA - 190KB - 190KC - 190KD - 190KE - 190KF - 190KG - 190KH - 190KI - 190KJ - 190KK - 190KL - 190KM - 190KN - 190KO - 190KP - 190KQ - 190KR - 190KS - 190KT - 190KU - 190KV - 190KW - 190KX - 190KY - 190KZ - 190LA - 190LB - 190LC - 190LD - 190LE - 190LF - 190LG - 190LH - 190LI - 190LJ - 190LK - 190LL - 190LM - 190LN - 190LO - 190LP - 190LQ - 190LR - 190LS - 190LT - 190LU - 190LV - 190LW - 190LX - 190LY - 190LZ - 190MA - 190MB - 190MC - 190MD - 190ME - 190MF - 190MG - 190MH - 190MI - 190MJ - 190MK - 190ML - 190MN - 190MO - 190MP - 190MQ - 190MR - 190MS - 190MT - 190MU - 190MV - 190MW - 190MX - 190MY - 190MZ - 190NA - 190NB - 190NC - 190ND - 190NE - 190NF - 190NG - 190NH - 190NI - 190NJ - 190NK - 190NL - 190NM - 190NO - 190NP - 190NQ - 190NR - 190NS - 190NT - 190NU - 190NV - 190NW - 190NX - 190NY - 190NZ - 190OA - 190OB - 190OC - 190OD - 190OE - 190OF - 190OG - 190OH - 190OI - 190OJ - 190OK - 190OL - 190OM - 190ON - 190OO - 190OP - 190OQ - 190OR - 190OS - 190OT - 190OU - 190OV - 190OW - 190OX - 190OY - 190OZ - 190PA - 190PB - 190PC - 190PD - 190PE - 190PF - 190PG - 190PH - 190PI - 190PJ - 190PK - 190PL - 190PM - 190PN - 190PO - 190PP - 190PQ - 190PR - 190PS - 190PT - 190PU - 190PV - 190PW - 190PX - 190PY - 190PZ - 190QA - 190QB - 190QC - 190QD - 190QE - 190QF - 190QG - 190QH - 190QI - 190QJ - 190QK - 190QL - 190QM - 190QN - 190QO - 190QP - 190QQ - 190QR - 190QS - 190QT - 190QU - 190QV - 190QW - 190QX - 190QY - 190QZ - 190RA - 190RB - 190RC - 190RD - 190RE - 190RF - 190RG - 190RH - 190RI - 190RJ - 190RK - 190RL - 190RM - 190RN - 190RO - 190RP - 190RQ - 190RR - 190RS - 190RT - 190RU - 190RV - 190RW - 190RX - 190RY - 190RZ - 190SA - 190SB - 190SC - 190SD - 190SE - 190SF - 190SG - 190SH - 190SI - 190SJ - 190SK - 190SL - 190SM - 190SN - 190SO - 190SP - 190SQ - 190SR - 190SS - 190ST - 190SU - 190SV - 190SW - 190SX - 190SY - 190SZ - 190TA - 190TB - 190TC - 190TD - 190TE - 190TF - 190TG - 190TH - 190TI - 190TJ - 190TK - 190TL - 190TM - 190TN - 190TO - 190TP - 190TQ - 190TR - 190TS - 190TT - 190TU - 190TV - 190TW - 190TX - 190TY - 190TZ - 190UA - 190UB - 190UC - 190UD - 190UE - 190UF - 190UG - 190UH - 190UI - 190UJ - 190UK - 190UL - 190UM - 190UN - 190UO - 190UP - 190UQ - 190UR - 190US - 190UT - 190UU - 190UV - 190UW - 190UX - 190UY - 190UZ - 190VA - 190VB - 190VC - 190VD - 190VE - 190VF - 190VG - 190VH - 190VI - 190VJ - 190VK - 190VL - 190VM - 190VN - 190VO - 190VP - 190VQ - 190VR - 190VS - 190VT - 190VU - 190VV - 190VW - 190VX - 190VY - 190VZ - 190WA - 190WB - 190WC - 190WD - 190WE - 190WF - 190WG - 190WH - 190WI - 190WJ - 190WK - 190WL - 190WM - 190WN - 190WO - 190WP - 190WQ - 190WR - 190WS - 190WT - 190WU - 190WV - 190WW - 190WX - 190WY - 190WZ - 190XA - 190XB - 190XC - 190XD - 190XE - 190XF - 190XG - 190XH - 190XI - 190XJ - 190XK - 190XL - 190XM - 190XN - 190XO - 190XP - 190XQ - 190XR - 190XS - 190XT - 190XU - 190XV - 190XW - 190XX - 190XY - 190XZ - 190YA - 190YB - 190YC - 190YD - 190YE - 190YF - 190YG - 190YH - 190YI - 190YJ - 190YK - 190YL - 190YM - 190YN - 190YO - 190YP - 190YQ - 190YR - 190YS - 190YT - 190YU - 190YV - 190YW - 190YX - 190YY - 190YZ - 190ZA - 190ZB - 190ZC - 190ZD - 190ZE - 190ZF - 190ZG - 190ZH - 190ZI - 190ZJ - 190ZK - 190ZL - 190ZM - 190ZN - 190ZO - 190ZP - 190ZQ - 190ZR - 190ZS - 190ZT - 190ZU - 190ZV - 190ZW - 190ZX - 190ZY - 190ZZ

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro 135538 - IM 1 - Paciente PAULO SUELO GURGEL DE BESSA
Nascimento 18/05/1961 - 58 anos - Internação 12/05/2019 18:18:27 - Leito ENFERMARIA 301A

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS DATO CIRURGICO

Tip. Regim. Sedação Anestesiologista Dr. Mateus
Tip. Fratura de Fêmur "D" Cirurgião Dr. Thiago Soares
Instrumentação Daniel + Felio Cirurgião Adjunto
Tipo de corte Oclusivo
Tipo de material para fechamento Não
Tipo de sangramento Não Hemostase correta SIM
Análise pré-operatória: Gato de Ceftriaxona
Medicação administrada

Antecedentes / Observações:
Cirurgia realizada em sala para suprir a necessidade cirurgica de FRATURA DO FÊMUR "D" com artroscopia via abert. 4.2% em meio médio para ABERTURA DAS PROVADEIRAS realizado sem intercorrências. Cliente encaminhado ao SPS em 02 ambulância para dor e estomatologia no tempo.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Portador de Infecção: Limpa

Dayvane Naveira da Silva Rodrigues

DAYVANE NAVEIRA DA SILVA RODRIGUES
Técnica de Enfermagem - 940.04

HOSPITAL MEMORIAL
Av. J. J. de Almeida, 579
190A - 190B - 190C - 190D - 190E - 190F - 190G - 190H - 190I - 190J - 190K - 190L - 190M - 190N - 190O - 190P - 190Q - 190R - 190S - 190T - 190U - 190V - 190W - 190X - 190Y - 190Z - 190AA - 190AB - 190AC - 190AD - 190AE - 190AF - 190AG - 190AH - 190AI - 190AJ - 190AK - 190AL - 190AM - 190AN - 190AO - 190AP - 190AQ - 190AR - 190AS - 190AT - 190AU - 190AV - 190AW - 190AX - 190AY - 190AZ - 190BA - 190BB - 190BC - 190BD - 190BE - 190BF - 190BG - 190BH - 190BI - 190BJ - 190BK - 190BL - 190BM - 190BN - 190BO - 190BP - 190BQ - 190BR - 190BS - 190BT - 190BU - 190BV - 190BW - 190BX - 190BY - 190BZ - 190CA - 190CB - 190CC - 190CD - 190CE - 190CF - 190CG - 190CH - 190CI - 190CJ - 190CK - 190CL - 190CM - 190CN - 190CO - 190CP - 190CQ - 190CR - 190CS - 190CT - 190CU - 190CV - 190CW - 190CX - 190CY - 190CZ - 190DA - 190DB - 190DC - 190DD - 190DE - 190DF - 190DG - 190DH - 190DI - 190DJ - 190DK - 190DL - 190DM - 190DN - 190DO - 190DP - 190DQ - 190DR - 190DS - 190DT - 190DU - 190DV - 190DW - 190DX - 190DY - 190DZ - 190EA - 190EB - 190EC - 190ED - 190EE - 190EF - 190EG - 190EH - 190EI - 190EJ - 190EK - 190EL - 190EM - 190EN - 190EO - 190EP - 190EQ - 190ER - 190ES - 190ET - 190EU - 190EV - 190EW - 190EX - 190EY - 190EZ - 190FA - 190FB - 190FC - 190FD - 190FE - 190FF - 190FG - 190FH - 190FI - 190FJ - 190FK - 190FL - 190FM - 190FN - 190FO - 190FP - 190FQ - 190FR - 190FS - 190FT - 190FU - 190FV - 190FW - 190FX - 190FY - 190FZ - 190GA - 190GB - 190GC - 190GD - 190GE - 190GF - 190GG - 190GH - 190GI - 190GJ - 190GK - 190GL - 190GM - 190GN - 190GO - 190GP - 190GQ - 190GR - 190GS - 190GT - 190GU - 190GV - 190GW - 190GX - 190GY - 190GZ - 190HA - 190HB - 190HC - 190HD - 190HE - 190HF - 190HG - 190HH - 190HI - 190HJ - 190HK - 190HL - 190HM - 190HN - 190HO - 190HP - 190HQ - 190HR - 190HS - 190HT - 190HU - 190HV - 190HW - 190HX - 190HY - 190HZ - 190IA - 190IB - 190IC - 190ID - 190IE - 190IF - 190IG - 190IH - 190IJ - 190IK - 190IL - 190IM - 190IN - 190IO - 190IP - 190IQ - 190IR - 190IS - 190IT - 190IU - 190IV - 190IW - 190IX - 190IY - 190IZ - 190JA - 190JB - 190JC - 190JD - 190JE - 190JF - 190JG - 190JH - 190JI - 190JJ - 190JK - 190JL - 190JM - 190JN - 190JO - 190JP - 190JQ - 190JR - 190JS - 190JT - 190JU - 190JV - 190JW - 190JX - 190JY - 190JZ - 190KA - 190KB - 190KC - 190KD - 190KE - 190KF - 190KG - 190KH - 190KI - 190KJ - 190KK - 190KL - 190KM - 190KN - 190KO - 190KP - 190KQ - 190KR - 190KS - 190KT - 190KU - 190KV - 190KW - 190KX - 190KY - 190KZ - 190LA - 190LB - 190LC - 190LD - 190LE - 190LF - 190LG - 190LH - 190LI - 190LJ - 190LK - 190LM - 190LN - 190LO - 190LP - 190LQ - 190LR - 190LS - 190LT - 190LU - 190LV - 190LW - 190LX - 190LY - 190LZ - 190MA - 190MB - 190MC - 190MD - 190ME - 190MF - 190MG - 190MH - 190MI - 190MJ - 190MK - 190ML - 190MN - 190MO - 190MP - 190MQ - 190MR - 190MS - 190MT - 190MU - 190MV - 190MW - 190MX - 190MY - 190MZ - 190NA - 190NB - 190NC - 190ND - 190NE - 190NF - 190NG - 190NH - 190NI - 190NJ - 190NK - 190NL - 190NM - 190NO - 190NP - 190NQ - 190NR - 190NS - 190NT - 190NU - 190NV - 190NW - 190NX - 190NY - 190NZ - 190OA - 190OB - 190OC - 190OD - 190OE - 190OF - 190OG - 190OH - 190OI - 190OJ - 190OK - 190OL - 190OM - 190ON - 190OO - 190OP - 190OQ - 190OR - 190OS - 190OT - 190OU - 190OV - 190OW - 190OX - 190OY - 190OZ - 190PA - 190PB - 190PC - 190PD - 190PE - 190PF - 190PG - 190PH - 190PI - 190PJ - 190PK - 190PL - 190PM - 190PN - 190PO - 190PP - 190PQ - 190PR - 190PS - 190PT - 190PU - 190PV - 190PW - 190PX - 190PY - 190PZ - 190QA - 190QB - 190QC - 190QD - 190QE - 190QF - 190QG - 190QH - 190QI - 190QJ - 190QK - 190QL - 190QM - 190QN - 190QO - 190QP - 190QQ - 190QR - 190QS - 190QT - 190QU - 190QV - 190QW - 190QX - 190QY - 190QZ - 190RA - 190RB - 190RC - 190RD - 190RE - 190RF - 190RG - 190RH - 190RI - 190RJ - 190RK - 190RL - 190RM - 190RN - 190RO - 190RP - 190RQ - 190RR - 190RS - 190RT - 190RU - 190RV - 190RW - 190RX - 190RY - 190RZ - 190SA - 190SB - 190SC - 190SD - 190SE - 190SF - 190SG - 190SH - 190SI - 190SJ - 190SK - 190SL - 190SM - 190SN - 190SO - 190SP - 190SQ - 190SR - 190SS - 190ST - 190SU - 190SV - 190SW - 190SX - 190SY - 190SZ - 190TA - 190TB - 190TC - 190TD - 190TE - 190TF - 190TG - 190TH - 190TI - 190TJ - 190TK - 190TL - 190TM - 190TN - 190TO - 190TP - 190TQ - 190TR - 190TS - 190TT - 190TU - 190TV - 190TW - 190TX - 190TY - 190TZ - 190UA - 190UB - 190UC - 190UD - 190UE - 190UF - 190UG - 190UH - 190UI - 190UJ - 190UK - 190UL - 190UM - 190UN - 190UO - 190UP - 190UQ - 190UR - 190US - 190UT - 190UU - 190UV - 190UW - 190UX - 190UY - 190UZ - 190VA - 190VB - 190VC - 190VD - 190VE - 190VF - 190VG - 190VH - 190VI - 190VJ - 190VK - 190VL - 190VM - 190VN - 190VO - 190VP - 190VQ - 190VR - 190VS - 190VT - 190VU - 190VV - 190VW - 190VX - 190VY - 190VZ - 190WA - 190WB - 190WC - 190WD - 190WE - 190WF - 190WG - 190WH - 190WI - 190WJ - 190WK - 190WL - 190WM - 190WN - 190WO - 190WP - 190WQ - 190WR - 190WS - 190WT - 190WU - 190WV - 190WW - 190WX - 190WY - 190WZ - 190XA - 190XB - 190XC - 190XD - 190XE - 190XF - 190XG - 190XH - 190XI - 190XJ - 190XK - 190XL - 190XM - 190XN - 190XO - 190XP - 190XQ - 190XR - 190XS - 190XT - 190XU - 190XV - 190XW - 190XX - 190XY - 190XZ - 190YA - 190YB - 190YC - 190YD - 190YE - 190YF - 190YG - 190YH - 190YI - 190YJ - 190YK - 190YL - 190YM - 190YN - 190YO - 190YP - 190YQ - 190YR - 190YS - 190YT - 190YU - 190YV - 190YW - 190YX - 190YY - 190YZ - 190ZA - 190ZB - 190ZC - 190ZD - 190ZE - 190ZF - 190ZG - 190ZH - 190ZI - 190ZJ - 190ZK - 190ZL - 190ZM - 190ZN - 190ZO - 190ZP - 190ZQ - 190ZR - 190ZS - 190ZT - 190ZU - 190ZV - 190ZW - 190ZX - 190ZY - 190ZZ

Scanned by CamScanner



PROTÓCOLO DE CIRURGIJA SEGURA

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Registro: 135542 H- 1. Documento: PAULO SUELOO GURGEL DE BESSA
Nascimento: 18/05/1954 58 anos Intervalo: 12/05/2019 12:14:21 END. ENFERMARIA 2019

ANTES DO ATQ CIRURGICO

9/8/2019 13:38:01

[illegible]

References

Observações:
 1. CLIENTE MONITORADO (A) NO L.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR ACOMPANHADO DO
 MANEIRO CONSCIENTE, OBTENDO (A) RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, T.O. FUNCIONANDO COM CATETER VENCLO
 EM NSO, N. 16, VIBRIZANDO SÓLEX E SEGUINDO OS CUIDADOS DA EQUIPE.

Opções de pagamento: **NÃO**

姓名: 王 强 学号: 123456789

ПРОБЛЕМА

जोषी NAO

Membro a lado da cirurgia **MIE**

Home Laboratory 8/94

Pisco Dringlo SUM

Radio X FIRE SIM-OTO-01

Atividade (mencionando o do esperado): NÃO

Optics Exam 1

LOREN-81980 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

或

Oxygenoterapia: O'AMBIENTE

Nível de conhecimento: **ORIENTADO**

Acesso gratuito **SRM**

Diurese SM

Academic NAG

Falco H&C

Singapore NAC

Temple: NAC

Hypotenuse: N/A

Rapport de Contrôle NAD

Medicação administrada

Ensayos de laboratorio

Encaminhado para o cliente de acordo com a fratura de fêmur, consciente, respirando em ambiente
na via aérea, com fratura de fêmur, com fratura de fêmur, com fratura de fêmur, com fratura de fêmur,
espontânea, fratura de fêmur, com fratura de fêmur, com fratura de fêmur, com fratura de fêmur,
segundo a companhia aérea, o letivo do magalhães e do de enfermagem,
verificado o SSV-PAC, com o MMHIS, PC-16, NPN-1, C-9002, 20-5.

Neurology 1993;43:1026-1029



Hospital Memorial de Natal
AV. JERONIMO LAMARCA, 979 - JARDIM SAO JOSE
FONE: (44) 3211-2000 FAX: (44) 3211-2001
HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL

EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Registro: 138549 - H.M. 138549-02

Data Internação: 12/05/2019 18:14:27

Parafuso

Paciente: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

Idade: 1804/1961 58 anos

Comorbidade:

Residência: Rua Coronel...

Endereço:

Cidade: MAU DOS FERROS

Bairro: SÃO BENEDITO

Exame:

DURANTE O ACOULHIMENTO 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 RESIDÊNCIA, 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

CONDIÇÃO HOSPITALAR

1. Não se trata de caso de emergência (caso de emergência hospitalar).
2. O paciente não possui condições de sair do hospital, pois apresenta fraturas expostas, lesões de cabeça e pescoço, além de lesões no tórax e abdômen.
3. O paciente não possui condições de se locomover, pois o hospital não possui recursos para isso.
4. Não houve lesões de membros superiores e inferiores, mas há lesões no tórax e abdômen.
5. Não houve lesões de membros superiores e inferiores, mas há lesões no tórax e abdômen.
6. Não houve lesões de membros superiores e inferiores, mas há lesões no tórax e abdômen.
7. Não houve lesões de membros superiores e inferiores, mas há lesões no tórax e abdômen.
8. Não houve lesões de membros superiores e inferiores, mas há lesões no tórax e abdômen.
9. Não houve lesões de membros superiores e inferiores, mas há lesões no tórax e abdômen.
10. Não houve lesões de membros superiores e inferiores, mas há lesões no tórax e abdômen.

ADRIELY CRISTINA LEAL DA LACERDA
CPF: 970.452.844-20

AL MEMORIAL
Av. Jerônimo Lamarc, 979
Fone: (44) 3211-2000 FAX: (44) 3211-2001
Cidade: MAU DOS FERROS
Bairro: SÃO BENEDITO



Resolução de Conselho de Classe

Nome: PAULO SERGIO OLIVEIRA DE MENEZES

1979 - 21.07.79

Nome: DR. ESTACIO

Reg. 155048

Paraná/PR

Unidade: UNICAMP

Endereço: RUA DE ALEXANDRE

Atividade: 1000181014

1131

572 - Prédio do Tribunal

Nota: As seguintes atividades são obrigatórias:

25/02/2019 10:00

Sala: 1200015 10:00

Horários de Atendimento

08:00 08:00 12:00

25/02/2019 10:00 - 08:00 - 08:00 - 12:00



DR. THIAGO JOSE GLORCEL CAMARA APARINA
CRM 5819

AL. HENRIQUE

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

AL. LAMARCA

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 26/10/2020 08:10:54

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102608105432300000059512044>

Número do documento: 20102608105432300000059512044

Num. 62044977 - Pág. 7



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62045958	26/10/2020 08:18	2758214_CONTESTACAO_Anexo_05	Requerimento Administrativo



Hospital Memorial de Natal
AV. ADELSON LAMARCA, 875 - JARDIM NATALIM
CEP: 54133-420 / Fone: (84) 3107-4200
Hospital Memorial de Natal

O DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFE

Paciente: PAULO SUELO GURGEL DE BESSA Registro: 135548 Nº Internação: 4
Nascimento: 18/05/1963 68 anos Data Internação: 12/05/2019 18:14:17 Leito: ENFERMARIA 301A
OBSE: PAT. GERAL
AS 12:30HS PACIENTE FOI ENCAMINHADO PARA D.O. ACOMPANHADO DE MAQUETA PARA
SUBMETER-SE A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

Edvânia

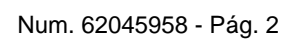
EDVÂNIA PEREIRA
EDVÂNIA PEREIRA

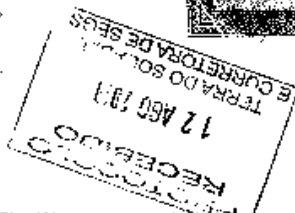
HOSPITAL MEMORIAL
UNIDADE ENFE
12/05/2019 18:14:17
EDVÂNIA PEREIRA

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner





VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
092.398.898

DATA DE
Emissão

08/05/2014

ELIMAR FREDRICO BARROS DE ALMEIDA

PLANO
JOSÉ EUSTÁQUIO BARROS DE ALMEIDA
MARCOS JOSÉ DUARTE FREDRICO DE ALMEIDA

MARCO
PAULO DOS FERREIS RM

COPIA DE CHAMANTE L-42 F-280 RB-0557
PAULO DOS FERREIS RM-2 CANTOR RQ


09/10.786.754-76

RESERVATÓRIO DE ALIMENTOS

23. 014

16/05/2014

16/05/2014

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA HERMOZ, 150, BALDO NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59028-250 CNPJ 08.924.166/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055189-0		 cosern Grupo Nacengia www.cosern.com.br		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligação Grátis: 116 Atendimento ao cliente a partir de 0800 281 0142 - Ouvidoria 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 723 0187 - Ligação Grátis de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167	
NOTA FISCAL / FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA		DADOS DO CLIENTE MARIA DA CONCEIÇÃO LOPES DE SOUZA CPF: 008.651.334-84 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA OZORIO AUGUSTO DE OLIVEIRA 261 DOMÍNIO GMELERA/AREA URBANA 59000-000 PAU DOS FERROS RN (As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br)			
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		RESERVADO AO FISCO 3AA9.ECA1.044D8.F8DB.0C24.F89A.3671.A72B		DATA DE VENCIMENTO 13/02/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 350,07	
DATA DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/02/2019 DATA DA REPRESENTAÇÃO 06/02/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 018204293		DATA DE VENCIMENTO 06/02/2019 DATA DA REPRESENTAÇÃO 06/02/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 018204293		CONTA CONTRATO 007006113898 Nº DO CLIENTE 307058392 Nº DA INSTALAÇÃO 0002326005	
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		DESCRIÇÃO Consumo Ativo(kWh) 478,00 9,70435034 QUANTIDADE PREÇO VALOR (R\$) 350,09 9,71 2,59 1,06 Contas, Ilum. Fidejuss Municipal Multa por atraso-MF 018257702 - 08/12/18 Juros por atraso-MF 018257702 - 08/12/18			
VEÍCULO 1401/19 06/02/19 177,66 Valor Di Roteav 06/02/19 177,66		EM ATÉ 15 DIAS, DEBEMOS EXISTIR EM CAUSAS DO CORRETO. 1401/19 06/02/19 177,66 Valor Di Roteav 06/02/19 177,66			
HISTÓRICO DE CONSUMO kWh 478 260 200 100 0 NOV 18 DEZ 18 JAN 19 FEV 19		Consumo Ativo(kWh) 478,00 9,70435034 QUANTIDADE PREÇO VALOR (R\$) 350,09 9,71 2,59 1,06 Contas, Ilum. Fidejuss Municipal Multa por atraso-MF 018257702 - 08/12/18 Juros por atraso-MF 018257702 - 08/12/18			

1/03/2019,

28 Via de Faluna

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 1 01043605948 RILITGO EXERCÍCIO 2019

NOME
PAULO SURUDO SURGEL DE BESSA

CPF / CNPJ 276.840.404-72 PLACA OWG9252

PLACA ANT. LUX OWG9252 /RN 9CZKC1650FR018207

ESPÉCIE / TIPO PASSAGEIRO / MOTOR / CILINDROS 4 / 1600 CC / 1600

MARCA / MODELO HONDA / CG 160 TITAN ES8 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP. POT. CL. 10CV/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

DATA ÚNICA	VENG. DATA ÚNICA	VENG. / COTAS
1º P 0.00	12/03/2019	1º PAGO
2º V PAIXA BRVA		2º PAGO
3º A 002809 32	R\$ *****	3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC1650FR018207

PAU DOS FERROS DATA 27/02/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE TRÁFEGO TERRESTRE, CIVIL POR SUA CARGA, 4 PESSOAS - TRÁFEGO URBANO OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013709352311 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 27/02/2019

VIA 1 276.840.404-72 PLACA OWG9252

RENATA 01043605948 MARCA / MODELO HONDA / CG 160 TITAN ES8

ANO FAB. 2015 CILINDROS 4 Nº CHASSI 9CZKC1650FR018207

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATIM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

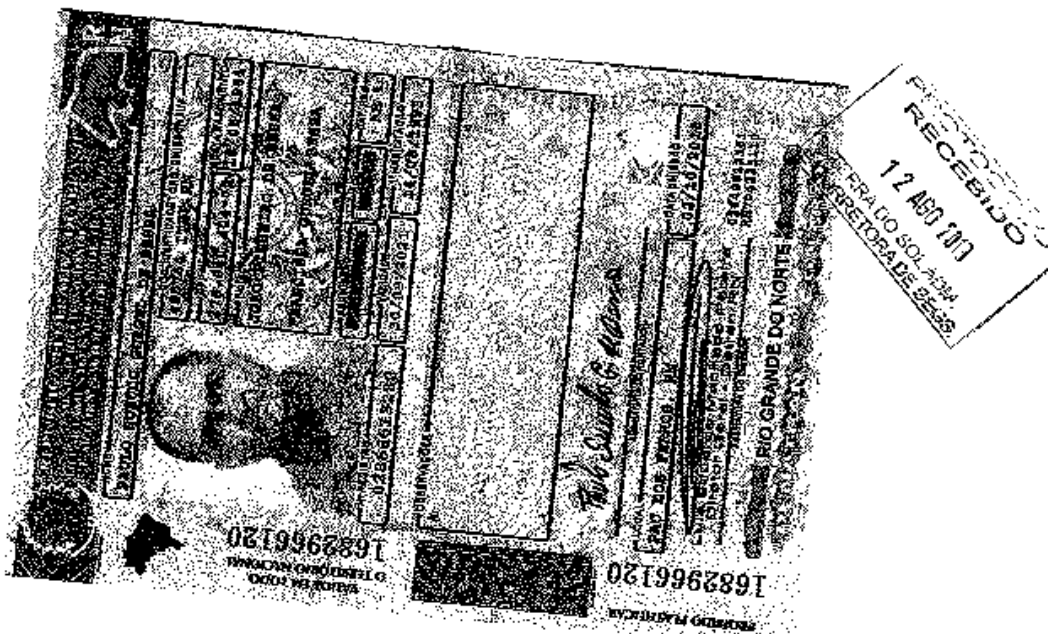
CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL COTAS / COTAS (R\$)

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.609/0001-06



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Paulo Suedo Gurgel de Bessa, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Advogado, Data do Acidente: 22/04/19
Cobertura Unidade portador(a) do RG 485.764, órgão expedidor
ITAP e Dams do CPF: 226.840.404-72, residente no(a)
Rua: Carlos Taurina nº 1059,
bairro: São Benedito, município: Pau dos Ferros / RN

OUTORGADO:

Nome: Renata Fabiana B. de Almeida,
brasileiro(a) estado civil: casada, Profissão: Recultora, portador(a) do
RG 002.308.898, órgão expedidor SEPIA do CPF: 090.786.734-76,
residente no(a)
apto 020801 de Almeida nº 261,
bairro: Imunizações Camaleão, município: Pau dos Ferros / RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

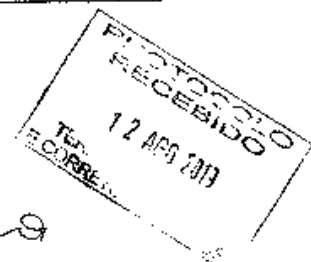
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pau dos Ferros, RN 21/05/2019
Local e Data

Paulo Suedo G. de Bessa
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade:
Paulo Suedo Gurgel de Bessa
Data: 21.05.2019
Assinatura: [Assinatura]
AVANÇADA DE MOTA PAIVA DIAS
PRL SUBSTITUTA - CPF 480.561.504

