

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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035068

Vítima: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

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



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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200035068

Vítima: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 033

Agência: 000003178

Conta: 000060026368-8

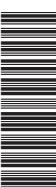
Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: **008.278.584-85**

4 - Nome completo da vítima:

WASHINGTON VIEIRIA DUARTE DE LIMA

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

5 - Nome completo:

WASHINGTON VIEIRIA DUARTE DE LIMA

6 - CPF:

008.278.584-85

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

RUA TARAUCA, VILA GUARANI

9 - Número:

148

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

POTENGY

12 - Cidade:

NATAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59124-550

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(84) 98782-0288

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Resalte uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **Santander (037)**

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: **3148**

CONTA: **60026368**

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, em 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei G. 194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (ou Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivendo)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso o evite, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, esclarecendo, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Introdução
digito da
vítima no
campo de
digito do
representante

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Natal (RN) 18/12/17

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DÉLIMA

Marcos Batista Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Scanned by



5021 2125 3734 0890

07/13 04/28

WASHINGTON V D LIMA

3178 60026366-8



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 070186/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/12/2019 11:32 Data/Hora Fim: 17/12/2019 11:43
Delegado da Polícia: Luciano Augusto Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de São Gonçalo do Amarante

Data/Hora do Fato: 17/09/2019

Local do Fato

Município: São Gonçalo do Amarante (RN)
Logradouro: BR 101
Complemento: PROXIMIDADES DA LINHA DO TREM
Ponto de Referência: PROXIMIDADES DA POTIGÁS
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: DISTRITO
Nº: S/N

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Currais Novos Sexo: Masculino Nasc: 23/10/1977
Profissão: Cobrador de Ônibus
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA IRENICE DUARTE DE LIMA Nome do Pai: DARCILIO VIEIRA DE LIMA
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 008.278.584-85
RG - Carteira de Identidade: 001806983

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: RUA TARAUCA Nº: 112
Complemento: VILA GUARANI
Bairro: POTENGI
Telefone: (84) 98827-8691 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Véiculo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Descrição	CICLOMOTOR	CPF/CNPJ do Proprietário	008.278.584-85
Placa	QGN4451	Renavam	01109294899
Número do Motor	1P39FMAFA123735	Número do Chassi	LXYXCBL03F0300491
Ano/Modelo Fabricação	2015/2014	Cor	VERMELHA
UF Véiculo	Rio Grande do Norte	Município Véiculo	Natal
Marca/Modelo	I SHINERAY XY 50 Q	Modelo	I SHINERAY XY 50 Q



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 070186/2019

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 22/01/2018

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE COMPARCEU A ESTA UNIDADE DE POLICIA, ONDE RELATOU QUE TRAFEGAVA PELA BR 101, SENTIDO EXTREMOZ - NATAL, PILOTANDO A MOTOCICLETA CADASTRADA NESTE BO, EM SEU NOME, QUANDO PAROU NAS PROXIMIDADES DA LINHA FERREA E FOI ATINGIDO PELO TREM, APÓS A COLISÃO A VITIMA FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL CLOVIS SARINHO COM LESÕES E FRATURAS PELO CORPO, NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Luiz Antonio Medeiros Emerenciano
Agente de Polícia
Matrícula 1943162
Responsável pelo Atendimento

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins e efeitos que sou o(a) Oficial(a) responsável pelas informações acima apresentadas e cônscio que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 389-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicado Falso de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro no ASL:

3 - CPF da vítima:

008 238 584-85

4 - Nome completo da vítima:

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

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

5 - Nome completo:

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

6 - CPF:

008 238 584-85

7 - Prolígio:

Reuso

8 - Endereço:

RUA TARAUCA, VILA GUARANI

9 - Número:

148

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

POTENGY

12 - Cidade:

NATAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59124-550

15 - E-mail:

16 - Tel (DDI):

(84) 98782-0222

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.001,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander (051)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 3148

CONTA: 60026368 8

(Inserir 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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre após a efetivação do crédito, quicão total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (nº Civil)

Divorciado

Separado/Julgado como

Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grupo de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(s):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros? Sim Não

31 - Vítima Sim Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Eu, nascido(a) em _____, de _____ de _____ de _____, residente na _____, declaro que sou a única beneficiária do Seguro DPVAT.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Notícias RN 18/10/19

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Marcos Batista Barbosa

DELIMA

Marcos Batista Barbosa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizeram necessário, que foi encontrada a ocorrência de N°175486/1 referente ao paciente **WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA** 41 anos atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 17/09/2019, em Extremoz/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 16 de outubro de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
Matrícula:210991-3



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84.3209-5321

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 175486/1

Data: 17/09/2019

CHAMADO

TARM: WANESSA GUSTAVO DO NASCIMENTO

Médico Regulação: VINICIUS CÂMARA DE SOUSA PAIVA

Rádio Operador: HONDINELLY FREITAS DE ARAÚJO

Médico Cena: JOSE ALEXANDRE SOUZA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 66 (PARNAMIRIM)

Equipe VTR: ANDREY BARBOSA MATOS - CONDUTOR DE VEÍCULO DE
EMERGÊNCIA
RENATO LUIZ GONÇALVES DE O - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSF./INTERNAÇÃO
---------------------	-------	------------	--------	---------------------	----------------------------	--------------------

Cidade: EXTREMOZ

Nome do Solicitante: SG ROBERIO

Telefone: (84) 8855-3784

Nome do Paciente:

WASHINGTON

Idade: *

41 ANO(S) ▼

Sexo: *

MASCULINO ▼

Endereço: BR 101 NORTE

Nº:

Bairro:

Outro Bairro: BR

Referência/Complemento: PX LINHA DO TREM /

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: DR GUSTAVO RECEBEU O PACNT RCS

Queixa Primária: COLISAO MOTO X TREM

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Lugar:

Histórico Regulação Médica:

17/09/2019 19:27:24 - Dr(a). VINICIUS CÂMARA DE SOUSA PAIVA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X OBSTÁCULO

REGULAÇÃO: CONSCIENTE, FRATURA EXPOSTA EM BRAÇO

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSEVAÇÕES

Data: 17/09/2019 19:29:26 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) HONDINELLY FREITAS DE ARAÚJO

Observação: Controle de frota: USB 66 EM QTI DO PA EXTREMOZ

Data: 17/09/2019 20:28:37 Usuário: (TARM) WANESSA GUSTAVO DO NASCIMENTO

Observação: REGULADO COM DR ANDRE - PSCS

Data: 17/09/2019 21:20:14 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) HONDINELLY FREITAS DE ARAÚJO

Observação: Controle de frota: DR GUSTAVO RECEBEU O PACNT RCS

MOVIMENTAÇÃO DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
17/09/2019 19:24:36	17/09/2019 19:27:24	17/09/2019 19:28:03	17/09/2019 19:28:13	17/09/2019 19:41:20
Saída Local: 17/09/2019 20:19:20	Chegada Destino: 17/09/2019 20:38:20	Liberação Destino: 17/09/2019 21:20:16	Liberação VTR: 17/09/2019 21:20:12	

Observação do Apelo:

COMUNICA

 Remoção**Conduta Médico Regulador:**17/09/2019 20:13:22 - VINICIUS CÂMARA DE SOUSA PATIVA
AVP COM RL + 01 AMP DE DIPIRONA EV

RESOLUÇÃO / TRANSFERÊNCIA

 Aguardando Vaga**Estabelecimento:**

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

E:

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

PERTENÇAS

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

ACORDANTE DE TRABALHO?

 Sim Não

VOU ENTREGAR A VINCULADORES?

 Sim Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03178

CONTA: 000060026368-8

Nr. da Autenticação 5285B0707842C4D2

Levaremos à lei, do seu imparcial
que todos os gastos, feitos a título de consumo
sem contatos com pessoas, poderão

serviços: Decreto LCI 10.170, de 26/01/02.
SA - FATURA E NOTA FISCAL

COSERN

DADOS DO CLIENTE
MANICA VAVES DE OLIVEIRA

CPF: 012 304 914-21

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TRAJAUCA 146 - C 05-12 VILA
GUARANI

POTENCIÁREA URBANA
NATAL RN
59124-556

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL

Nº DO DOCUMENTO: 7004175454 DATA: 10/2019

TÍPICO DE CONSUMO: RESIDENCIAL
DATA DE INSCRIÇÃO: 03/10/2018
TARIFAS: 2019 | 2019/2020 | 6764

DATA DE VENCIMENTO: 11/11/2019 DATA DE PAGAMENTO: 20/11/2019

SOMA: 17,24

17,24

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

CONSUMO	MES/ANO	VALOR R\$
Consumo de água	03/2019	16,48
Ajustes e Bonificações		0,31
Arrastre da bandeira VERMELHA		0,44

TOTAL DA FATURA:

17,24

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

MES/ANO	TIPO DA MOVIMENTAÇÃO	DATA MOVIMENTA- ÇÃO	DATA LEITURA	DATA DESENTRALIZA- ÇÃO	LEITURA	IMPOR- TE	CONSTANTE	ADJUSTE	VALOR TOTAL

MES/ANO	TIPO DA MOVIMENTAÇÃO	DATA MOVIMENTA- ÇÃO	DATA LEITURA	DATA DESENTRALIZA- ÇÃO	LEITURA	IMPOR- TE	CONSTANTE	ADJUSTE	VALOR TOTAL
03/19	12	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	16,48	100000	0,00	16,48
03/19	35	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,31	100000	0,00	0,31
03/19	70	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,44	100000	0,00	0,44
03/19	90	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	22	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	42	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	31	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	32	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	33	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	34	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	35	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	36	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	37	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	38	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	39	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	40	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	41	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	42	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	43	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	44	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	45	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	46	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	47	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	48	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	49	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	50	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	51	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	52	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	53	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	54	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	55	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	56	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	57	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	58	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	59	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	60	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	61	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	62	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	63	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	64	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	65	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	66	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	67	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	68	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	69	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	70	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	71	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	72	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	73	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	74	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	75	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	76	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	77	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	78	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	79	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	80	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	81	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	82	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	83	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	84	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	85	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	86	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	87	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	88	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	89	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	90	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	91	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	92	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	93	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	94	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	95	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	96	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	97	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	98	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	99	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	100	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	101	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	102	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	103	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	104	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	105	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	106	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	107	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	108	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	109	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	110	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	111	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	100000	0,00	0,00
03/19	112	10/03/19	10/03/19	10/03/19	10/03/19	0,00	1		

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pela exposta, eu MARCOS Batista Fagriélio
inscrito (a) no CPF/CNPJ 806785054-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
WASHINGTON VIEIRA DURTEZ de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 008278584,85
do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLID da Vítima WASHINGTON VIEIRA DURTEZ de Lima
inscrito (a) no CPF sob o Nº 008278584,85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua do Xaréu</u>	Número:	<u>110</u>	Complemento:	<u>ED.535</u>
Bairro:	<u>Parque das Águas</u>	Cidade:	<u>Natal</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59133-040</u>

Local e Data: Natal/RN 18/12/19

MARCOS Batista Fagriélio.

Assinatura do Declarante



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 48323 /2019

Admissão: 17/09/2019 20:54:33

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 143940 - WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA (41 a 10 m 25 d)

Nascimento: 23/10/1977 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: M Cor: PARDAS

CNS: CPF: 00827858485

Prof:

Mae: IGNORADO

Pai:

Logradouro: TRAZIDO DE VIA PUBLICA PELO SAMU RN - PROXIMO A FABRICA GUARQARAPES, 1

CEP: 59575000

Bairro: ZONA URBANA

Cidade: EXTREMOZ

Telefone: 84 32327500

Compl: PAC. SO APRESENTOU O CPF

Motivo: CARRO X TREM

Origem: AMBUL. SAMU RN

Fluxograma:

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SAT02	NECO2	SATUR.	FC	TEMP.	Glasgow	RTS
17/09/2019			100MM	100MM	100%	62pm			

Tipo: REFERENCIADO

CONFIRME COM ORIGINAIS

DATA: 15/09/2019

Assinatura:

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO TREM, FRATURA EXPOSTA EM BRAÇO ESQ. E CLAVICULA ESQ.

Hora:

Paciente vítima de colisão moto-trem há cerca de 01 h.
Refri uso de copocete. Tudo 2010 pelo SAMU. Nada
período de concussão ou vômito

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A via aéreas patentes

B Mv+ e tumb+ruco, SRA, não palpo enjusma FR 20 rpm

C pulsos normais e tumb+ruco, RCR, 27, BNF FC

D Glasgow 15

E Fratura exposta M5C e clavícula E, MSD 1 ponto D.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Acidente moto-trem

*Gerado via SX por FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO. Impresso em 17 de Setembro de 2019.

17/09/19 21:23

francisco.bezerra@sesap.rn.gov.br

fernando.silva@sesap.rn.gov.br

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO:

ANAMNESE

Paciente politraumatizado (Pós-operatório Moto x Trial), c/ ferimento esterno ($\approx 15\text{ cm}$) e costela E, deformidade c/ ondas E, ferimento na face lateral de mao D e adens c/ dor no tornozelo D.

Rx c/ fratura (externa) do 4º MTC D + Fratura luxada da onda E + Fratura da ulna proximal E.

EXAME FÍSICO

Sem dificil. neurológicas. MSE, - os. pulsos radial e ulnar impalpáveis.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx Tornozelo D - AP - Perfil

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Breves da Cr. Venular

do CC p/ cirurgia de urgência

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
NATAL - 15/10/18
MAT. N. - 1812823
SAME

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE coma GLASGOW

Aberto Ocular (E)	4
Ocos se abrem ao estímulos visuais.	3
Ocos se abrem ao estímulos verbais. Não consegue cumprir o comando de uma pessoa informada, se assim for maior 4, se não 3.	2
Ocos se abrem por reflexo pilorarico.	1
Ocos não se abrem.	0
Melhor resposta verbal (VRV)	
Olhares e responde corretamente e apontando para o paciente sobre seu nome, local, data, etc.	5
Olhares e responde incorretamente, mas só alguma orientação e confusão	4
Olhares desorientados, mas tem uma orientação	3
Olhares hipnóticos, não olha, mas tem uma orientação	2
Som incoerente e/ou sem sentido para orientar seu nome	1
Silêncio	0
Assentir	
Responde a estímulos (RER)	
Olhares e estímulos verbais. Pode falar simples questões e orientações	6
Lembrete de nome e sobrenome	5
Repetição simples e etc.	4
Pode falar à tel (descodificar).	3
Pode calcar a tel (descodificar).	2

ESCALA DE TRAUMA DO TRAUMA REVISADA-RTS

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-18 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 3-5 = 1 0 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4 3-9 = 3 0-2 = 2 - = 1
PRESÃO ARTERIAL SISTÓLICA	78-100 = 4 51-70 = 3 31-50 = 2 0-30 = 1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE.²
(ATLS 2003)³

03 - Mínimo (conservação de individualidade);
04 - Moderado;
05 - Extremo;

² Adaptado da TEASDALE G., JENNET B., Aplicação clínica da escala de昏迷 (Glasgow Coma Scale). A prática médica. Lançamento 1974-2-97-84

³ A escala para o TCE é aplicada a pacientes considerados em estádios agudos (menos de 24 horas). No Corpo Clínico é aplicada a os pacientes que chegam a hospitalização devido a lesões que comprometem a conservação de sua percepção com os sentidos adaptativos;

SEM	LEVE	Moderado	Intensa	Pior
0	1	2	3	4

² Escala de Trauma Revista (RTS): 100% indica de vulnerabilidade para possíveis de óbito. Fonte: Revisão: Adaptação do Classificação ATLS. Secção: NEL Cepora, 1995; A revisão da RTS Toronto World, 2. Trauma 2003: 200-202.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

02/07

DATA: 7/10/91

HORA: 22 h

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica À Revelia

Transferido para: _____

ÓBITO:

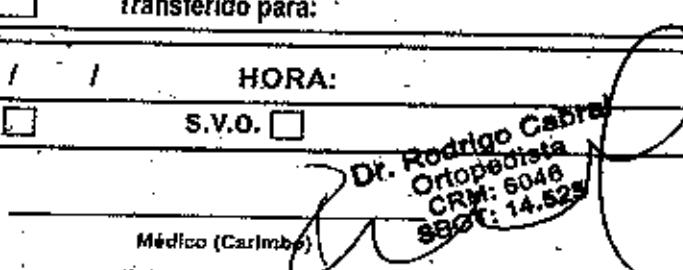
DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Dr. Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM: 6048
SPC: 14.525



Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a 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.

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A(ALÉRGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Susceto Rx plumbio direito AP, perfil
e estriado, tórax direito AP+P+O
braco esquerdo AP+P+O, antebraço
esquerdo AP+P+O, ombro @ AP+P+O

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

TC de tórax sem humor

Alta leg dojo norte
oral dolo norte
triamadol 100 mg ev

22-31

Gustavo J. L. Santos
Cirurgião
CRM-RJ 6608

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 <i>Ortopedista</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA

S A I D A : () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

O B I T O : DATA / / HORA

E N T R E G U E À F A M I L I A () C O M A T E S T A D O () S.V.O () I T E P



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Wilson Felismino das Santas</i>	6 - Nº DO PRÓTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente intrínseco de atropelamento apresentando fratura exposta desossada perna.

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

R X

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>Fratura exposta</i>	21 - CID PRINCIPAL <i>S82.</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--	-----------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Intervenção cirúrgica de perna</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0415010012</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>CONFERE CONSULTA</i>	27 - CARÁTER DA INERNAÇÃO <i>NATAL MAT. 151013 SPARE</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Kleison Bastos</i>
29 - DT SOLICITAÇÃO <i>02/07/19</i>	30 - CNS / CPF <i>31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)</i>			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS / ACIDENTES OU VIOLENCIAS

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA <i>ASSOCIAÇÃO DO BILHETE</i>	35 - BÔNUS	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		40 -	
41 - CID PRINCIPAL		42 - DESCRIÇÃO ... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE	44 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PRÓF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ. <i>/ /</i>	48 - CNS / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ. <i>/ /</i>	52	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
-------------------------------	--------------------------------	----------------	--	--	--------------------------------	----	--	---

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 6125 /2019

Prontuário: 1186530

Paciente: 133330 - WILSON FELISMINO DOS SANTOS

Cartão SUS:

CPF:

Dt Nasc: 01/07/1968

Idade: 51 anos 1 dia

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: DESCONHECIDO

Nome do pai:

Rua/Av: TRAZIDO PR SAMU NATAL DO TERMINAL DAS ROCAS , EM N°:10

SITUACAO DE RUA

Complemento:

Bairro: ROCAS

CEP: 59015380

Cidade: NATAL

Telefone: 84 32327500 84 32327500

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1002

Responsável: WILSON FELISMINO DOS SANTOS -

Usuário: FRANCISCA LUCIA MACIEL

Admissão: 02/07/2019 12:50:19 Alta: 10/07/2019 Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82 - FRATURA DA Perna INCLUINDO TORNOZELO
415010012 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

frotura exposta das pernas. O.R.

RESUMO DE ALTA

Paciente com fratura nas pernas. O.R.
mejorando.
O.R. frotura exposta das pernas
internado para tratamento cirúrgico
de urgência.

Jr. Michel Bezerra de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM: 6423 - COT: 10251

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 15/07/2019
MAT. N°: 187813
SAMM
ASSINATURA

NATAL, 02 de Julho de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Nome

Wilson Felizimmo dos Santos

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 02/07/19

Hora:

Paciente com trauma grave nos
pés (D + C) noj.
foi admitido p/ tratamento cirúrgico
de urgência.

Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedista Traumatologista
Oncologista Oncologista
CRM 4423 - CRF 1051

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, RJ - 02/07/19
MAT. N° 13053
SAÚDE
ASSINATURA



Identificação

Enternecida: _____ Leito: 306 UTI: _____ Leito: _____
 Data de admissão: 12/09/19 Altas: / /
Nome: Washington Vieira Duarte de Lima Naturalidade: _____
 Idade: 41 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 23/10/1977
 RG: _____ Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: B.F. Inc.
 Filiação: Pai: _____
 Mãe: _____
 Endereço: R. Anacé, 126 - Casa 12 - Sítio em
 Cidade: Natal
 Telefone: 918796-7158 () Residencial () Trabalho () Recado
 Contato: Giovane Outros telefones: _____
 Composição familiar: Reside soz
 Outras informações: Faz uso de () Álcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Desempregado Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
 () Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
 Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS () SAÚDE
 Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: COM BRASIL

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
 () Socorrido em via pública () Outros meios
 () Encaminhado: Hospital de origem:

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo?

Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental

Responsável pelo paciente: Wednon

Parentesco: Irmão Telefone: 91860-4920

Endereço do Responsável: _____

Evolução

(Adaptar o paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

18/09 - Foi levado pelo SAMU, vítima de colisão motociclistica, sem acompanhante, informa que perdeu os documentos, não tem contato com familiares, apenas o Irmão. Reúne visita de amigo. S. Q. B.

Saída

bito: Encaminhamento: Itep () SVO () DO () Obs. _____

Mta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 Secretaria de Estado da Saúde Pública
 Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel
 Pronto Socorro Clévis Sálim
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Washington Vieira Duarte de Lima
 IDADE: 44
 DATA DE NASCIMENTO: 23/10/1977
 REGISTRO: 193940
 DATA DE ADMISSÃO: 18/09/2019
 HORA: 23:20

ADMISSÃO DO PACIENTE: Otorrinite

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL:

HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS:

MEDICAÇÕES EM USO:

CIRURGIAS ANTERIORES:

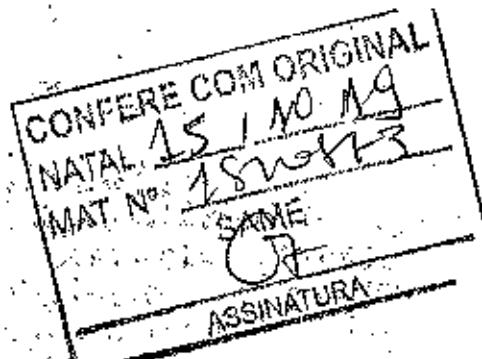
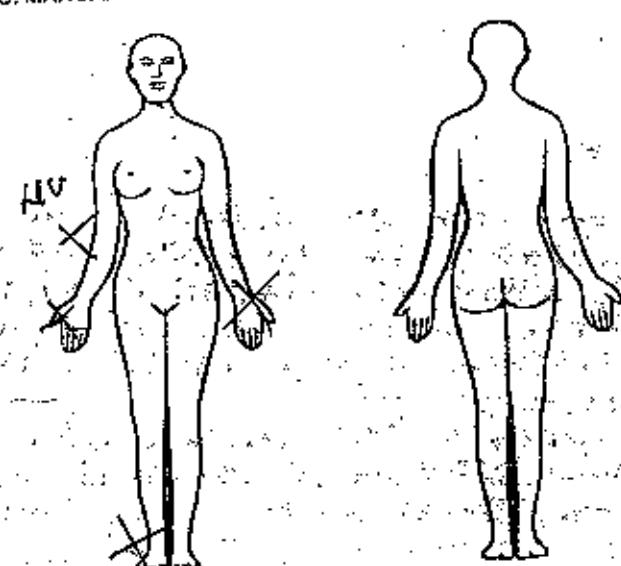
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: Rx.

AREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

AREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO N°: 100 ACESSO CENTRAL: RAQUÍ

INSTRUMENTADO: Pedro

CIRCULANTE:

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS.:

ANESTESISTA: Dr. Diogo

INÍCIO DE ANESTESIA: 23:30

TERMINO DE ANESTESIA: 01:30

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina 2g

HORA: 23:30

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Washington Vieira de L Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Frx/Lx OMBR. (E) + Frx exposto abdômen (E) + Frx exposto a

Indicação terapêutica: LC + DB + Frx colocele (E) Urgência () Eletiva () 4ºMTC - (E)

+ LC + DB MÃO (E)

INTERVENÇÃO

+ Frx molar da face (E)

Data: 18/09/19 Início: 08:30 (17/09) Término: 11:30 Duração:

Operador: DIogo TORQUATO CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador: Pedro

CONFERE COM ORIGEM

NATAL, 15/10/19

LICENÇA

MAT. N° SAME

OR

Anestesista: Diego CRM/CRO:

ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1- Paciente em DDA sob anestesia geral
- 2- Anepnoe + anti-epnoe + tampones estériles
- 3- Limpeza cirúrgica extensa com SF 0,9% abundante
- 4- Desbridamento dos tecidos desvitalizados
- 5- Fixador externo transarticular do colocele (E)
- 6- Sutura por planos + curativo estéril
- 7- Anepnoe + anti-epnoe do MJO (E)
- 8- Limpeza cirúrgica c/ SF 0,9% abundante
- 9- Desbridamento
- 10- Sutura por planos + curativo estéril + teto curvo
- 11- Talo hilo T12 (E)
- 12- Velpeau OM BRO (E)
- 13- A RPA

CRM/RN: 0770/TEOT 14133
CATEGORIA E TRATAMENTO

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

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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Washington Vieira Duarte da Cunha - TE

Idade: 41 a

Sexo:

Registro:

Diagnóstico: Polotrauma / Fratura de esterno (D) +

Data: 17/09/69

Cirurgia Realizada: Reduziu fratura de dedo de mão (D)

Cirurgião: Dr. Doutor Fratura de hombro (D)

Anestesiologista: Dr. Diego Anestesia: anestesia

História Clínica Admisional: Pt tritófia ócidente nascido folhistico com
fractura esternocôndilo clavicular. Nesse ataque, chegou em óbito.
atendido.

Técnica Anestésica: Anestesia geral balanceada, dfo por 204
S. O. C. S. I. P. requerente rápido, sem arritmias,
pele do pt brilhante, pele do cérebro.

Sofá	100% 00% 00% 00%	① PNT
Oe	100% 00% 00% 00%	② Cadiopar
ETCO ₂	30 30 30 30	③ Oximetro
Svcof	100% 00% 00% 00%	④ Capnografia
Zao	100% 00% 00% 00%	
ECG	100% 00% 00% 00%	
SpO ₂	100% 00% 00% 00%	
CO ₂	100% 00% 00% 00%	

Início: 23:30 h

Término:

Anestésicos Utilizados:

1. Propofol - 200 mg
3. Fentanil - 200 µg
5. Suxametomidina - 100 µg
7. Sevoflaxedina - 200 µg
9. Desmetomidina - 100 µg
11. Rániolaxina - 80 mg
13. Carbamolaxina - 80 mg
2. Dipriven - 0,1 G
4. Tropinegans - 100 µg
6. Ketamina - 100 mg
8. Atropina - 0,1 mg
10. Metoclopramida - 0,2 mg
- 12.
- 14.

Encaminhamento: As 03 h da manhã, para o cérebro
frente Dr. Menezes.

Diego H. Dutra Costa
Assinatura do Anestesiologista - CRM
00000000000000000000000000000000

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



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

JFR
306
LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE CPF 00827858485

6 - N° DO PROTOCOLO

5 - NOME DO PACIENTE <i>Washington Vilela de Lima</i>	7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>100605993417764</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>23-10-1977</i>	9 - SEXO <i>Masculino</i>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Valéria Freire Duarte de Lima</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>387967158</i>
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) <i>Rua Arcávio nº 126 Caxias-12</i>	13 - MUNICÍPIO <i>Natal</i>	14 - BAIRRO <i>S.N. Apresentação RN</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>938604920</i>	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Ex exporta de obusos (B) + Ex exposto do 4º MTC - (D) Ex Lix do embro (E) + Ex do molesto lateral (D)</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Treatmento cirúrgico</i>
--	---

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

Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Ex cat gale</i>	21 - CID INICIAL <i>S.4.B.4</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO / CLÍNICA <i>ORTOPEDIA</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>URGENTE</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>DR. V. G. L.</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>040802054-7</i>			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>18/09/19</i>
			30 - CNS / CPF <i>DR. V. G. L. TORQUATO</i>
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</i> CRM/RN 6770/TEOT 14103

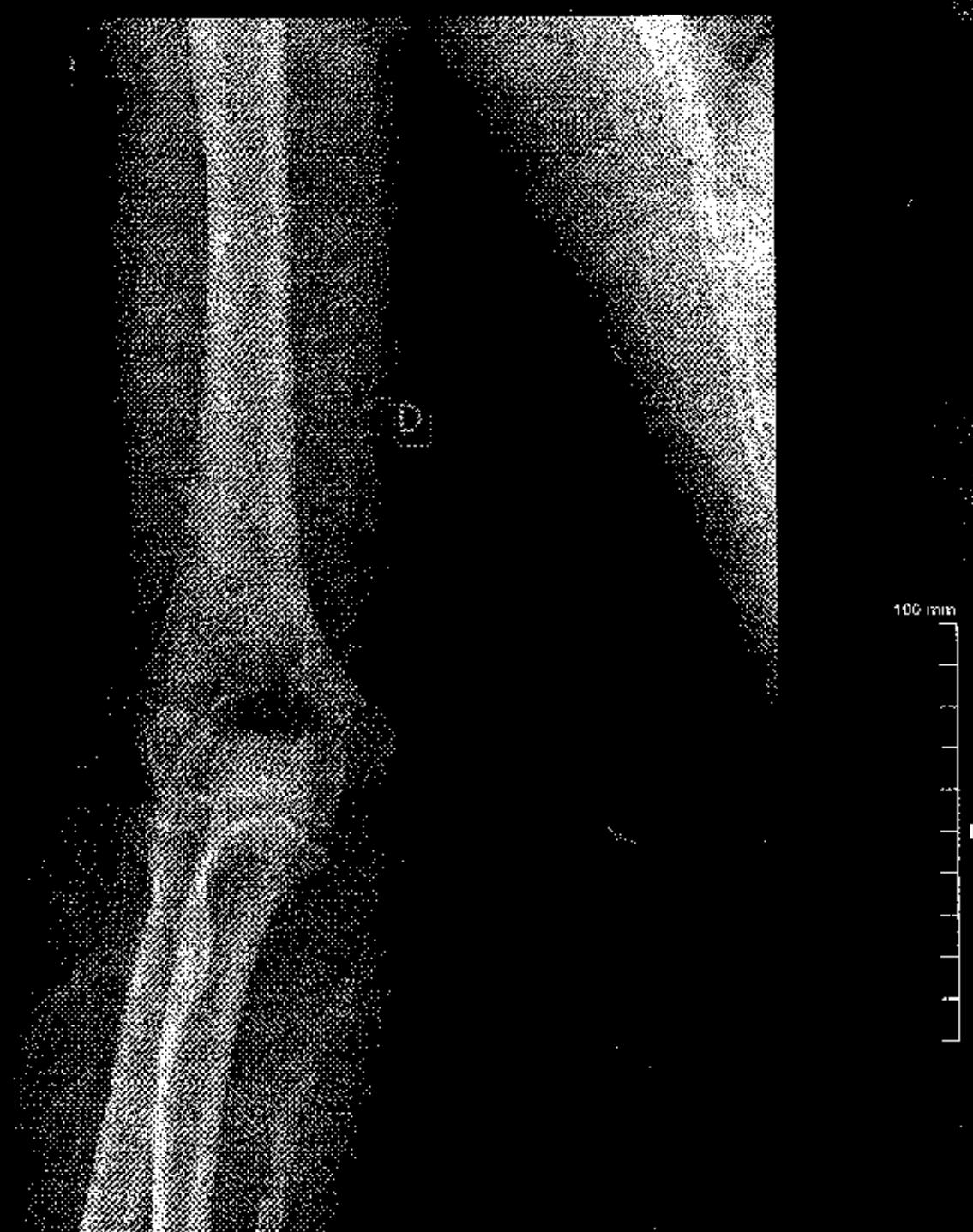
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

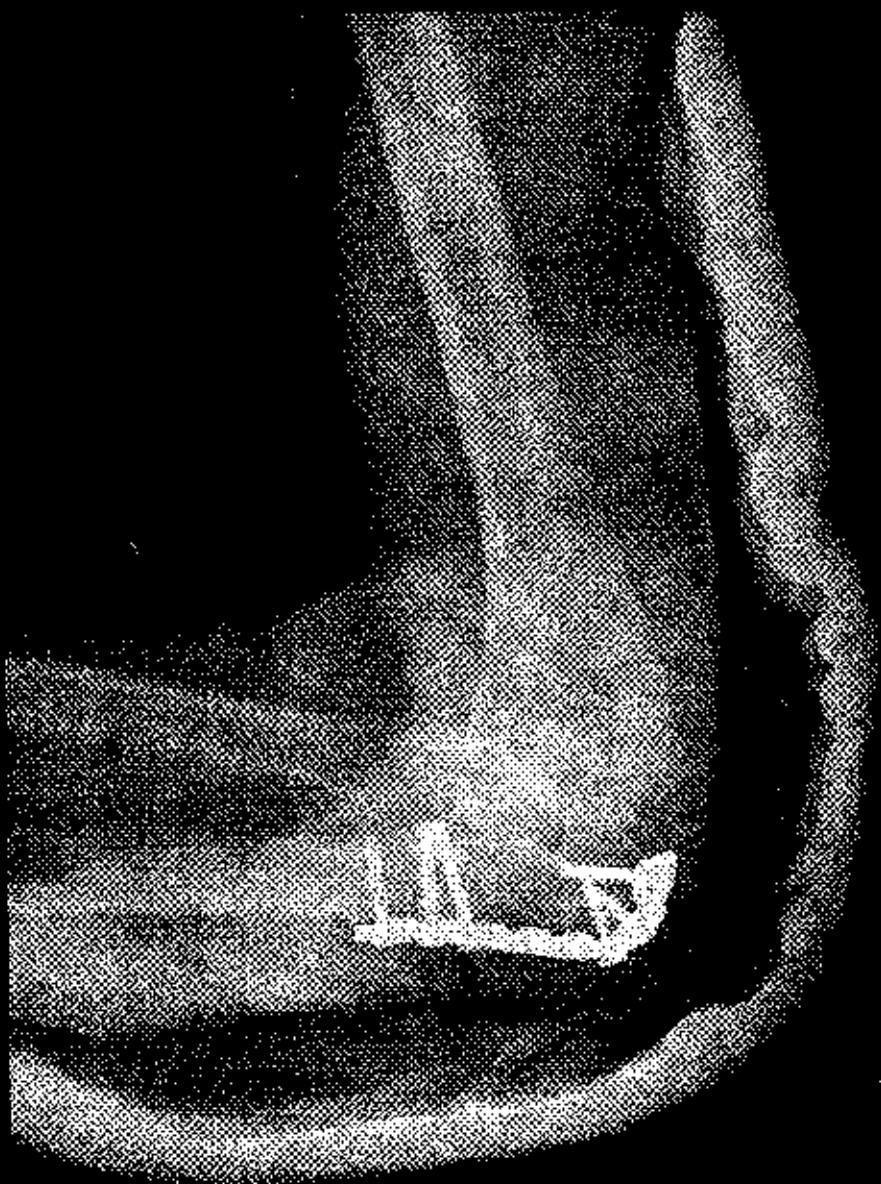
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO				
41 - CID PRINCIPAL		DESCRÍÇÃO ... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

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

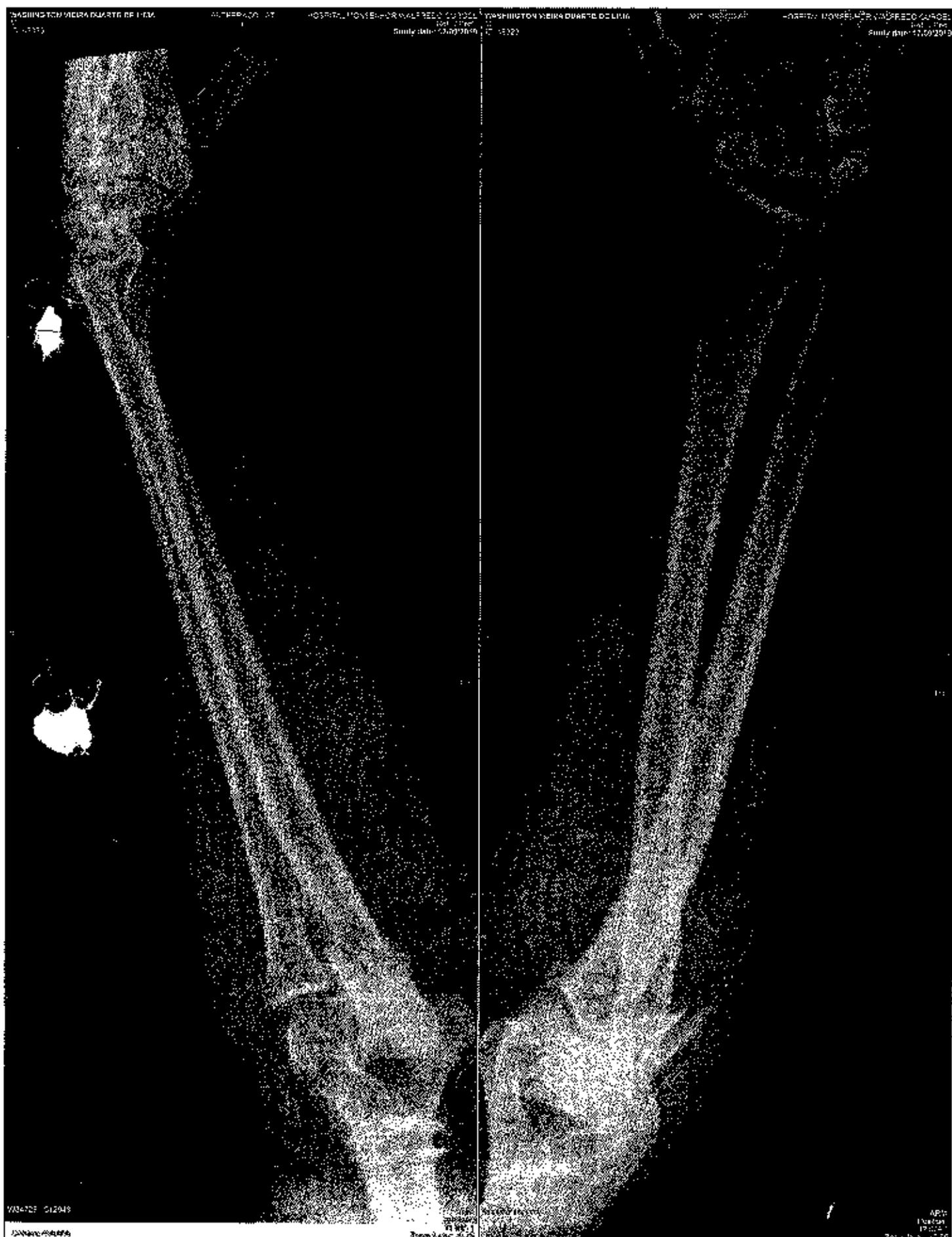






WASGHITSON VIEIRA DUARTE DE LIMA

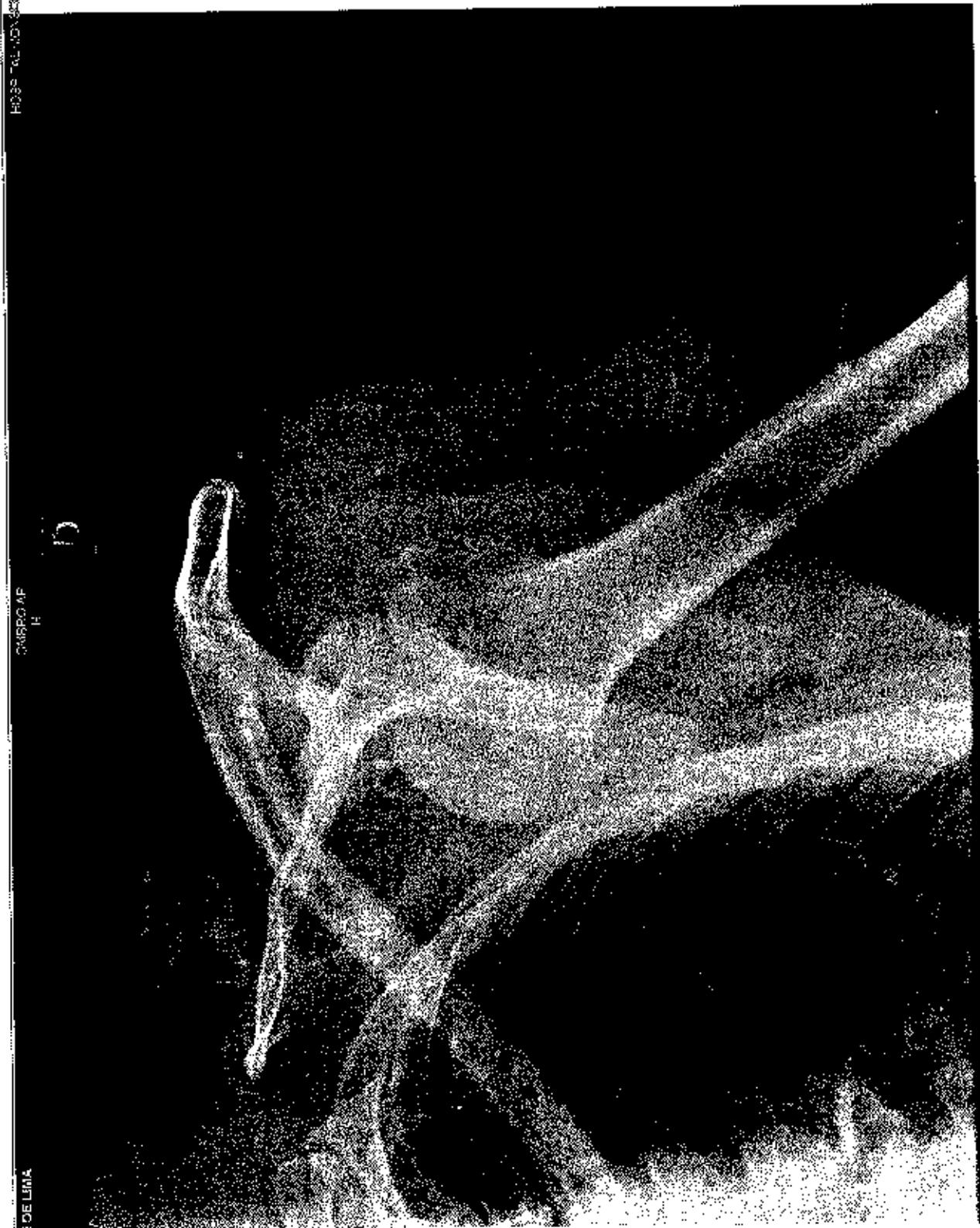
WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA, : DX from 17/09/2019



Antebraco Esquerdo

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA, : DX n 17/09/2019

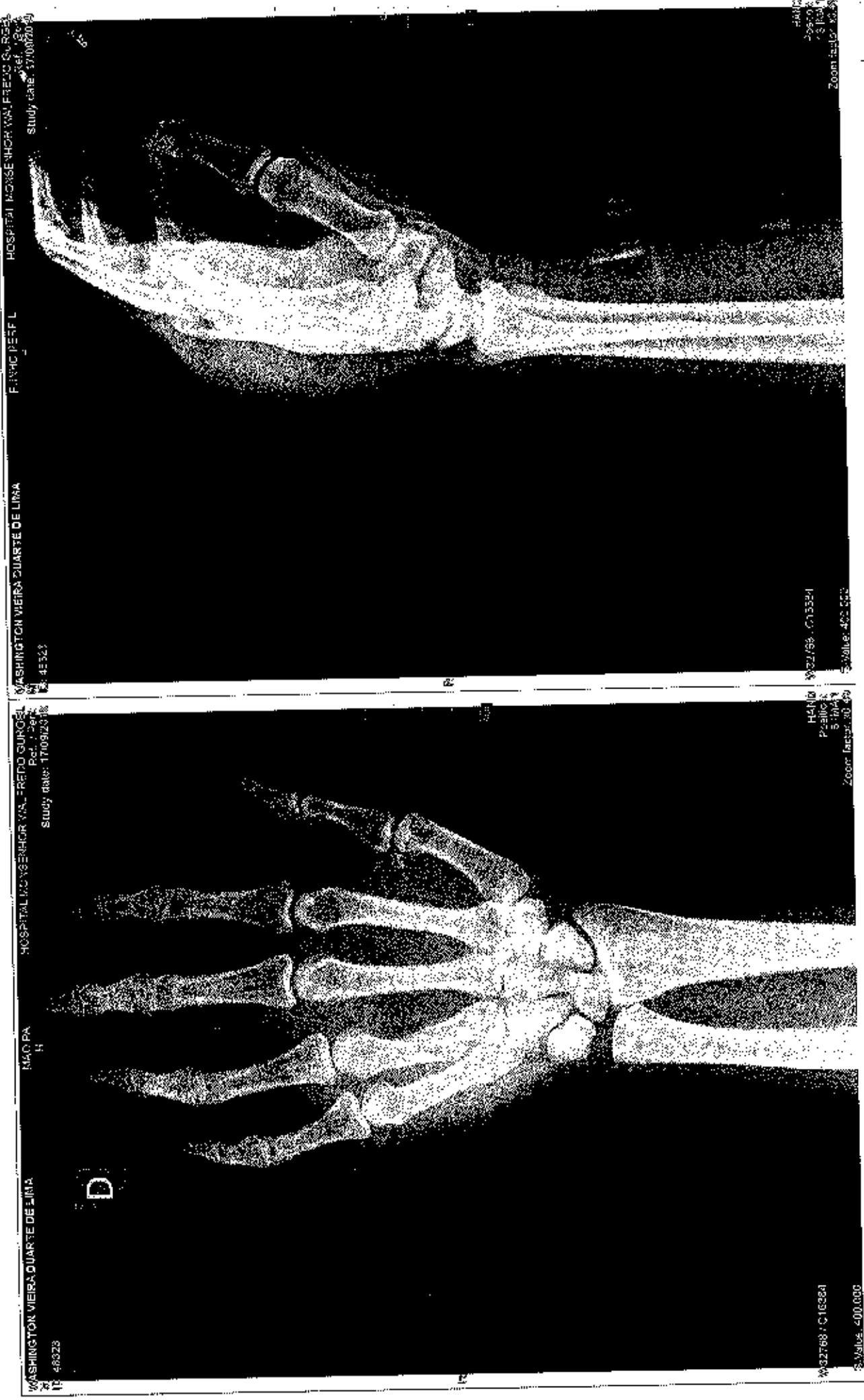
HOJE FOI COLETADO MATERIAIS PARA
ANALISES QUÍMICAS E MICROSCÓPICA
SOMOS DENTRO DO INVESTIGAÇÕES



WASHINGON VIEIRA
DUARTE DE LIMA

EXCELENTE
EXCELENTE
EXCELENTE
EXCELENTE

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA, : D) . . . m 17/09/2019



306



4cm

2009
3068
Positivo
3 Mayo
2009

HOSPITAL MONSEÑOR JOSÉ FREIRE SURGICAL
Study date: 18/09/2019
Rec. Date:
Ref:

HOSPITAL MONSEÑOR JOSÉ FREIRE SURGICAL
Study date: 18/09/2019
Rec. Date:
Ref:

EAO PA

WOSHINGTON VIEIRAS DE LIMA

ANEXO 514138
2009-09-20

WASHINGTON VIEIRA DE LIMA

GIBERGAS

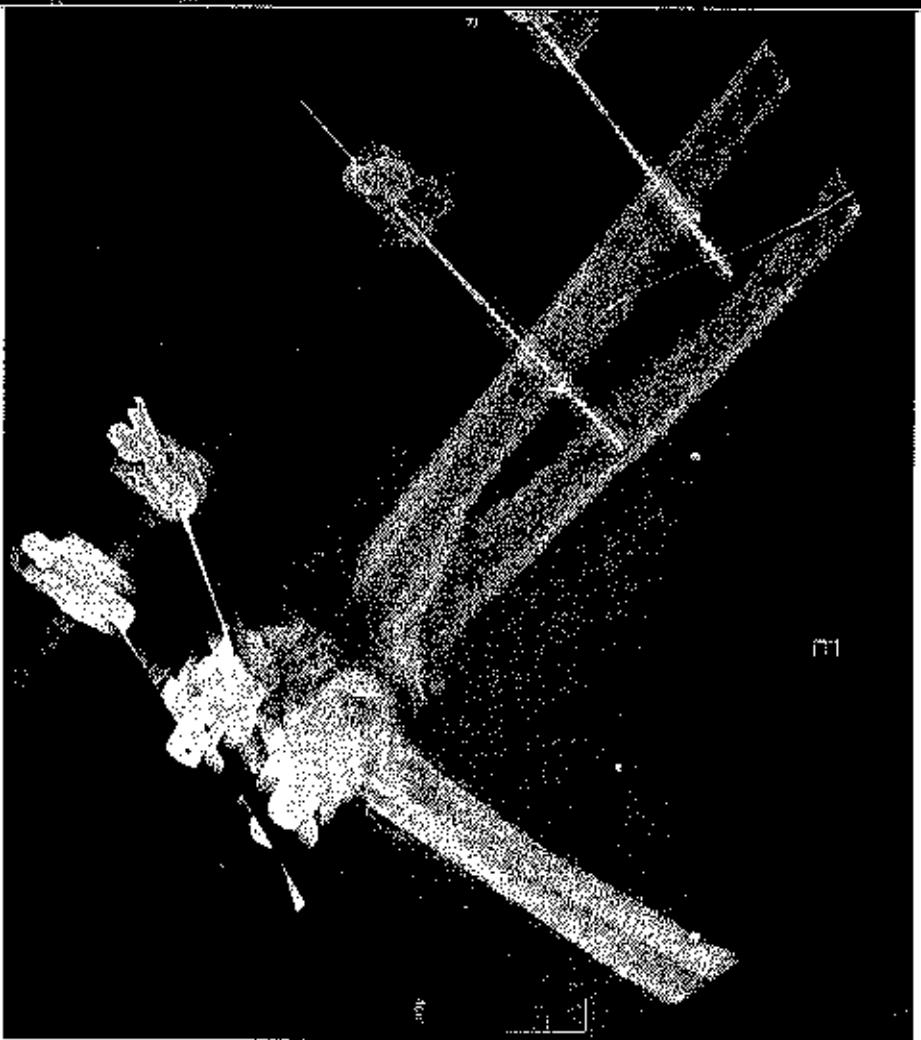
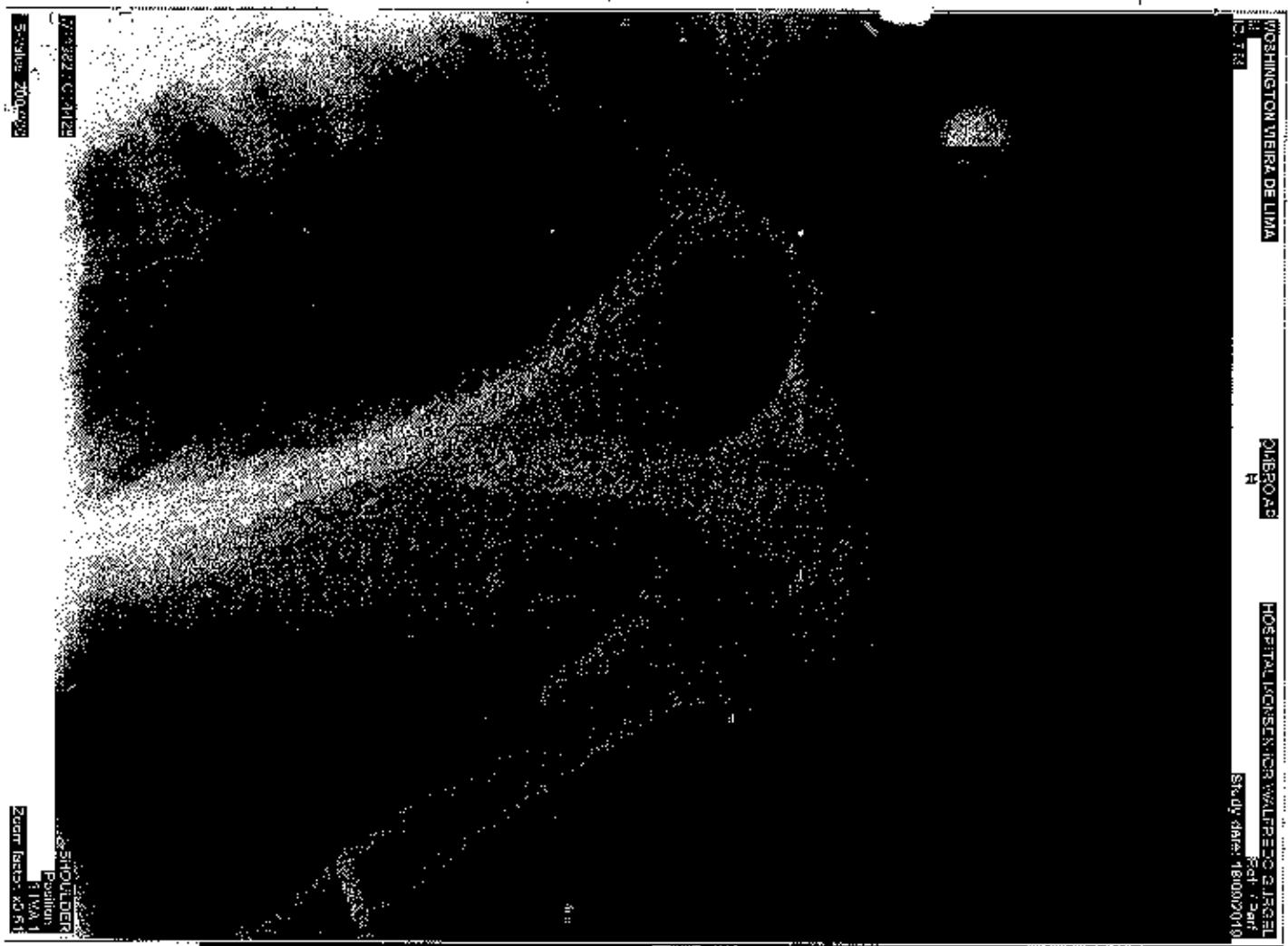
HOSPITAL MONSERRAT VALDEZ - C.D. 1501
Study date: 18/05/2010

ID: 738

GOTOVELD AP

HOSPITAL MONSERRAT VALDEZ SURGEL
Ref: Perf
Study date: 18/05/2010

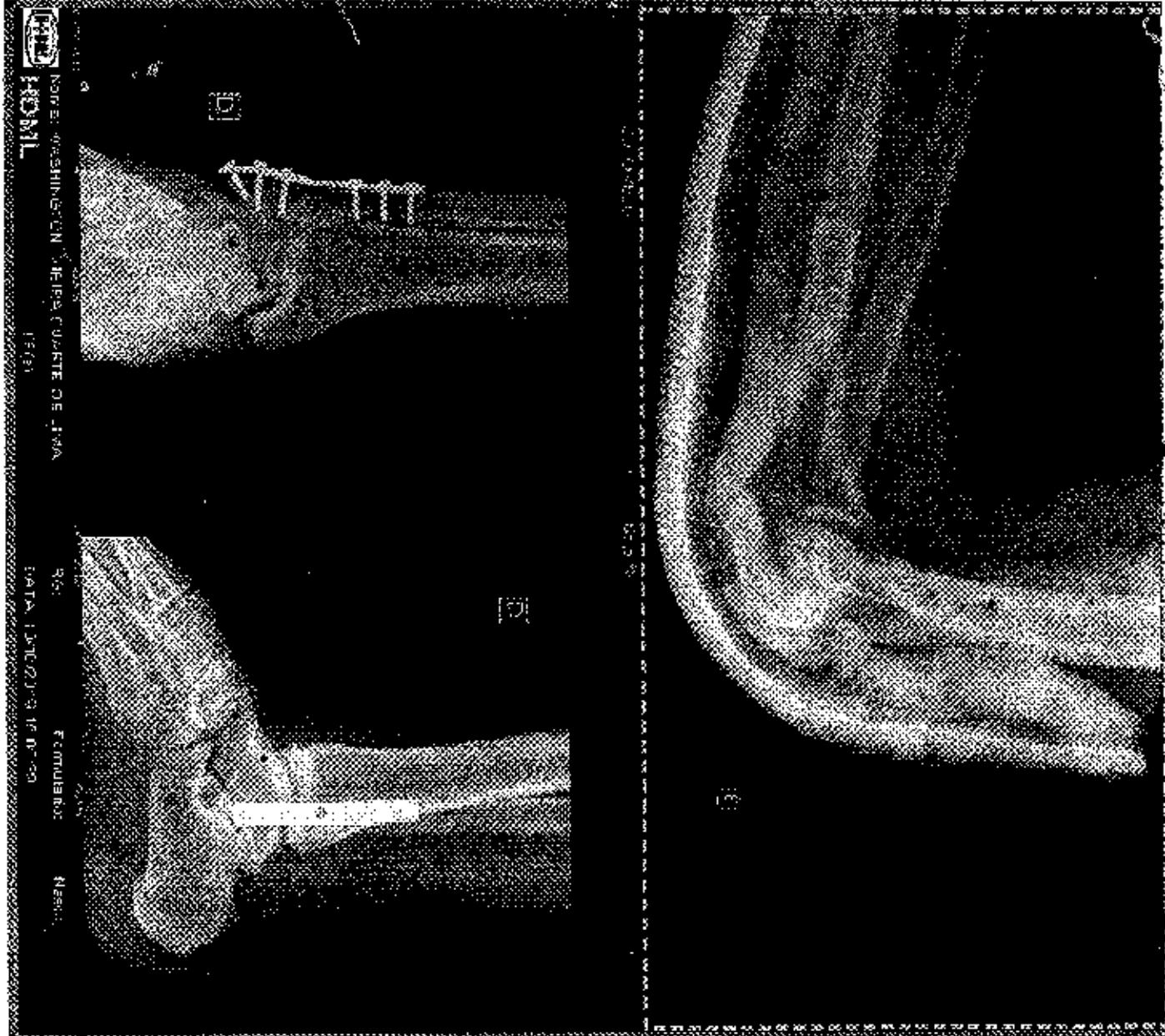
306



SHOULDER
Position:
1 (M.A. 1)
Zoom factor:
x3.61

WV2863 / C14533
Position:
1 (M.A. 1)
Zoom factor:
x3.61

3.620W
Position:
2 (M.A. 1)
Zoom factor:
x3.43



NO. 1011-A
NORMA QUASIMODO - REINA CUPRITA DE LA VIDA

1931

RE: FORMULACIONES

Plastico

Plastico



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 167753
DATA	HORA	CATEGORIA
02/10/2019	17:34	GIH
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	
WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA	27/08/1977	
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	
SOLTEIRO	COBRADOR	
ENDEREÇO (RUA, N°)		
RUA CARAOCA 146		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NATAL	SATAREM	RN
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE	
FILIAÇÃO		
MARIA IRENICE DUARTE	DACILIO VIEIRA	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
O MESMO	988543389	
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNÓSTICO PRELIMINAR	<i>Breche terciopelo D + fratura cábula t</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	<i>Dr. Edimário M. Dantas CRM-942</i>	
DATA DE ADMISSÃO	02.10.19.	ALTA
<i>Ortopedia</i>		
HISTÓRIA CLÍNICA		

23/10/19

Dr. Edimário M. Dantas

CRM-942

Obito

Ortopedia

HODML / SESAP

CONFERIDO ORIGINAL

Parmatilho-RN 11/12/2019

Mat. 96921-0



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM /RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 63

HMMG

NOME: Washington Viana Moreira de Lima
IDADE: 23/10/1971 COR: Pardo SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Pará PROFISSÃO: Operador PROCEDÊNCIA: Olinda
ENDERECO: Rua 2000, nº 100 Bairro: São Lourenço
CIDADE: Olinda DATA: 09/10/19 HORA: 16:40

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	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Grau II com fratura do esterno e ferro fuso no tórax. Anam. ex. do W.G.

EXAME FÍSICO

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 11/10/19
Mat. 36921-4

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura esterno > e costela e



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

2- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

5- PACIENTE

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Identificação do Paciente

7-CARTÃO NACIONAL SUS

700 6069 9341 7764

8- DATA DE NASCIMENTO

27/08/1977

9- SEXO

MASCULINO

10- RACIAÇÃO

PARDA

11- NOME DA MÃE

MARIA IRENICE DUARTE

12- FONE DE CONTATO

966543389

13- NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

14- FONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA CARAOCA 146

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

SATAREM

18- UF

RN

19- CEP

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Justificativa da Internação

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

*Existe pericolo de fuga do paciente e
estrela é seu potencial agressor*

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

Existe pericolo de fuga + fuga estrela é

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

() CNS () CPF

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

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SERIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJI DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISOR

62- 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)

*HRDML / SESAP
CONFERTO O ORIGINA
Paraná - RN - 01/04
Mat. 3692-4*

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
HOM L						
Nome Washington Jesus da Silva				Idade 41/2	Sexo M	Cor
Data 10/10/14	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia	
	Urina					
Ap. respiratório OK					Asma Neg	Bronquite Neg
Ap. circulatório OK					Eletrocardiograma	
Ap. digestivo OK		Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental		Ataracicos	Corticoides	Alergia Neg	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório Fratura de tornozelo direito (modesto localizado + fixador externo)				Estado físico	Risco	
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito	
11.50						
Agentes Anestésicos	3% m	(1) Monitorização + sedação de维持 classe M/S/B				
Líquidos	RS RS RS 500ml/500ml/500ml	(2) Raqueanestesia: Paciente sem dor, consciência + tonus muscular normal, pressão arterial e pulmonar normais, frequência cardíaca ligeiramente acelerada + 160/min, O2 saturação 100% em extubação.				
Oper.	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	Suficiente para operação pulmonar intubado e suportado por LGA a juntar a O2. Quantidade 250ml paciente sem líquido clorídrico excedendo 150ml/min. O2 saturation 100% em extubação.				
Anest.	99% / 39%	(3) Monitorização + analgesia com oxigênio 100% + O2				
O Resp.		Inhalando 100% O2				
P Pulso		Suficiente para operação pulmonar				
SIMBOLOS (OK) (X) CONFERIDO ORIGINAL Paraná - RN, 11/12/2014 Mat. 10969264						
ANOTACOES						
POSIÇÃO	Positioning 30° Trendelenburg 30° Propofol 500mg bolus 250mg bolus 100mg bolus 100mg Fentanyl 30mcg Dypnos 250mg					
Agentes	Ketamine 100mg Fentanyl 30mcg Dypnos 250mg					
Técnica	Ostese sintese de tornozelo órfaco e patelar + fixador de coto					
Operação	Ostese sintese de tornozelo órfaco e patelar + fixador de coto					
Cirurgiões	Dr. Da Cunha / Dr. Abreu					
Anestesistas	Dr. Sergio Gómez Dr. Anestesiologista DCR Médico Anestesiologista DCR CRM/RN 1500					
Observações	Sem antecedentes de coagulagora normal					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias						
Perda sanguínea						

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"/> BUZO-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

Determinar p/ Operar

Edimar M. Dantas
CRM-942
Orthopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVICO DE <i>Drt. Frederico</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/_____ HORA _____ PARA _____
HORA _____ HS		

RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	HORA _____	
ÓBITO ____/____/____	HORA _____	<i>Não é motivo para remoção</i>
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		<i>NIR / HDML / E.P.</i> <input type="checkbox"/> <i>AUTORIZADO</i>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

Nome do paciente			Nº prontuário
WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA			
Data operação	10/10/19	Enf.	Leito
Operador	1º auxiliar		
2º auxiliar	DR. ALIPIO	3º auxiliar	DR. OSVALDO LARA Instrumentador
Anestesista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
FRATURA DO TORNOZELO DIREITO (MÁLEOLO LATERAL) + FT DE OELCRANO ESQ			
Tipo de operação			
TRATAMENTO CIRÚRGICO – OSTEOSÍTESE DO TORNOZELO COM PLACA E PARAFUSOS + RETIRADA DE SÍNTESE DE COTOVELO			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA.

2. ESVAZIAMENTO + GARROTEAMENTO

3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTÉREIS

4. INCISÃO LATERAL + DISSECÇÃO POR PLANOS

5. LIMPEZA DE FOCO + VISUALIZADA COMUNICACAO LATERAL.

6. REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO 3,5 MM + PARAFUSOS

7. LAVAGEM

8. SUTURA

9. CURATIVO

10. RETIRA DE FIXADOR EXTERNO DE COTOVELO ESQ

11. SOLTURA GARROTE

12. ENFAIXAMENTO

13. CRO

14. RX

KOM RX PO.

| I CIRURGIAS MULTIPLAS:
| #4150100121

| I POLTRAUMATIZADO:
| #4150300131

| I PROC. CLINICO

| I PROC. CIRURGICO:
| O40 8050578

| I CBO. 225225

| I CBO. 225270

| I 3 DIAS

| I CID 5 - 824

PLANTONISTA

COOPERADO:

107-1673
 Dr. Cesar
 Dr. Cesar
 Dr. Cesar

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																												
Nome Washington Vieira de Sáima					Idade 36	Sexo M	Cor																																												
Data 15.10.19	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso		Outros																																												
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia																																														
	Urina																																																		
Ap. respiratório					Asma		Bronquite																																												
Ap. circulatório					Eletrocardiograma																																														
Ap. digestivo					Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																												
Estado mental Glasgow 15		Ateracticos	Corticoides	Alergia nuga		Hipotensoras																																													
Diagnóstico pré-operatório Fratura de cotovelo L					Estado físico Bom	Risco ASA I																																													
Anestesias anteriores																																																			
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td>O₂</td> <td>CO₂</td> <td>RIS</td> <td>RES</td> <td>ES</td> <td>PS</td> <td>S</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td>SO₂</td> <td>Na</td> <td>K</td> <td>Cl</td> <td>Ca</td> <td>Mg</td> <td>Urea</td> <td>Gluc</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> </tr> </table>									Agentes Anestésicos	O ₂	CO ₂	RIS	RES	ES	PS	S	S	50	50	50	50	50	50	50	50	Líquidos	SO ₂	Na	K	Cl	Ca	Mg	Urea	Gluc	50	50	50	50	50	50	50	50									
Agentes Anestésicos	O ₂	CO ₂	RIS	RES	ES	PS	S	S																																											
	50	50	50	50	50	50	50	50																																											
Líquidos	SO ₂	Na	K	Cl	Ca	Mg	Urea	Gluc																																											
	50	50	50	50	50	50	50	50																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="2">Oper.</td> <td>260</td> <td>250</td> <td>240</td> <td>230</td> <td>220</td> <td>210</td> <td>200</td> <td>190</td> </tr> <tr> <td>180</td> <td>170</td> <td>160</td> <td>150</td> <td>140</td> <td>130</td> <td>120</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anest.</td> <td>100</td> <td>90</td> <td>80</td> <td>70</td> <td>60</td> <td>50</td> <td>40</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="9"> <input checked="" type="checkbox"/> O Resp. <input type="checkbox"/> P Pulso <input type="checkbox"/> Anest. <input type="checkbox"/> Oper. </td> </tr> </table>									Oper.	260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	Anest.	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10							<input checked="" type="checkbox"/> O Resp. <input type="checkbox"/> P Pulso <input type="checkbox"/> Anest. <input type="checkbox"/> Oper.								
Oper.	260	250	240	230	220	210	200	190																																											
	180	170	160	150	140	130	120	110																																											
Anest.	100	90	80	70	60	50	40	30																																											
	20	10																																																	
<input checked="" type="checkbox"/> O Resp. <input type="checkbox"/> P Pulso <input type="checkbox"/> Anest. <input type="checkbox"/> Oper.																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="2">SIMBOLOS</td> <td>midaoplam - 06mg</td> <td>ropi 1% - 01 FA</td> <td colspan="2">cetraxona - 1g</td> </tr> <tr> <td>pentam - 60mcg</td> <td>clarametazano - 10mg</td> <td colspan="2">clindamicina - 600mg</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ANOTACOES</td> <td>Propofol - 200mg</td> <td>dipirona - 02g</td> <td colspan="2">RS - 1000ml</td> </tr> <tr> <td>lidocaína 2% SW - 01 FA</td> <td>Tinsizolam - 40mg</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>									SIMBOLOS	midaoplam - 06mg	ropi 1% - 01 FA	cetraxona - 1g		pentam - 60mcg	clarametazano - 10mg	clindamicina - 600mg		ANOTACOES	Propofol - 200mg	dipirona - 02g	RS - 1000ml		lidocaína 2% SW - 01 FA	Tinsizolam - 40mg																											
SIMBOLOS	midaoplam - 06mg	ropi 1% - 01 FA	cetraxona - 1g																																																
	pentam - 60mcg	clarametazano - 10mg	clindamicina - 600mg																																																
ANOTACOES	Propofol - 200mg	dipirona - 02g	RS - 1000ml																																																
	lidocaína 2% SW - 01 FA	Tinsizolam - 40mg																																																	
POSIÇÃO	DDH																																																		
Agentes	ver acima																																																		
Técnica	Bloqueio interscalântico + Axilar Esquerda + Sedação																																																		
Operação	TTO. Cirúrgico da fratura de cotovelo																																																		
Cirurgiões	Dr. Marcelo Sobrino + Dr. Haussmann																																																		
Anestesistas	Dra. Isarla Tomasi																																																		
Observações	sem intercorrências																																																		
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					Perda sanguínea																																														
Exissas Tóxicas Anestesiologia CRM RN 6270 091701994-61																																																			

Nome do paciente		WASHINGTON VIEIRA DE LIMA		Nº prontuário
Data operação	15/10/2019	Enf.	Leito	
Operador			1º auxiliar	
2º auxiliar		3º auxiliar		Instrumentador
Anestesista	DR. MARCELO NOBREGA	Tipo de anestesia DR. HAUSEMANN MORAIS		
Diagnóstico pré-operatório				
Tipo de operação	SEQUELA DE FRATURA DE OLECRANO COMUNITIVA E COM PERDA OSSEIA			
Diagnóstico pós operatório	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SEQUELIA (LESAO HÁ QUASE 30 DIAS) DE FRATURA DE COTOVELO E			
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

- Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - visceras
- CIRURGIAS MÚLTIPLAS
 (415010012)
- FOLHARIAUTORIZADO
 (415020013)
- PROC. CLÍNICO
- 8 PROC. CIRÚRGICO
 0408020547
- GBO. 225225
- GBO. 225270
- 13 DIAS
 1010 S-SZD
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APÓS ANESTESIA
 2. GARROTE COM FAIXA DE ESMARCH
 3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 4. REALIZADO ACESSO AO COTOVELO ESQUERDO
 5. VISUALISADO FRATURA COMUNITIVA DE OLECRANO COM PERDA OSSEA (FOI EXPOSTA A EPOCA)
 6. REALIZADA FIXACAO COM PLACA E PARAFUSO 3.5
 7. MOVIMENTO SEM BLOQUEIO ARTICULAR APÓS FIXACAO COM ARCO DE MOVIMENTO FUNCIONAL, LIMPEZA COM SF 0,9%
 8. SUTURA POR PLANOS
 9. CURATIVOS
 10. RETIRADA DE GARROTE
 11. BOA PERFUSÃO DISTAL

MÉDICOS COOPERADOS

Marcelo Nobreiro Rocha
CRM 3522
T 6433

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MAIS GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO - CIENTÍFICO DA POLÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II

SÉRGIO HENRIQUE



WASHINGTON VIEIRA DE LIMA

ANEXO 001 - 001

CARTEIRA DE IDENTIDADE

001.696.787

23/11/2019

WASHINGTON VIEIRA DE LIMA

WASHINGTON VIEIRA DE LIMA
PARA ISENTO DIREITO DE LIMA

CORRATIS NOVOS RR

23/10/1977

REGIA DE LANÇAMENTO 1-4-15 N-134 RR-3319
CORRATIS NOVOS RR-2-LOTE 001

000.273.504-63 P-0000007643 3a. VLR

PROVAZ 7.116 R. M. 5007

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

VIEIRA
DE LIMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035068 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA **Data do acidente:** 17/09/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO OLÉCRANO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO 4º METACARPO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: WASHINGTON Vieira Degóes de Lima, brasileiro(a),
estado civil: Jovem Profissão: COBRADOR, portador(a) do RG
001.806.983, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 008.278.584-85, residente
no(a) RUA TARAUCA, VILA GUARANI nº 148,
bairro: POTENGY, município: NATAL / RN.

OUTORGADO:

Nome: MARCOS BATISTA FABRIEIRO, brasileiro(a)
estado civil: DIVORCIADO Profissão: DEZESSE, portador(a) do RG
1375340, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 806785054-20 residente
no(a) Rua do Xareu nº 140,
bairro: PATOSARCA, município: NATAL / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

Sao Gonçalo do Amarante na 17/02/19
Local e Data

Locale Data

WASHINGTON VODELIMA

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Comarca de São Gonçalo do Amarante - Rio Grande do Norte
Nº 0001 - CNPJ: 11.315.100/0001-25 - Fone: (84) 3222-6200

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Registro: 0015 / 0014 CPF/MF: 006.279.584-05

Selo Digital Padrão | DOI: [10.11606/issn.2316-9060.v15i55.20845](https://doi.org/10.11606/issn.2316-9060.v15i55.20845) | <https://selodigital.fcm.jus.br>

34º Gonzaga - Anexo/RN 17 de dezembro de 2019

Og... Arne Carsten

Sergio Chul de Souza | Sandra Carolina da Silva | Paulo Sérgio de Moraes

Empréstimos R\$2.00 + R\$0.140,00 - Total = R\$2.140,00 (até 28/10/2017)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035068 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA **Data do acidente:** 17/09/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO OLÉCRANO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO 4º METACARPO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00