

# ITAÚ – 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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 13860 /2018

Admissão: 23/03/2018 23:50:19

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

Pai:

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

### HISTORIA - 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 prancha após colisão carro-moto na proximidade de 2h30. Usava capacete. Negou perda de consciência, vômitos e ingestão de bebida alcoólica.

Refere dor em perna esquerda:

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL RN 28/08/18  
Fis: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas livres, sem ruídos, rales e crepitações.
- B MU+, simétricas, al. RA, Sat - 99% em O2 ambiente.
- C Hemodinamicamente estável, com hemorragias distais FC = 60 bpm.
- D ECG = 35
- E Escoriações em tórax do lado esquerdo. MUI esquerda em posição extensora, com edema.

WASHINGTON LUIS C. GOMES  
ASSIST. TEG. EM SAÚDE  
MATI 1818002

### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen flácido e indolor

Pele estável

RECEBIDO

21 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

Realizado em 24-03-18 Hora 03:25

Técnico: ADRIANO

\*Saída: -

Dra. Mariana C. Góis

Médica

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Trauma

# HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

missão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2786 /2018

Prontuário: 1169600

Paciente: 66814 - EDSON YEGO SILVA SOUZA

Cartão SUS:

CPF:

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

Bairro: LAGOA AZUL

Complemento: (LOT J SARNEY)

CEP: 59129748

Cidade: NATAL

Telefone: 84 999365797 84 999365797

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1024

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 MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR  
415010012 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

## RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL RN, 28/08/18  
PROTOCOLADO: LIV + Fis:

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

NATAL, 24 de Março de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CR



Nome: Edmon Vago Silva Souza

Leito: 303

Idade: 28 An.

Data de Nascimento:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

18/06/18

# Cirurgia Plástica #

3º DPD Exame de pele em calcâneo p.E + metatarso.

\* Paciente evolui estável, sem queixas. Sono, apetite e FE preservados.

Condutor: Abriu curativo dia 21/06.

Dra. Carmila +

19/06/18

# Cirurgia Plástica #

4º DPD Exame de pele em calcâneo p.E + metatarso.

\* Paciente evolui estável, sem queixas. Sono, apetite e FE preservados.

Condutor: Abriu curativo dia 21/06.

Dra. Carmila +

20/06/18

# Cirurgia Plástica #

\* 5º DPD Exame de pele em calcâneo p.E + metatarso.

\* Paciente evolui estável, sem queixas. Sono, apetite e FE preservados.

\* Condutor: Abriu curativo dia 21/06.

Dra. Carmila +

21/06/18

# Cirurgia Plástica #

\* 6º DPD Exame de pele em calcâneo p.E + metatarso.

\* Paciente evolui estável, sem queixas. Sono, apetite e FE preservados.

\* Condutor: Abriu curativo hoje.

Dra. Carmila +

Em Tempo: Aberto curativo hoje. Exato com 100% de debridamento e área de retalho apresentando somente com área de epitelização.

Op. 1.1. Curativo com óleo de Gonal e Sulfadiazina de

Nome: Edson Yury Silva SouzaLeito: 323

Idade:

Nº Registro: 666814

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
26/06 2018	<p><u>X Cirurgia Plástica</u></p> <p><u>1.º DPO inseto de pele em calcâneo E + Retalho</u></p> <p><u>Paciente estável, sem queixas, FE, sono e apetite preservados.</u></p> <p><u>CD: monitor observação pela plástica até 02/07</u></p> <p><u>Suspensão Tramal e Plasil.</u> <u>Dr. Rinaldo Reis</u></p> <p><u>Dra. Silvana Becker</u> Cirurgia Plástica CRM: 8035</p>
27/06 2018	<p><u>X Cirurgia Plástica</u></p> <p><u>1.º DPO inseto de pele em calcâneo E + Retalho</u></p> <p><u>Paciente estável, sem queixas, FE, sono e apetite preservados.</u></p> <p><u>CD: monitor observação pela plástica até 02/07</u></p> <p><u>CONFERE COM ORIGINAL</u> NATALIN. <u>28/06</u> PROTOCOLO: <u>LIT.</u></p> <p><u>Dr. Rinaldo Reis</u></p>
28/06 2018	<p><u>X Cirurgia Plástica</u></p> <p><u>1.º DPO inseto de pele em calcâneo E + retalho</u></p> <p><u>Paciente estável, sem queixas, FE, sono e apetite preservados.</u></p> <p><u>Curativos: Presença de tecido de granulação, sem pontos de necrose.</u></p> <p><u>CD: monitor observação pela plástica até 02/07</u></p> <p><u>Dr. Rinaldo Reis</u></p> <p><u>WASHINGTON LUIS O. GOMES</u> ASSIST. TEC. EM SAÚDE MAT: 181.320-0</p> <p><u>Dra. Mariângela Góis</u> Médica CRM: 9145</p>

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISED - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 3
	9-12 = 2
	6-8 = 1
	4-5 = 0
	3 = 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 3
	20-30 = 2
	4-30 = 1
	1-30 = 0
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	≥ 90 = 3
	70-90 = 2
	50-70 = 1
	40 = 0
	0 = 0

<sup>2</sup>Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de lesões fechadas. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacoa WJ. Copes, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 29/1: 824, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCM  
(ATLS 2005)\*

03 - 08 grave (necessidade de  
atuação imediata);  
09 - 13 moderado;  
14-15 leve

<sup>1</sup> References: TEASDALE G. JENNET. B. Assessment of comatose and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1975;2:81-84.

\*A pesquisa propõe aplicar a doença conhecida a que colidem com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa aplicamos ao doente qualificação e hierarquia de sua dor de acordo com as seguintes definições:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Mor Possível
0	1	2	3	4

IDENTIFICAÇÃO

Nome: EDSON YAGO SILVA SOUZA

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica: DEBRIDAMENTO + RETALHO + EXERCETO Urgência ( ) Eletiva (X)

INTERVENÇÃO

Data: 15/06/18 Início: 8:45 Término: 11:55 Duração:

Operador: MARIO SERRANO CRM/CRO: 5658

1º Auxiliar: R. MARIANA CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: AMANDA

Anestesista: ELIANA CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

PACIENTE EM POSIÇÃO ANATÔMICA (DEBRIDAMENTO) SOB PANSUMETOS, ANESTESIA E APOIO DE CAMPOS;  
INFILTRAÇÃO COM SORO DE ADRENALINA 1:160.000 + LIDOCAÍNA + BUPIVAICAÍNA;  
RETRAIÇÃO DE LÂMINA DE PÉIS POR UM COM DERMATOSSOMO ELÉTRICO;  
CURATIVO COM RYOON + ACTICONT + GASES + COMPRESSA + ATADOURAS;  
DEBRIDAMENTO DOS VEDOS DENTITÓRIOS, INCLUSIVE TENDÃO ESFÍNTER E  
EXERCETO OSSO EXFÓRTO (MARGEM LATERAL);  
ROTAÇÃO DE RETALHO DE VENTILANÇA PARA COBERTURA OSTEAL;  
APOSENTO DE EXERCETO DE PÉIS E FIBRAÇÃO COM VICRYL 4-0 e 5-0;  
CURATIVO 4 RYOON + ACTICONT + GASES + ATADOURAS;  
CURATIVO SOBRE FASCÍOTOMIA E PLACAS DE HODGKINS.

Mário Serrano  
CRM/CRO 5658

0415040035 (3) L97 R\$ 543,08  
+ 0401020029 (2) L97 R\$ 365,77

CONFERE COM ORIGINAL  
NATALIA  
PROTÓCOLO: 28108  
WASHINGTON LUIS O. GOMES  
ASSIST. TEC. EM SAÚDE  
MAT. 161.320-0

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

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





## IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edson Vago Filho Souza Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Transtrabeculação MLEIndicação terapêutica: Bypass na artéria T1 e VM 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 Perforar um dentado lateral na artéria
  - ② Amputação de artéria e colocação de clamp
  - ③ Realizar exploração de artéria lateral posterior
  - ④ e abreviada lateral na base distal do per
  - ⑤ Realizar ponte de VM @ imediata
  - ⑥ Abreviada ponte após revascularizar
  - ⑦ Realizar ponte lateral
  - ⑧ Amputação
- 0406020424 (3) I77.  
R\$ 1.142,89

*[Assinatura]*  
Mário Villar de Freitas  
CRM 4569

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

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

CONFERE COM ORIGINAL  
NATALIAN, 28/03/18  
PROTÓCOLO: LIV.

WASHINGTON LUIS S. GOMES  
ASSISTENTE EM SAÚDE  
MAT. 481.328.0



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 DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

## Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

EDSON YEGO SILVA SOUZA

161425

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

705 6094 0448 5217

06/07/1989

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA DE FATIMA SILVA SOUZA

994411269

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

EDUARDO JOSE SILVA SOUZA (IRMAO)

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA SAO JOSE 391 B

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

NATAL

LAGOA AZUL

RN

59129748

## Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOE

38- ( ) AC. TRABALHO TUAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COO. ÓRGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL  
DATA: 15/08/2016

Assinatura

152396



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		161425	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
07/07/2018	12:04		
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
EDSON YEGO SILVA SOUZA		06/07/1989	
ESTADO CIVIL		PROFISSAO	
SOLTEIRO		SORVETEIRO	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA SAO JOSE 391 B			
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP
NATAL	LAGOA AZUL	RN	59129748
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE	
FILIAÇÃO		ARNALDO JOSE DE SOUZA	
MARIA DE FATIMA SILVA SOUZA			
RESPONSÁVEL		TELEFONE	
EDUARDO JOSE SILVA SOUZA ( IRMAO )		994411289	
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSAO		ALTA	OBITO

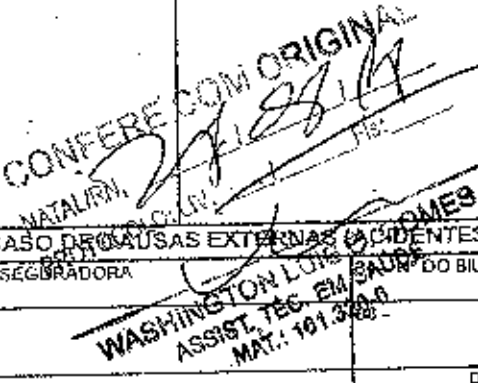
## HISTORIA CLINICA

CONFERE COM ORIGINAL  
DATA  
Assinatura  
152396-L

5

V (PASSADO VACINAL) Desconheço

WASHINGTON  
ASSIST. SEC. FOR GOV.  
MAT. 161-220-1010.019.107.15

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Municipal de Natal				LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIT	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE			4 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE <b>Edson Yago Silva Souza</b>			6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>06/07/1989</b>	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Mona de Fátima Silva Souza</b>			11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)		13 - MUNICÍPIO		14 - BAIRRO	15 - UF
				16 - CEP	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Última de colisão com X moto, com fratura de MIE + uso de substâncias.</b>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>Necessidade de tratamento cirúrgico</b>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <b>Exame clínico + Raio X</b>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Trauma em MIE</b>	21 - CID INICIAL <b>T023</b>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>0308040019</b>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
				29 - DT SOLICITAÇÃO <b>24.03.18</b>	
				30 - CNS / CPF	
				31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE		35 - BÔNUS	
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -		39 -	
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO	40 -		41 -		
41 - CID PRINCIPAL	42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA		
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROP. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNS / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.
				52 -	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
				54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHT)	

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 estável, sem queixas. Sono, apetite e FE preservados.</p> <p>* Conduta: Em observação pela Plástica até 28/06/18</p> <p>Dra. Carmila + Dra. Mariana</p> <p>João Alves Martins Médico / CRM 2484</p>
23/06/2018	<p># Cirurgia Plástica</p> <p>8º DPO Enxerto de pele calcâneo E + Retalho</p> <p>Paciente Estável. Sem queixas. FE+</p> <p>Tecido Revitalizado no Retalho</p> <p>CD: 1) Projeção Redondamento anatomico</p> <p>Dr. Marcos Aurélio Pires de A. X. da Costa Cirurgia Plástica Estética / Restauradora CRM 1381-2360</p> <p>Dra. Mariana</p> <p>CONFERE COM ORIGINAL PROT. COLO: LV WASHINGTON LUIS P. GOMES Médico - 1320-0</p>
24/06/2018	<p># Cirurgia Plástica</p> <p>9º DPO Enxerto de pele calcâneo E + Retalho</p> <p>Paciente Estável. FE+ apêndice</p> <p>Tecido Revitalizado do Retalho</p> <p>CD: 1) Redondamento no leito amonto</p> <p>Dra. Mariana C. Góis Médica Cirurgia Geral CRM 9148</p> <p>+ Dr. Freitas</p>
25/06/18	<p>* Cirurgia Plástica</p> <p>10º DPO enxerto de pele calcâneo E + Retalho</p> <p>Paciente estável. FE+, sem queixas, apêndice</p> <p>Realizado Redondamento no leito, retirado ponto de sutura.</p> <p>CD: manter observação até 02/07</p> <p>Dr. Marcos Aurélio Pires de A. X. da Costa</p> <p>Dra. Mariana C. Góis</p>



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EVOLUÇÃO  
MULTIDISCIPLINAR

Nome:

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
29/06 2018	<p><b>Cirurgia Plástica</b></p> <p>14º DPO. Imaturo de pele em calcâneo E + retalho.</p> <p>Paciente evolui estável, sem queixas. Bom apetite e EE preservado.</p> <p>C.D. Manter observações pela Plástica até dia 02/07.</p> <p><i>Dr. Rivaldo Reis</i></p>
30/06 2018	<p><b>Cirurgia Plástica</b></p> <p>15º DPO. Exat 48 de pele calcâneo E + Retalho.</p> <p>Paciente Estável. Sem queixas.</p> <p>ao: 1) alta da cirurgia Plástica</p> <p>2) encaminhado para ortopedia.</p> <p><i>Dr. Manoel Elcio Pinheiro A. N. da Costa</i> Cirurgia Plástica Reconstrução e Restauradora CRM/RN-2389</p> <p><i>Dra. Mariana D. Góes</i> M. Cirurgia Geral 9148 + 123 manuseio amêlis</p>
	<p>CONFERE COM ORIGINAL</p> <p>NATAL/RN, 28/08/18</p> <p>PROTOCOLO LIV. <i>[assinatura]</i> Pls.</p> <p><i>WASHINGTON LUIS C. GOMES</i> ASSIST. TEC. EM SAÚDE MAT.: 181.320-2</p>

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

NOME:

R. Baia AP

EXAME FÍSICO

R. Tórax e AP / pulm

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Coluna Axial

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

LABORATÓRIO

24/03/18 Ortopedia

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

fratura exposta de osso da perna e glúteo e

Soluto amputação da perna.

AO CL

TRAMADOL 100  
DEXAMETASONA 10  
EP 100

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 1/1 HORA:

SAÍDA:

DATA: 1/1 HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: 1/1

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 1/1 HORA:

SAÍDA:

DATA: 1/1 HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: 1/1

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐





GOV. DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Salgueiro

BOLETIM  
OPERATÓRIO

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edson Viana S. Gomes Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Neoplasia na Cápsula daIndicação terapêutica: Desbrincado Urgência ( ) Eletiva ( )

## INTERVENÇÃO

Data: 18/4/10 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

Para os AtoresAssist. de AnestesiaCar. de L. VianaDesbrincado Cápsula + L. VianaRemoção de tecido da cápsula + L. VianaOBS AVAN. na Cápsula.Dr. Gustavo M. Soares  
Oncologista e Radioterapeuta  
CRM 5410

0415090035(3)/297

R\$ 543,08

CONFERE COM ORIGINAL  
NATALRN, 28/08/10

PROTOCOLO LIV.

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

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

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

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: OTISOL YEGO S. SOUZA Reg. Nº: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico pré-operatório: Trat. Gx Dur. Peres + crural Cox  
 Indicação terapêutica: FIXAÇÃO Urgência ( ) Eletiva ( )

### INTERVENÇÃO

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
 Operador: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
 1º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_  
 Anestesista: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

1. PAINTE 503 ALISTAR  
 2. ALERGI. E ALERGEN.  
 3. CALDOS + ALAOCAL  
 4. FICADO EXTERNO TUA. ALERGI.  
 5. ALERGI. + ALAOCAL

OBS → PAINTE CL LHO VASCULAR  
 SENDO ABDUZIADO NO AXO  
 DUO DE ALMUSO

0408050500 (4) 5822  
 + 0702030406 R\$ 648,00 R\$ 846,36  
 0702030805 R\$ 28,00

Dr. Gustavo M. Soares  
 Ortopedista e Traumatologista  
 CRM 5419

CONFERE COM ORIGINAL  
 NATALIN: 28.08.12  
 PROTOCOLO LIV. \_\_\_\_\_

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.: 161.320-0

MAE: MARIA DE PAZEMA FELIX  
SOUSA  
cel. 9084911209

SUS: 1000 2-13-13  
IDENT: NO  
LPI: 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 ORT Nº 19

NOME: EDSON YEGO SOUSA SOUSA  
IDADE: 06/07/1989 COR: PAROA SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: NATAL PROFISSÃO: NO PROCEDÊNCIA:  
ENDEREÇO: RUA SAZ 3055, 391 BAIRRO: LAGOA AZUL  
CIDADE: NATAL DATA: 07-07-2018 HORA: 10:00 AM

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐  
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

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	TA.
-------	------------	-------	-----

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Queda por escada

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL  
DATA: 07/07/2018  
Assinatura: [assinatura]  
1152396-1

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de fêmur



Hospital

Nome do paciente

EDSON YEGO S. SOUZA

Nº prontuário

Data operação

12/07/18

Enf.

Leito

Operador

CARLOS MAGNO

1º auxiliar

Pessoal MAGNO

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiista

LOCAL

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRACTURA DE TIBIA DISTAL ESQUERDA

Tipo de operação

REPARAÇÃO 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 - víceras

PACIENTE SOB ANESTESIA ASSÉPTICA  
CAUROS, DISCONNECTADOS FIMES RETIRAS  
DO AOSTES, RETIRADO PUNHO DE SCHWAB  
CURATIVO

Dr. Carlos Magno P. do Carmo  
Anestesiista - Traumatologia  
Perito em Traumatologia  
CRM 2108 - IEO 5981  
CPF: 188.304.804-44

CIRURGIAS MÚLTIPLAS

(04152100.2)

POLITRAUMATIZADO

(0415030013)

PROC. CLÍNICO

PROC. CIRÚRGICO

0408060360

CBO 225225

CBO 225270

2 DIAS

CID 784.1

CONFERE COM ORIGINAL  
DATA

Assinatura

1583961

## 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"/> ORTOPIEDIA	<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"/>

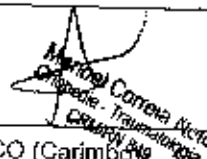
## CONDUTA

CONFERE COM ORIGINAL

DATA: 15/03/2019Assinatura: [assinatura]

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 ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
 MÉDICO (Garimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário		
Nome					Idade		Sexo	Cor	
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso		Outros		
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia				
	Urina								
Ap. respiratório					Asma		Bronquite		
Ap. circulatório					Eletrocardiograma				
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário				
Estado mental			Atarácicos	Corticóides	Alergia		Hipotensores		
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco		
Anestesias anteriores									
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito			
Agentes Anestésicos									
Líquidos									
Oper.									
Anest.									
O Resp.									
P Pulso									
	260								
	250								
	240								
	230								
	220								
	210								
	200								
	190								
	180								
	170								
	160								
	150								
	140								
	130								
	120								
	110								
	100								
	90								
	80								
	70								
	60								
	50								
	40								
	30								
	20								
	10								
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES									
POSIÇÃO									
Agentes									
Técnica									
Operação									
Cirurgões									
Anestesistas									
Observações									
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					Perda sanguínea				

CONFERE COM ORIGINAL

DATA

Assinatura  
0152396-1







---

**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: **089718674-50** Nome completo da vítima: **EDSON XEGO SILVA SOUZA**

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

Nome completo: **EDSON XEGO SILVA SOUZA** CPF: **089718674-50**

Profissão: **AVC DE PRODUÇÃO** Endereço: **SÃO JOSÉ** Número: **391** Complemento: **B**

Bairro: **21604 AZUL** Cidade: **NATAL** Estado: **RN** CEP: **59129-248**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD) \_\_\_\_\_ **(81) 92739-0612**

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

**DADOS CADASTRAIS**

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **6998** CONTA: **04203** **3**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer violação 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.

Local e Data: **NATAL RN 20/03/19**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO

**Edson Xego Silva Souza**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: **RECEBIDO**

CPF: \_\_\_\_\_

**21 MAR 2019**

**TEREZA DO SOL ALM.**

**E CORRETORA DE SEGUROS**

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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

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



Banco Itaú S/A

PROTOCOLO DEPOSITO DINHEIRO CAIXA ELETRONICO  
BANCO 341 CTR 000001 20/03/2019 12.55.31

AGENCIA: 6998 CONTA POUPANCA: 24203-3/500  
R\$ 2,00  
EDSON SOUZA  
CAIXA ELETRONICO 12607/1339-ALECRIM

DEPOSITOS REALIZADOS APÓS O HORARIO DE  
EXPEDIENTE BANCARIO ESTAO SUJEITOS A  
EFETIVACAO SOMENTE NO DECORRER DO PROXIMO DIA  
UTIL. DEPOSITOS REALIZADOS AOS SABADOS,  
DOMINGOS E FERIADOS SAO EFETIVADOS NO DECORRER  
DO PROXIMO DIA UTIL.

SE HOUVER DIFERENCA NO ENVELOPE, SERA LANÇADO  
O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NAO SERA ABERTO  
E PERMANECERA POR 60 DIAS NA AGENCIA ONDE FOI  
DEPOSITADO, PARA COMPROVACAO. NESTES CASOS,  
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO  
CLIENTE SERA CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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

*Uraí de Oliveira*

DR. URAÍ DE OLIVEIRA  
ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315



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 99000**

### 1 - LOCAL E DATA

Local Rua José Luiz da Silva Bairro Alionça  
Cidade/UF Natal/RN P. Ref. PKT 29 Lemos  
Data 23/03/2018 Hora do acidente 22:15 Hora do registro 20:30 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 N0B 7201 Cidade Natal UF RN  
Marca/Mod. Honda/CG 125 Fan KS Cor Preta Ano 2012/2012  
Proprietário Edson Fereira Pereira de Lima Nº de Ocupantes 01  
Condutor Edson Vago Silva Souza Data de Nasc. 06/07/1989  
Endereço Rua São João Nº 391 Fone 988672540  
Bairro Nossa Sra Cidade Natal UF RN  
CPF Nº 08912867450 CNH Nº 06010558946 Validade 06/08/2018 Categoria B  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYT 9452 Cidade Natal UF RN  
Marca/Mod. GM/Corolla Hatch Maxx Cor Preta Ano 2008/2008  
Proprietário Edson Fereira de Barros Silva Nº de Ocupantes 01  
Condutor Edson Fereira de Barros Silva Data de Nasc. 28/10/1982  
Endereço Rua: João Ferreira da Silva Nº 164 Fone 9991836209  
Bairro Vale Mourão Cidade Natal UF RN  
CPF Nº 01278006460 CNH Nº 05181756895 Validade 22/12/2020 Categoria B  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 5 - VEÍCULO 03:

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

### 6 - VEÍCULO 04:

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

RECEBIDO  
21 MAR 2018  
TERRA DO SOL ADM.  
CORRETORA DE SEGS

**VERSÕES DOS CONDUTORES**

**SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?** Av. José Luiz da Silva  
**Em que sentido?** Via Parada/ Estrada da Rodinha **Em que faixa?** Diante  
**Versão do condutor** Elisa que trafegava normalmente na via acima citada quando o condutor de V2 sem dar cota entrou a esquerda. Foi aí que V2 bateu na lateral esquerda de V1

**Assinatura do Condutor de V1** Elisa da Silva

**SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?** Av. José Luiz da Silva  
**Em que sentido?** Estrada Rodinha/ Via Parada **Em que faixa?** Esquerda  
**Versão do condutor** Elisa que trafegava normalmente na via acima citada quando deu cota para converter a esquerda. Foi quando o condutor de V1 bateu na lateral esquerda do carro de V2. O condutor de V2 informou que o condutor de V1 bateu na para-choque do lado esquerdo

**Assinatura do Condutor de V2** Elisa J. da S.

**SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?**  
**Em que sentido?**  
**Versão do condutor**

**Assinatura do Condutor de V3**


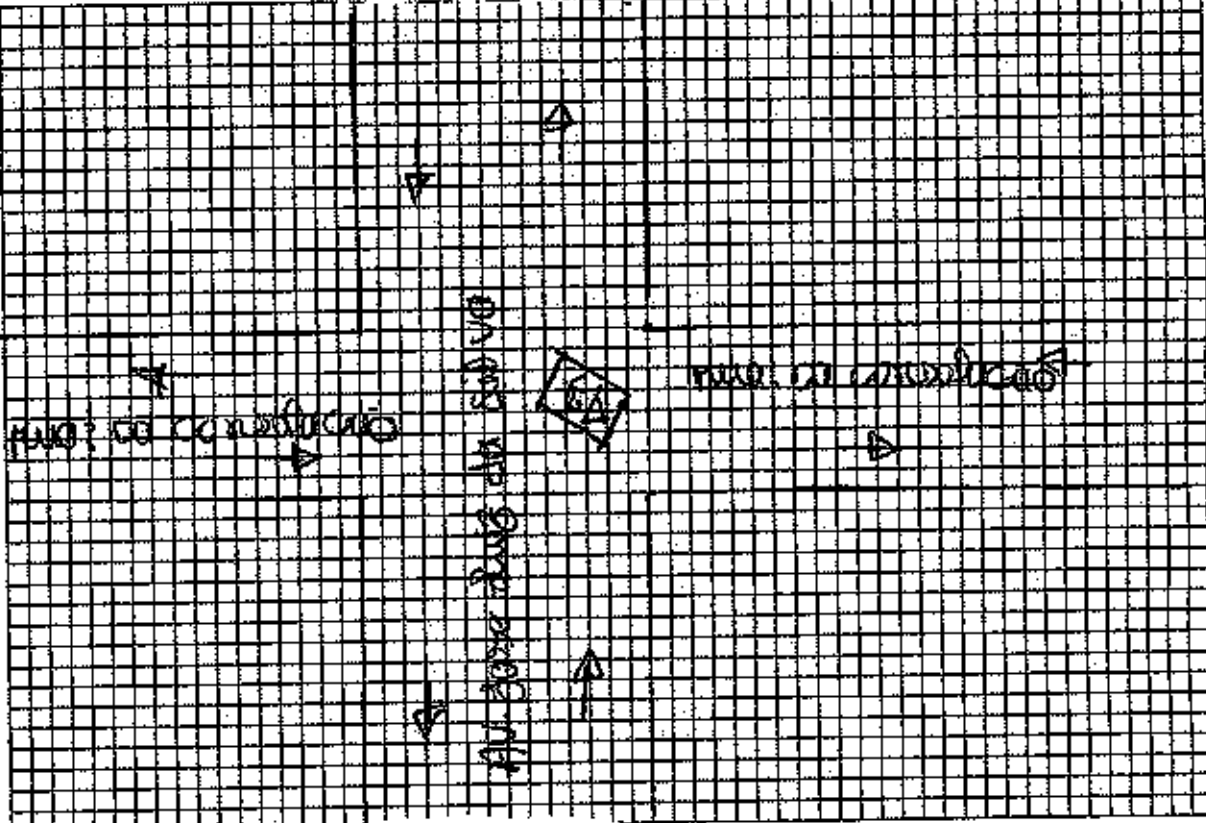







**SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?**  
**Em que sentido?**  
**Versão do condutor**

**Assinatura do Condutor de V4**

## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

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

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

## AVARIAS DO VEÍCULO 1

Frete completa, contagem  
frazes.



## AVARIAS DO VEÍCULO 2

Não houve avaria. Danos no  
forro. no vidro, na capô.



## AVARIAS DO VEÍCULO 4



11. ☒ Valioso condutor de ☒ V1 ☒ V2 ☒ V3 ☒ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
 Condutor para: Vol. Pradão (Gungel) Presença: ☒ Foto ☐ Registro

Nome: Edson Viegas Silva Souza Data de Nascimento: 06/10/1989  
 RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Nº: 391 Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: Rua São João Cidade: Natal UF: RN  
 Bairro: Alto do Sol Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

12. ☐ Valioso condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condutor para: \_\_\_\_\_ Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

13. ☐ Valioso condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condutor para: \_\_\_\_\_ Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

14. ☐ Valioso condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condutor para: \_\_\_\_\_ Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

15. SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Marca/Modelo: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

16. IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO ATUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ATN° COD/DESD

17. OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

O veículo de V3 foi entregue ao Sr. José Edmarino MOUTES  
residente na Rua São João nº 391 Vol. Pradão Saracá Natal/RN  
CVE 052 053 964 83 e o veículo foi  
V3 foi retornado ao local do impacto

Nome Completo do Agente: Carlos Edmarino Rodrigues Pereira  
 POSTO/GRAD.: CB PM N°: 99092 Viatura: DRE 107 Subunidade: 1º Distrito  
 Local e Data: Natal, 28 de Março de 2018





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



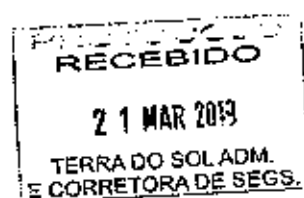
SAMU  
**192**

**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 61.996-08



## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 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

Nome do Solicitante: WEVWERTON

Telefone: (84) 98888-8500

Nome do Paciente:

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 LUIZ 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 CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

## HISTÓRICO 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:

## CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médica particular?\*

☐ Sim ☒ Não ☐ Não informado

## CONDUTA

☒ Remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

23/03/2018 22:58:59 - COMUNICADOR

TARM: DIANA/// FEITO CONDUTA COM DR: TARSILIO NO POLITRAUMA. CIENTE DA CHEGADA DO PACIENTE.

## REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:

00:16

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Zero☐ Vaga Negada

Motivo da entrada:

▼

Ass:

## PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição das pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass: