

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON YEGO SILVA SOUZA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06998

CONTA: 000000024203-3

Autenticação:

1553697D9BCBB51779ADD0B8C89A396C52F9FBD6D0886FAF2C6BBB376AE04D51

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190216445 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON YEGO SILVA SOUZA **Data do acidente:** 23/03/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE Perna e CALCÂNEO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: APRESENTA LESÃO CICATRIZADA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO PLANTAR DO CALCÂNEO ESQUERDO, FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO DA Perna ESQUERDA, EDEMA DE TORNOZELO ESQUERDO, EXTENSÃO DE TORNOZELO ESQUERDO PERFAZENDO 10 GRAUS, HIPOTROFIA DE Perna ESQUERDA, DEAMBULA COM USO DE UMA MULETA, MARCHA CLAUDICANTE DE MIE.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



CIRURGIA GERAL - AMARELO

323

Paciente: 66814 - EDSON YEGO SILVA SOUZA (28 a 8 m 17 d)

Nascimento: 06/07/1989 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF:

Prof:

Mãe: DESCONHECIDA

Pat:

Logradouro: SAO JOSE, 1

CEP: 59129748

Bairro: LAGOA AZUL

Cidade: NATAL

Telefone: 84.999365797

Compl: (LOT J SARNEY)

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 23/03/2018 23:46:38

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: Colisão carro / moto - Fratura exposta tibia + fíbula + calcâneo na perna E + fratura fechada em patela E + escoriações no tórax

Hora: 23:55

Paciente trazido pelo SAMU em prontidão após colisão carro-moto no cruzamento da avenida Rio Grande do Norte com a Rua Visconde de Mauá. Usava capacete. Nega perda de consciente, vômitos e ingestão de bebida alcoólica.

Referiu dor em perna esquerda.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas pativas, sem restringir, retroalastra com ausculta

B DLT+, rítmico, rit. RA, S1-S2-3/4, em O2 ambiente

C Hemodinamicamente estável, com hemodinâmica alterada FC = 60 bpm

D ECG = 35

E Exames ECG com lesão do lado esquerdo, MLI esquerdo em��游離 ectópico, com valvula

CONFERE COM ORIGINAL
NATALRN 24/03/18 17:00
PROTÓCOLO: LIV
WASHINGTON LUIS C. SOMER
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT. 1011000

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome flácido e indolor

Pele estável

*Saída:

RECEBIDO
21 MAR 2018
TERRADO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGUROS

P. A. 24/03/18 02:25
Recebido em 24/03/18 02:25
Técnico: ADRIANO
Dra. Mariana Góis Médica

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Trauma

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 23 de Março de 2018. Nro. 2280 23/03/18 23:50:19
Técnico: ADRIANO

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Comissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2786 /2018

Prontuário: 1169600

Paciente: 66814 - EDSON YEGO SILVA SOUZA

CPF:

Cartão SUS:

Dt Nasc: 06/07/1989

Idade: 28 anos 8 meses 18 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: DESCONHECIDA

Nome do pai:

Rua/Av: SAO JOSE

Nº:1

Complemento: (LOT J SARNEY)

Bairro: LAGOA AZUL

CEP: 59129748

Cidade: NATAL

Telefone: 84 999365797 84 999365797

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1024

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: EDSON YEGO SILVA SOUZA -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ

Admissão: 24/03/2018 02:31:19 Alta: 07.07.18 Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: T02.3 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MULTIPLAS DE UM MEMBRO
INFERIOR
415010012 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 28/03/18
PROTÓCOLO: LN
WASHINGTON LUIS C. GOMES
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT: 181.320-0

NATAL, 24 de Março de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CR



Nome: Edilson Vago Silvero Souza

Leito: 303

Idade: 28 Anos

Data de Nascimento:

Nº Registro:

COM ORIGINAL
2010-06-18

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

18/06/18

Cirurgia Plástica

3º DPO fúnxecto de pele em calcâneo o.t + retâlho.

* Paciente evolui estável, sem queixas. Boas, apetite e fto preservado.

Condutor: Abriu curativo dia 21/06.

Dra. Camila +

19/06/18

Cirurgia Plástica.

4º DPO fúnxecto de pele em calcâneo o.t + retâlho.

Dra. Mariana Góis
Médica
CRM RN 8148

* Paciente evolui estável, sem queixas. Boas, apetite e fto preservado.

Condutor: Abriu curativo dia 21/06.

Dra. Camila +

20/06/18

Cirurgia Plástica.

* 5º DPO fúnxecto de pele em calcâneo o.t + retâlho.

* Paciente evolui estável, sem queixas. Boas, apetite e fto preservado.

* Condutor: Abriu curativo dia 21/06.

Dra. Camila + Dra. Mariana Góis
Médica CRM RN 8148

21/06/18

Cirurgia Plástica.

* 6º DPO fúnxecto de pele em calcâneo o.t + retâlho.

* Paciente evolui estável, sem queixas. Boas, apetite e fto preservado.

* Condutor: Abriu curativo hoje.

Dra. Camila +

Dra. Mariana Góis
Médica CRM RN 8148

Em Tempo: aberto curativo hoje. Enxerto com 100% de debridamento e área de retâlho apresentando segmento com área de epitelização.

OP: 1) curativo com óleo de glicerol ou suco de laranja de

prata m = abertura no alto estatística dia dia 25/06.

Dra. Mariana Góis
Médica CRM 2484

25/06

Nome

Edson Hugo Silva Souza

Leito:

323

Idade:

Nº Registro: 666.814

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR	
	CD	DR. RENALDO REZ
26/06 2018	<p>X Cirurgia Plástica</p> <p>11º DPO enxerto de pele em calcâneo E + Retalho Paciente estável, sem queixas. FE, sono e apetite preservados. CD: monitorizar observação pelo plástico até 02/07</p> <p>Suspensão Tránsito e Plesal</p>	Dra. Silvana Bezerra Cirurgia Plástica CRM - 3035
27/06 2018	<p>X Cirurgia Plástica</p> <p>12º DPO enxerto de pele em calcâneo E + Retalho Paciente estável, sem queixas. FE, sono e apetite preservados. CD: monitorizar observação pelo plástico até 02/07</p>	Dra. Silvana Bezerra Cirurgia Plástica CRM - 3035
28/06 2018	<p>X Cirurgia Plástica</p> <p>13º DPO enxerto de pele em calcâneo E + retalho Paciente estável, sem queixas. FE, sono e apetite preservados. Curativos: presença de fluido de granulocitos, com ponte de necrose. CD: monitorizar observação pelo plástico até 02/07</p>	<p>CONFERE COM ORIGEM ✓</p> <p>NATALINI ✓</p> <p>PROTÓCOLO: LIM ✓</p> <p>WASHINGTON LUIS O. GOMES ✓</p> <p>ASSIST. TEC. EM SAÚDE ✓</p> <p>MAT. 181.3200</p> <p>Dra. Renaldo Rez</p> <p>Dra. Renaldo Rez</p> <p>Dra. Renaldo Rez</p>

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edson Yeda Souza Souza

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica: Desbridamento + Retalho + Enxerto

Urgência () Eletiva (x)

INTERVENÇÃO

Data: 15/06/18 Início: 8:45

Término: 11:55

Duração:

Operador: Mário Serrano

CRM/CRO: 5658

1º Auxiliar: R. Mariana

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador: Antônio

Anestesista: Eliana

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

PACIENTE EM Posição Anatômica (decúbito dorsal) sob relaxamento muscular e anestesia e apneia de campo:

Incisão com scalpel de Adelmann 1:160.000 + lidocaína + epinefrina;

Retirada de tecidos de pele parcial com dermatomo seletivo;

Curtivo com Lycra + Acticort + Gaze + compressa + adesiva;

Desbridamento de tecidos desvitalizados, naqueles tecidos expostos e encravado osso exposto (mácula laranja);

Retalho de retalho de viagem para cobertura óssea;

Apoio de enxerto de pele e fricção com vicryl 4-0 e 5-0;

Curtivo a Lycra + Acticort + Gaze + Adesiva;

Curtivo sobre fascioma e placas de hidrocaoline;

Mário Serrano
CRM/RN 5658
CRM/SP 2874

0415040035 (3) 297 R\$ 543,08

+ 0401020029 (2) 297 R\$ 365,77

CONFERE COM ORIGINAL
NATALINI 24/06/18
PROTÓCOLO: 11
WASHINGTON LUIS C. GOMES
ASSIST. TEC. EN SAÚDE
MAR/18/2018

Coleta de material anatomo-patológico: (x) NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: (x) NÃO () SIM QUAL?



IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edson Vigo Silveira Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Trauma na MLE

Indicação terapêutica: Operação artroplastia de VWM Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: Mário Villar CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

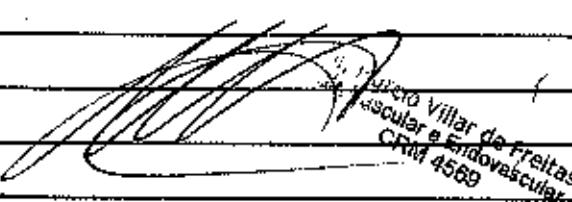
2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO: 24/03/18.

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Fazendo um levantamento sobre o paciente
- ② Considerando a entropia e colocação da prótese
- ③ Realizando a troca de prótese de articulação patelar
- ④ Eliminando lesão na lesão da articulação do joelho
- ⑤ Realizando parte da VWM () imposta
- ⑥ Observando que o paciente recupera-se
- ⑦ Realizando a anestesia 0406020434 (3) 177-
R\$ 1.142,89
- ⑧ Anete



Mário Villar da Freitas
CRM 4569
Médico Cirurgião e Endovenoscler

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de saúde pública, promovendo especial o tratamento de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos.

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIANI 28/03/18
PROTÓCOLO: LIV.
WASHINGTON LUIS S. GOMES
ASSISTENTE DE SAÚDE
MAYARA FONSECA
NASCIMENTO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

5- PACIENTE

EDSON YEGO SILVA SOUZA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

161425

7- CARTÃO NACIONAL SUS

705 6094 0448 5217

8- DATA DE NASCIMENTO

06/07/1969

9- SEXO

MASCULINO

10- RACIA/GR

PARDA

11- NOME DA MÃE

MÁRIA DE FÁTIMA SILVA SOUZA

12- FONE DE CONTATO

994411269

13- NOME DO RESPONSÁVEL

EDUARDO JOSE SILVA SOUZA (IRMAO)

14- FONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA SÃO JOSE 391 B

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

LAGOA AZUL

18- UF

RN

19- CEP

59129748

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fevereiro

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

OT - Inflamação

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Sa

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURODORA

40- N° DO BICHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNPJ DA EMPRESA

44- CBOR

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- CÓD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 10/01/2011

Assinatura

16/01/2011
16/01/2011



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

~~CONFERE COM ORIGINA~~

940

Assinatura
152396-1

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS) Paniculite

M (MEDICAÇÃO EM USO) Ning

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Ning

L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) Último alimento 03 horas

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) Descritivo

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de membro inferior E, torax em AP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

① Voltarem os amp. en

② VAT

③ Rx coronária. Cxal

Paciente com sintomatologia de trauma

PNTx, com dor abdominal

edox. Toxicológico. Dr. Mariana
CRM 1446

alta da Ortopedia Cxal

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

24-10-2008
62325-

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 Ortopedia

HORA: 00:10

DATA: 24/03/98

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

CONFERE COM ORIG.
NATALIA
PROTÓCOLARIA
WASHINGTON
WASHINGON
ASSIST. TEC. E.C. GONZALEZ
MAT. 161.220-010.019.107.15

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública

LAUDO PARA

SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO

Hospital Mário Lago - Belo Horizonte

Av. Presidente Vargas, 1200 - Centro - Belo Horizonte - MG

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Edson Yego Silveira Soárez

6 - N° DO PROTOCOLO

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/07/1989

9 - SEXO

MASCULINO

1

FEMININO

2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria de Fátima Silveira Soárez

11 - TÉLÉFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°)

13 - MUNICÍPIO

14 - BAIRRO

15 - UF

16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Última de colas de corvo + moto, com perfura de
mig + piso de substância

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

Necessidade de tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico + laio X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID INICIAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

TRAUMA MIG

T023

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - LEITO / CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNACAO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - DT SOLICITAÇÃO

30 - CNS / CPF

24.03.18

31 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURODORA

34 - BAÚ DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ

WASHINGTON LIMA
ASSIST. TEC. EM
MAT. 101.388.0

38 -

39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO

40 - CID PRINCIPAL

42 - CID SECUNDÁRIO

43 - DESCRIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

44 - () GRAVE

AS - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROP. AUTORIZADO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE
AVALIAÇÃO

54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNACAO
HOSPITALAR (AH)

46 - DT AUTORIZ.

51 - DT AUTORIZ.

48 - CNS / CPF

52

49 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº REG. CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARAMBO (Nº REG. CONSELHO)

010.019.105
010.019.106

Leito:	Idade:	Data de Nascimento:	Nº Registro:
--------	--------	---------------------	--------------

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR		
22/06/18	<p>* Cirurgia Plástica</p> <p>7º DPO Enxerto de pele em calcâneo E + Retalho</p> <p>* Paciente evolui estabil, sem queixas. Sono, apetite e FR preservados.</p> <p>* Consulta: Fim observação pelas plásticas até 25/06. Dr. Camilo +</p>		
	<p><i>José Alves Martins Médico / CRM 2484</i></p>		
23/06	<p>* Cirurgia Plástica</p> <p>8º DPO Enxerto de Pele calcâneo E + Retalho</p> <p>Paciente Estabil. Sem queixas. FE +</p> <p>Tecido ressintilizado no Retalho</p> <p>cp: 1) Retredamento cirúrgico</p>		
20/06	<p>Dr. Marcus Alves Pires de A. X. da Costa Cirurgia Plástica Estética / Restauradora CRM/PR 2289</p> <p>Dra. Mariana C. Góis CRM/PR 9148</p> <p><i>CONFERENCE URN: 2777 PROTÓCOLO: 14</i></p> <p><i>WASHINGTOM J. LUIS G. GOMES ASSIST. TEC. EM SAÚDE</i></p> <p><i>CD: manter observação até 02/07</i></p>		
24/06	<p>* Cirurgia Plástica</p> <p>9º DPO Enxerto de Pele calcâneo E + Retalho</p> <p>Paciente Estabil. FE + afibril</p> <p>Tecido ressintilizado no Retalho</p> <p>cp: 1) Retredamento no luto amarrado</p>		
20/06/18	<p>Dr. Mariana C. Góis CRM/PR 9148</p> <p>+ Dr. Fructuoso</p>		
23/06/18	<p>* Cirurgia Plástica</p> <p>10º DPO enxerto de pele calcâneo E + Retalho</p> <p>Paciente estabil. FE +, sem queixas, afibril</p> <p>Realizado abridamente no luto retirado ponto de nesse.</p> <p>CD: manter observação até 02/07</p>		
	<p><i>Dr. Mariana C. Góis CRM/PR 9148</i></p>		



Nome

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

29/06 ~~XXX~~ Cirurgia Plástica

2018

14º DPO: exsente de pcle em colâne E + retalho

Paciente evolui estavel, com queixas. Sono, apetite e ffn proposito

CD: Manteve observações p/la Plástica até dia 03/07.

D/lo. Rinaldo Ribeiro

Dra. Mariana Góis
Sexta, 06/07/2018

30/06 ~~XXX~~ Cirurgia Plástica

2018

15º DPO: Pm x 40 de Pcle colâne E + Retalho.

Paciente Estavel. Sem queixas.

00: 1) alta da cirurgia Plástica

2) transferido para Ortopedia.

Dr. Mariana Góis
Dra. Mariana Góis de A. A. 03/07/2018
Cirurgia Plástica
Estética e Restauradora
Mat. 2389

Dra. Mariana Góis
Dra. Mariana Góis
+ 125 mamas Aun/10

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 28/06/18 / 17
PROTÓCOLO: IV / 17 / 15

WASHINGTON LUIS C. GOMES
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT. 161.320-0

NAMNESE

Pé Balaia A.P.

EXAME FÍSICO

IX Tonel e AP / pnt

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Colisão Axial

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

24/03/18 Ontoprecho

OUTROS

00:30 - CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

fratura tarsal de base da Pata e Glânes e

Sofrimento avultado da

Vâmita

Ao cl.

TRAMADOL 100

DEksametazona 10

EP 100

Assinatura e Cárimeo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O.

CONFERENCIA DE MÉDICO

Médico (Cárimeo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após à sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P. NATALIANA
PROTÓCOLO IN
WASHINGTON
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT. 181.320-0

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edson Viana S. Gomes Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Necrose na calcaneoIndicação terapêutica: Desbridamento Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 01/10/08 Início: _____ Término: _____ Duração: _____Operador: Dr. Gustavo M. Soares CRM/CRO: _____

1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Pedi gos aberto
Ass. Drs. S. Antônio
Cir. Drs. S. L. V. Gomes
Desbrid. calcaneo + luxac.
Permeável tecido. Dren. 60 m. Atento
sutur. + curto

OBS AVAN. A CIR. DIAR.

*Dr. Gustavo M. Soares
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgião Geral
CRM: 5910*

0415040035(3)297

R\$ 543,08

*CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN 22/10/08
PROTÓCOLO: LIV. 18
WASHINGTON LUIS G. GOMES
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT: 1613204*

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

IDENTIFICAÇÃO

Nome: EDSON VIEIRA SOARES Reg. N°Diagnóstico pré-operatório: Prurido e Dolor Pélvico + cintura CoxalIndicação terapêutica: Fixação Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Cl. Liso Urticaria

Data: _____ Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Operador: Dr. Gustavo M. Soárez CRM/CRO: _____1º Auxiliar: Dr. Gustavo M. Soárez CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Parde 903 Agostini
Alveo e artigo
carpos + palmo
fixado extensão tns. arte
minal + palmo

OBS → PARDE CL Liso Urticaria
segundo abdôminal no abdô
mico no abdômico

0408080500 (4) 5822
+ 0702030406 R\$ 648,00 R\$ 846,36
0702030805 R\$ 18,00

Dr. Gustavo M. Soárez
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgião Geral

CONFERE COM ORIGINAL
 DATA/URN: 28/08/17
 PROTOCOLO/LIN: 1

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

WASHINGTON LUIS C. GOMES
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT.: 181.320-0

MAE MARIA DE FÁTIMA S FILHA
SOLTA
cel. 9849112309

SUS - FONTE: 00000000000000000000000000000000
ATEND: NO)
CPAI: NO)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
ANA PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. ORG. Nº 39

NOME: EDSON YEGO S FILHA SOLTA

IDADE: 06/07/1989 COR: PAREADO SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: NACIONAL PROFISSÃO: NO PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: RUA: SAC 391 BAIRRO: LAGOA AZUL

CIDADE: NAFAL DATA: 07-07-2018 HORA: 00:00 hrs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS:	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
----------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Trun Trun E

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 07/07/2018

Assinatura

152396-1

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

FA gene E

Nome do paciente		EDSON YEGO S. SOUZA		Nº prontuário
Data operação	120718	Enf.	Leito	
Operador	C. S. MACHADO		1º auxiliar	Pessoal
2º auxiliar			3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	LVCAL		Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de TIBIA DISTAL Esquerda			
Tipo de operação REVISADA DE FIXADOR EXTERNO				
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

PACKENTE SUB AEROTISMA ASSISTIDA
escuras DESCONECTADAS, RETIRADO PLEOS DE SCHONI'S
DO MASTIS, RETIRADO PLEOS DE SCHONI'S
CURATIVO

Dr. Capoio Magno P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologista
Perito em Traumatologia
CRM 2108 - TEO 5981
CPF: 188.304.804-44

CIRURGIAS MULTIPLES	04153106.2)
POLIVACINATIZADO	(04153106.1)
PROC. CLÍNICO	
PROC. CIRÚRGICO	0408060360
X CBO 225225	
X CBO 225270	
3 DIAS	784.1
CID	

CONFERE COPIA ORIGINAL
DATA: 15/07/18

Assinatura

156396/

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTACONFERE COM ORIGINAL
DATA: 15/01/96

Assinatura

152396

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ONCOLOGIA</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE _____ À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

*Ass. do Responsável
Confere com
Assinatura*

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome					Idade	Sexo		Cor
Data	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso		Outros	
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia			
	Urina							
Ap. respiratório					Asma	Bronquio		
Ap. circulatório					Eletrocardiograma			
Ap. digestivo			Dentes	Pescoco	Ap. urinário			
Estado mental			Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores		
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco		
Anestesias anteriores								
Medicação pré-anestésica			Aplicada às		Efeito			
Agentes Anestésicos	<input checked="" type="checkbox"/>							
Líquidos	<input type="checkbox"/>							
Oper.	<input type="checkbox"/>							
Anast.	<input checked="" type="checkbox"/>							
O Resp.	<input type="checkbox"/>							
P Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>							
SÍMBOLOS								
E								
ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
Agentes								
Técnica								
Operação								
Cirurgiões								
Anestesiistas								
Observações								
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					Perda sanguínea			

EDSON VIEGO BASTOS SOUZA

EDSON VIEGO BASTOS SOUZA
062-016-674-30 06/07/1989
ARMALDO SOBRE DE SOUZA
MARIA DE FÁTIMA SILVA
SOUZA

06/07/2013 25/07/2014

EDSON VIEGO BASTOS SOUZA
062-016-674-30 06/07/1989
ARMALDO SOBRE DE SOUZA
MARIA DE FÁTIMA SILVA
SOUZA

06/07/2013 25/07/2014

1031575181

1031575181

PROTÓCOLO
RECEBIDO
21 MAR 2013
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.



RECEBIDO
21 MAR 2019
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

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, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190216445

Vítima: EDSON YEGO SILVA SOUZA

Data do Acidente: 23/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON YEGO SILVA SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:	
	089718674-50	EDSON YEGO SILVA SOUZA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	089718674-50
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
ALC. DE PRODUÇÃO	SÃO JOSÉ	391	B
Bairro:	Cidade:	CEP:	59129-248
21601-4201	PARAÍBA	Tel. (DDD) 087-390612	
E-mail:			

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

DADOS CADASTRAIS

BENDA MENSAL:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____
AGÊNCIA: 6998	CONTA: 24203
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	
CONTA: _____	
(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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

Local e Data:	Local e Data: <i>PS TAL RN 20/03/19</i>	TESTEMUNHAS
Nome:	Nome: <i>RECEBIDO</i>	1º Nome: <i>RECEBIDO</i>
CPF:	CPF: <i>21 MAR 2013</i>	CPF: <i>21 MAR 2013</i>
Assinatura de quem assina A ROGO		TESTEMUNHAS
<i>Edson Yego Silva Souza</i>		1º Nome: <i>TERCEIRO SOL. ADM.</i>
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CPF: <i>EDSON YEGO SILVA SOUZA</i>
		2º Nome: <i>CORRETORA DE SEGUROS</i>
		CPF: <i>EDSON YEGO SILVA SOUZA</i>

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 clíndica teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

Itaú Banco Itaú S/A

PROTÓCOLO DEpósito DINHEIRO CAIXA ELETRÔNICO
BANCO 341 CTR 000001 20/03/2019 12.55.31

AGÊNCIA: 6998 CONTA POUPANCA: 24203-3/500
R\$ 2,00
EDSON SOUZA
CAIXA ELETRÔNICO 12607/1339-ALEGRE

DEPÓSITOS REALIZADOS APOS O HORÁRIO DE
EXPEDIENTE BANCÁRIO ESTÃO SUJEITOS A
EFETIVACAO SOMENTE NO DECORRER DO PRÓXIMO DIA
UTIL. DEPÓSITOS REALIZADOS AOS SABADOS,
DOMINGOS E FERIADOS SÃO EFETIVADOS NO DECORRER
DO PRÓXIMO DIA UTIL.

SE HOUVER DIFERENÇA NO ENVELOPE, SERÁ LANCADO
O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NÃO SERÁ ABERTO
E PERMANECERÁ POR 60 DIAS NA AGÊNCIA ONDE FOI
DEPOSITADO, PARA COMPROVACAO. NESTES CASOS,
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO
CLIENTE SERÁ CONFIRMADO E ESTORNADO NO EXTRATO.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190216445
Nome do(a) Examinado(a): Edson Yego Silva Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Jose, 391
Lagoa Azul Natal RN CEP: 59129-748

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 2625107

Data local do acidente: [23/03/2018]

Data local do exame: [02/04/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DE Perna e CALCÂNEO ESQUERDO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE Perna e CALCÂNEO ESQUERDO. TEVE LESÃO ARTÉRIA TIBIAL POSTERIOR E FOI SUBMETIDO A CIRURGIA. COLOCADO ENXERTO DA COXA ESQUERDA E COLOCADO NA REGIÃO DO CALCÂNEO ESQUERDO.

Data da Alta: 15/11/2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA LESÃO CICATRIZADA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO PLANTAR DO CALCÂNEO ESQUERDO, FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO DA Perna ESQUERDA, EDEMA DE TORNOZELO ESQUERDO, EXTENSÃO DE TORNOZELO ESQUERDO PERFAZENDO 10 GRAUS, HIPOTROFIA DE Perna ESQUERDA, DEAMBULA COM USO DE UMA MULETA, MARCHA CLAUDICANTE DE MIE.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

INVALIDEZ AO NÍVEL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM DISFUNÇÃO DE SEGMENTO.

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Urai de Oliveira

**DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315**



1 - LOCAL E DATA

Local Qua. 20 de Luiz da Silveira Bairro Aliança
Cidade Natal/RN P. Ref. PKT 24 46102
Data 23/03/2016 Hora do acidente 22:15 Hora do registro 22:30 Dia da semana Sexta

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NGB 7221 Cidade Natal UF RN
Marca/Mod. Honda CG 125 Fan KS Cor Preto Ano 2012/2013
Proprietário EDM PERONI PENGUIN DE LIMA Nº de Ocupantes 01
Condutor EDM PERONI PENGUIN DE LIMA Data de Nasc. 06/07/1980
Endereço 1000 Sítio Ampe Nº 391 Fone 9886722540
Bairro Vila Olaria Cidade Natal UF RN
CPF N° 089 186 549 50 CNH N° 06010558946 Validade 06/08/2018 Categoria B3
Local de Trabalho: _____ Fone: _____
End. _____ Nº _____ Bairro: _____ Cidade: _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYT 9452 Cidade Natal UF RN
Marca/Mod. GM CORSA Hatch M0XX Cor Preto Ano 2008/2009
Proprietário EDM PERONI PENGUIN DE LIMA Nº de Ocupantes 01
Condutor EDM PERONI PENGUIN DE LIMA Data de Nasc. 06/07/1980
Endereço 1000 Sítio Ampe da Silveira Nº 164 Fone 9991836709
Bairro Vila Olaria Cidade Natal UF RN
CPF N° 012 78006460 CNH N° 05181756895 Validade 22/12/2020 Categoria B
Local de Trabalho: _____ Fone: _____
End. _____ Nº _____ Bairro: _____ Cidade: _____ RECEBIDO

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

ASSINATURAS DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Av. José Luiz da Silva

Em que sentido? Volta para trás / Estrada da Redinha **Em que faixa?** De neutro

versão do condutor Ele era que trafegava normalmente na via acima citado quando o condutor de vei tempo das cete entrou a esquerda. Foi ai que vei bateu na lateral esquerda de vei

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? Av. José Luiz da Silva

Em que sentido? Estrada redinha / Volta para trás **Em que faixa?** De neutro

versão do condutor Ele era que trafegava normalmente na via acima citado quando deu de volta para o contrario. Foi quando o condutor de vei bateu no lado direito da direção de vei. O condutor de vei informa que o condutor de vei bateu no para chique do lado esquerda

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

99000

9. CONDIÇÕES DA PISTA

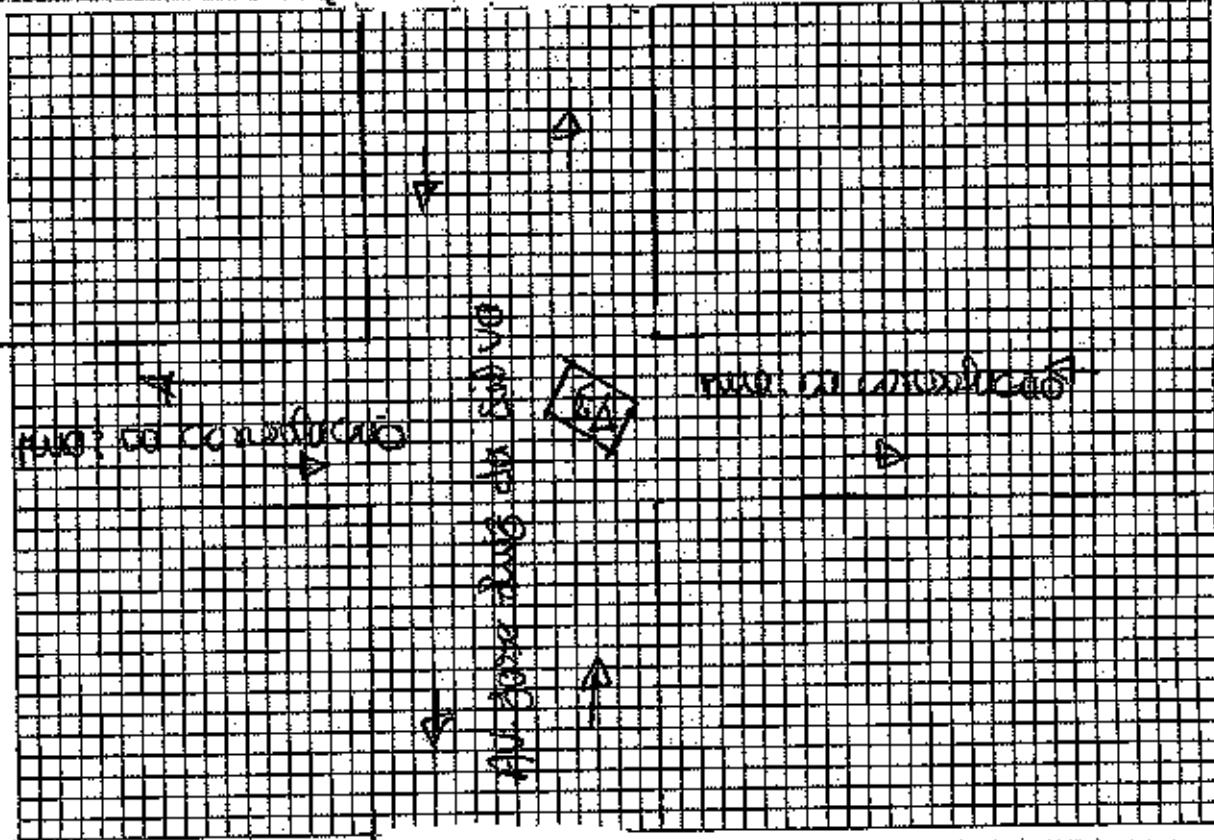
Luminosidade	Cond/Tempo	Tipo da Pista
<input type="checkbox"/> Ausanbecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto
<input type="checkbox"/> Pieno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Pantelepipêdo
<input type="checkbox"/> Ausoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto
<input checked="" type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Concalho
<input type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros

Caract./Pista	Cond./Pista
<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada
<input type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Iundada
<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água
<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa
<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada
<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras
<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco
<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia
<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entravamento	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>

Sinalização
<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
<input type="checkbox"/> Lombada elétrônica
<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

9. CROQUEDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

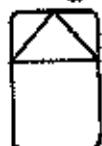
- ÁRVORE
- VESTÍGIOS
- SEMÁFORO
- PEDESTRE
- BICICLETA OU MOTO
- CARRO DE PEQUENO PORTO
- CAMINHÃO OU ÔNIBUS
- CARRETA



10. AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

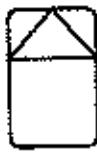
AVARIAS DO VEÍCULO 1

fronte completa, cortejo em
traseiro.

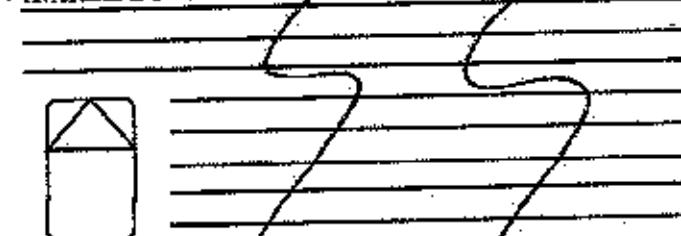


AVARIAS DO VEÍCULO 2

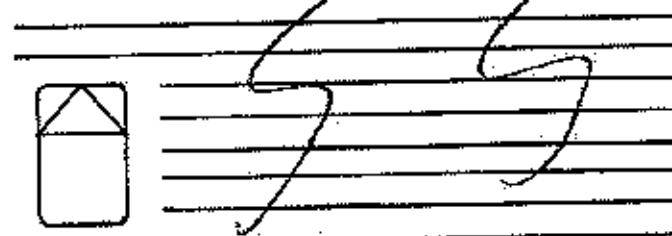
traseiro que
fazendo o painel farrinha, no
fundo. farrinha, o a coto



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



13. Vítima condutora V1 V2 V3 V4 Passageira V5 V6 V7 V8 Passageiro de V9 V10 V11 V12 Condutor para: _____

Nome: Edson Rego Sampaio Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 06/10/1989
 RG N°: 100.000.000-0 Prescrita: Testemunha:
 Endereço: Av. 10 de Novembro, 1000 - Centro N°: 391 Fone: _____
 Bairro: Centro Cidade: Notab UF: CE
 Versão: _____

Assistente: _____ Hora: _____

14. Vítima condutora V1 V2 V3 V4 Passageira V5 V6 V7 V8 Passageiro de V9 V10 V11 V12 Condutor para: _____

Prescrita: Testemunha:
 Nome: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 RG N°: _____ N°: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

Assistente: _____ Hora: _____

15. Vítima condutora V1 V2 V3 V4 Passageira V5 V6 V7 V8 Passageiro de V9 V10 V11 V12 Condutor para: _____

Prescrita: Testemunha:
 Nome: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 RG N°: _____ N°: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

Assistente: _____ Hora: _____

16. Vítima condutora V1 V2 V3 V4 Passageira V5 V6 V7 V8 Passageiro de V9 V10 V11 V12 Condutor para: _____

Prescrita: Testemunha:
 Nome: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 RG N°: _____ N°: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

Assistente: _____ Hora: _____

16. SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Exp.: _____ N°: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

17. IMAGENS / FOTOS SIM NÃO **ALTA/ACAO** SIM NÃO **ALTA/N** CÓPIA/DESP.

18. OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
O veiculo de V1 foi entrague as 21:20:28 Edvinao M. D. U. S. no endereço Rua 10 de Novembro n° 391 Bairro Centro Sampaio no dia 28/03/2018
VEF 052 053 969 X 27-03-2018 Edvinao M. D. U. S.
V1 foi retornado do toco do imóvel

Nome Completo do Agente: Carlos Alberto Rodrigues Pereira
 POSTO/GRAD.: CB PM N°: 99092 Viatura: DCE 107 Subunid.: 1º Of. Distrito
 Local e Data: Notab, 28 de Março de 2018 Assinatura do Agente de Trânsito: CB



PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



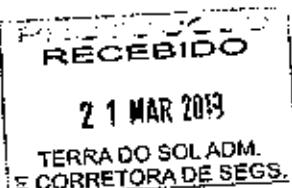
SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **EDSON YEGO DA SILVA SOUZA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 23/03/2018, aproximadamente às 23h03min, na Avenida José Luiz da Silva, Nossa Senhora da Apresentação, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 196706/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 31 de julho de 2018.

Everton da Silva Rocha
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula nº 61.696-08



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

NP: 196706/1

Data: 23/03/2018

CHAMADO

TARM: ANA KARENINA FREIRE DE MEDEIROS

Médico Regulação: EDMILSON ALBUQUERQUE

Rádio Operador: EWERTON ALEXANDRE VIEIRA SANTOS

Médico Cena: MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 15 (BASE DESCENTRALIZADA NEÓPOLIS)

Equipe VTR: HERALDO DA CONCEIÇÃO PINHEIRO - CONDUTOR DE VEÍCULO
DE EMERGÊNCIA
SALOMÃO WAGNER MORAIS - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

/ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Telefone: (84) 98888-8500

Nome do Solicitante:

EDSON DIEGO SILVA SOUZA

Idade: *

24 ANO(S) ▼

Sexo: *

MASCULINO ▼

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AV. JOSÉ LUIZ DA SILVA

Nº: VP

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Outro Bairro:

Referência/Complemento: CIDADE PRATA// PX. 24 HORAS CONVENIÊNCIA/// PX. ACADEMIA VIT SAÚDE// ACESSO AV. JOSÉ LUIS DA SILVA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

23/03/2018 22:20:40 - Dr(a). EDMILSON ALBUQUERQUE

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO CARRO-MOTO, COM FERIMENTOS EM MEMBROS INFERIOR.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apóio:

MOVIMENTOS DO CHAMADO

Chamado:

23/03/2018

22:19:21

Saída Local:

23/03/2018

22:59:15

Regulação Médica:

23/03/2018

22:20:40

Chegada Destino:

23/03/2018

23:44:46

Solicitação VTR:

23/03/2018

22:22:30

Liberação Destino:

24/03/2018

00:10:31

Saída VTR:

23/03/2018

22:22:32

Liberação VTR:

24/03/2018

00:10:33

Chegada Local:

23/03/2018

22:30:29

Observação do Apoio:

CONVÉNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?* Sim Não Não informado

CONDUTA

 Remoção**Condução Equipe de Enfermagem:**23/03/2018 22:58:59 - COMUNICADOR
TARM:DIANA// FEITO CONDUTA COM DR:TARSILO NO POLITRAUMA. CIENTE DA CHEGADA DO PACIENTE.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

 Aguardando Vaga**Estabelecimento:**

NATAL - HOSPITAL WALFRÉDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELEÇÃO -

H. ligação ao serv prop.:

00:16



F:

Recebido por:**Número do conselho:****Número da ficha de Remoção:** Vaga Negada Vaga Zero**Motivo da entrada:****Ass:**

PERTENÇAS

Nome receptor:**Cargo receptor:****Descrição das pertences:****Local deixado pertences:****Data:****Ass:**