
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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



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: 008.278.584-85 3 - CPF da vítima: 008.278.584-85 4 - Nome completo da vítima: WASHINGTON VIEIRA 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 VIEIRA DUARTE DE LIMA 6 - CPF: 008.278.584-85
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: RUA TARAUCH, VILA GUARANI 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: POTENGY 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59124-550
15 - E-mail: (84) 98782-0211

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\$1.001,00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: SANTANDER (037)
AGÊNCIA: 3148 CONTA: 60026368
(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.

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 o 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 CNJ) ☐ 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 residência (você assina)? ☐ 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 Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, 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 - Assinatura original da vítima ou representante legal: 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Natal RN 18/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): WASHINGTON V D DE LIMA

43 - Assinatura do Procurador (se houver): MARCOS BATISTA FERRAZ

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Santander

PREPAGADA



5021 2125 3734 0890

VALID FROM **07/13** VALID UNTIL **04/28**

WASHINGTON V D LIMA

3178 60026368-8



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

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/12/2019 11:32 Data/Hora Fim: 17/12/2019 11:43
Delegado de 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	Melo(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: 001906983

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: RUA TARAUCA
Complemento: VILA GUARANI
Bairro: POTENGI
Telefone: (84) 98827-8691 (Celular)

Nº: 112

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Descrição CICLOMOTOR
Placa QGN4451
Número do Motor 1P39FMAFA123735
Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
UF Veículo Rio Grande do Norte
Marca/Modelo I/SHINERAY XY 50 Q

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 008.278.584-85
Renavam 01109294899
Número do Chassi LXYXCBL03F0300491
Cor VERMELHA
Município Veículo Natal
Modelo I/SHINERAY XY 50 Q



Delegado de Polícia Civil: Luciano Augusto Pereira
Impresso por: Luiz Antonio Medeiros Emerenciano
Data de Impressão: 17/12/2019 11:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

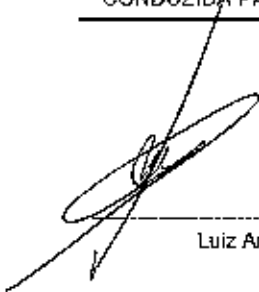
Nº: 070186/2019

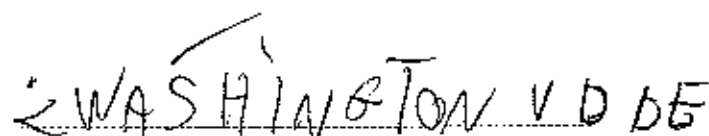
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Envolvido	Última Atualização Denatran	22/01/2018
Situação do Veículo	NADA CONSTA		
Nome Envolvido	Envolvimentos		
WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA	Proprietário		

RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA, 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 VÍTIMA 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)

*Dado para as devidas fins ao declarante que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro no ASL: 3 - CPF da vítima: 008.278.584-85 4 - Nome completo da vítima: WASHINGTON VIEIRA 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 VIEIRA DUARTE DE LIMA 6 - CPF: 008.278.584-85

7 - Profissão: Recusado 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) 98782-0211

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER (057)

AGÊNCIA: 3148 CONTA: 60026368

(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.

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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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(s) e/ou nascidos? ☐ 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 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

Assinatura do
devidor do
a pagar do
beneficiário
ou beneficiária

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Natal RN 18/12/19
WASHINGTON V D DELIMA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

MARCOS BATISTA FERREIRA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

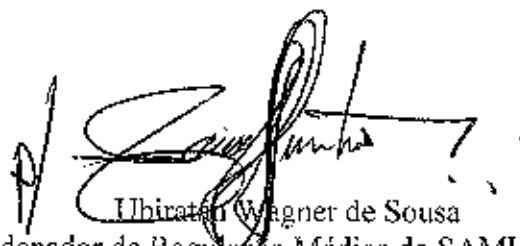


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se faz 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.



Uliratan 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: WANEISSA GUSTAVO DO NASCIMENTO
 Rádio Operador: HONDINELLY FREITAS DE ARAÚJO
 Equipe Enfermagem Cena:
 VTR: USB 66 (PARANAMIRIM)

Médico Regulação: VINICIUS CÂMARA DE SOUSA PAIVA
 Médico Cena: JOSE ALEXANDRE SOUZA SILVA
 Usuário Pós-Cena:
 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
LIGAÇÃOCONTATO 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 PACIENTE

Queixa Primária: COLISAO MOTO X TREM

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

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:

OBSERVAÇÕES

Data: 17/09/2019 19:29:28 Usuário: (RADIO 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) WANEISSA GUSTAVO DO NASCIMENTO
 Observação: REGULADO COM DR ANDRE - PSCS

Data: 17/09/2019 21:20:14 Usuário: (RADIO OPERADOR) HONDINELLY FREITAS DE ARAÚJO
 Observação: Controle de frota: DR GUSTAVO RECEBEU O PACIENTE

HISTÓRICO DO CHAMADO

Chamado:
 17/09/2019
 19:24:36

Saída Local:
 17/09/2019
 20:19:20

Regulação Médica:
 17/09/2019
 19:27:24
 Chegada Destino:
 17/09/2019
 20:38:20

Solicitação VTR:
 17/09/2019
 19:28:03
 Liberação Destino:
 17/09/2019
 21:20:16

Saída VTR:
 17/09/2019
 19:28:13
 Liberação VTR:
 17/09/2019
 21:20:12

Chegada Local:
 17/09/2019
 19:41:20

Observação do Apoio:**CONDIÇÃO**☐ Remoção**Conduta Médico Regulador:**

17/09/2019 20:13:22 - VINICIUS CÂMARA DE SOUSA PAIVA
AVP COM RL + 01 AMP DE DIPIRONA EV

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA☐ Aguardando Vaga**Estabelecimento:****Vaga Negada - Motivo:****H. ligação ao serv prop.:**☐ E:**Recebido por:****Numero do conselho:****Numero da ficha de Remoção:**☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero**Motivo da entrada:****Ass:****PERTENCES****Nome receptor:****Cargo receptor:****Descrição dos pertences:****Local deixado pertences:****Data:****Ass:****ACIDENTE DE TRABALHO?**☐ Sim ☒ Não**VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?**☐ 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

SA - CENURĂ : - NOTA FISCAL

Copyright © 2012 Pearson Education, Inc. or its affiliate(s). All rights reserved. | 57

Para 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: 0800-1596 / 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 RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCELO BATISTA FABRICIO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 806785054-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008278584, 85

do sinistro de DPVAT cobertura IT VALIAZ da Vítima WASHINGTON VIEIRA DUARTE 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua do Xaréu</u>	Número: <u>140</u>	Complemento: <u>casal</u>
Bairro: <u>PAJUCARA</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59133-040</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 98782-0211</u>

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

MARCELO BATISTA FABRICIO
Assinatura do Declarante



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 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: PARDA

CNS: CPF: 00827858485 Prof:

Mãe: IGNORADO Pai:

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

CEP: 59575000 Bairro: ZONA URBANA Cidade: EXTREMOZ

Telefone: 84 32327500 Contpl: PAC. SO APRESENTOU O CPF

Motivo: CARRO X TREM

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

Fluxograma:

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SaO2	NEC2	SaO2	TEMP	Glasgow	RTS
10:40	100/80		100%		100%	36,2°C		

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

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

Hora:

Paciente vítima de colisão moto-trem há cerca de 1h.
Relatou uso de capacete. Foi socorrido pelo SAMU. Não
percebeu dor ou vômito.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas permeáveis
- B UV+ e hmi+ruco, SRA, não palpo enfurecido FR 20 ypm
- C pulsos fortes e hmi+ruco, RCR, 27, BNF FC
- D Glasgow 15
- E Fratura exposta MSE e clavícula E, MSD a 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.

WALFREDO GURGEL

FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Assinatura e Carimbo do Responsável

SEM DOR	LEVE	Moderate	Intense	Plot Possible
0	1	2	3	4

Expos de Travaux Élévatoires 1993. Edm. Galica
du volonteiro para decimas de breves festivos.
Referencia: Admissão de Crianças 1993. Saco
V.L. Copel, 21 de A. de 1993. O. de 1993. O. de 1993.
1. Travaux 1993. 1993.

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:

DATA: 17/09/19

HORA: 22 h

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

L.T.P. ☐

Médico (Carimbo)

Dr. Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM: 6046
RBO: 14.523

Destacar nesta 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. ☐

L.T.P. ☐

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS)

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)

Soluto Rx plombo direito AP, perfil
e obliquo, rotavelo direito AP+P+O
braco esquerdo AP+P+O, antebraço
direito AP+P+O, ombro @ AP+P+O

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

TC de tórax sem hemo/pneumotórax
Alta Ues
Agora info para
transmover 100 mg EV

22:31

Gustavo T. L. Santos
Cirurgião
CRM-RN 6608

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedia

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Gustavo T. L. Santos
Cirurgião
CRM-RN 6608

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SarinhoLAUDO 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

5 - NOME DO PACIENTE Wilson Felismino das Santos		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
14 - MUNICÍPIO	15 - BAIRRO	16 - UF	17 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Trauma no tórax de atropelamento
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO apresentando fratura exposta do osso da perna
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) RX

21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Fratura exposta	22 - CID PRINCIPAL S82	23 - CID SECUNDÁRIO	24 - LAUDOS ASSOCIADOS
---	---------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO de perna	26 - LEITO / CLÍNICA E	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO NATAL 15/10/19 MAT Nº. 1520873	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Kleudson Bastos
29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0415010012	30 - DT SOLICITAÇÃO 02.07.19	31 - CNES / CPF Dr. Kleudson Bastos	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNPJ DA SEGURADORA	35 - Nº DO BILHETE	36 - BÔNUS
37 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	38 - CNPJ	39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	40 -
41 - CID PRINCIPAL	DESCRIÇÃO ... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

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

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

Nº: 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:

Obito:

Dias de permanência:

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

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura exposta dos pernos D.C.

RESUMO DE ALTA

Paciente com fratura nos pernos D.C.
hoje não sente dor.
Fratura exposta dos pernos
D.C.
Internado para tratamento cirúrgico
de urgência.

Jr. Michel Pereira de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
CRM 4423 - RBO 10751

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 15/10/19
MAT. Nº 182813
SABE
ASSINATURA

NATAL, 02 de Julho de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Nome

Wilson Felismino dos Santos

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

02/7/19

Hora:

Paciente com trauma grave nos
membros D e E sup.
Ao Rx fratura grave dos membros D e E
intermiado p/ fraturamento cirúrgico
de urgência.

Dr. Michel Freire de Araújo
Oncologista e Traumatologista
CRM 4423 - RCDT 10751

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 15/10/19
MAT. Nº 150813
SANE
CF
ASSINATURA

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salinho**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: _____ Leito: 306 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 12/09/19 Alta: _____
Nome: Washington Vieira Duarte de Lima Naturalidade: _____
Idade: 41 Sexo: (☒) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 23/10/1947
RG: _____ Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: B.F. Inc.
Filiação: Pai: _____ Mãe: _____

Endereço: R. Anacó, 126 - Casa 12 - São José Cidade: Natal
Telefone: 98796-7158 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: Giovane Outros telefones: _____
Composição familiar: Reside só
Outras informações: Faz uso de () Alcool () 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
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

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: Wedman
Parentesco: Irmão Telefone: 9860-4920
Endereço do Responsável: _____

Evolução

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

18/09 - Paciente trazido pelo SAMU, vítima de colisão motorista, sem acompanhamento, informa que perdeu os documentos, não tem contato com familiares, apenas o irmão. Recebe visita de amigo. Sg. 048.

Saída

Objeto: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

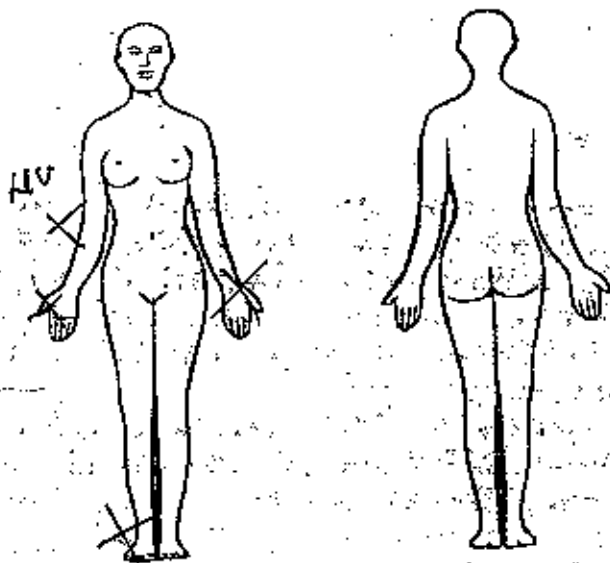
Nota: O presente, no âmbito hospitalar, assistencial e saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, agravos de causas endêmicas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e for, dos valores éticos e humanitários.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON VICTOR DUARTE DE LIMA IDADE: 44
DATA DE NASCIMENTO: 23/10/1977
REGISTRO: 143940 HORA: 23:20
DATA DE ADMISSÃO: 18/09/2019
ADMISSÃO DO PACIENTE: Ortopedia
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: _____
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (x) ORIENTADO (x) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (x) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (x) HIPERTENSO: SIM () NÃO (x)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (x) ASMÁTICO: SIM () NÃO (x)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (x) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (x) NÃO ()
OBSERVAÇÃO: Rx
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 15/10/19
MAT. Nº 1820473
SANE
ASSINATURA _____

INSTRUMENTADO: Pedrao JALECÓ Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____
CIRCULANTE: _____
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (x) RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS.: _____
ANESTESISTA: Dr. Diogo
INÍCIO DE ANESTESIA: 23:30
TÉRMINO DE ANESTESIA: 01:30
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolin 2g
HORA: 23:30

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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Washington Vilela de L Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Fx/LV OMBRO (E) + Fx exposto alveolo (E) + Fx expostoIndicação terapêutica: LC + DB + FE colossela (E) Urgência () Eletiva () 4º MTC - (E)

+ LC + DB MÃO (E)

INTERVENÇÃO

+ Fx molar do 1º (E)

Data: 18/09/19 Início: 13:50 (17/09) Término: 01:30 Duração:Operador: DIEGO TURBUATO

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador: PedroAnestesista: Diego

CRM/CRO:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 15/10/19
MAT. Nº. 18473
SAME
ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1- Paciente em DDA sob anestesia geral
- 2- Aneprio + anti-eprio + campo estéril
- 3- Limpeza cirúrgica exaustiva com SF 0,9% abundante
- 4- Desbridamento do tecido desestabilizado
- 5- Fixador externo transarticular do colossela (E)
- 6- Sutura por planos + curativo estéril
- 7- Aneprio + anti-eprio do MÃO (E)
- 8- Limpeza cirúrgica c/ SF 0,9% abundante
- 9- Desbridamento
- 10- Sutura por planos + curativo estéril + tala curva
- 11- Tala tipo T1/2 (E)
- 11- Velpeu OMBRO (E)
- 12- A RPA

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

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

DIEGO TURBUATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN: 6770/TEOT 14133

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 à luz dos valores éticos e humanitários.

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)
18.994

Assinatura do Cirurgião
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO

Assinatura do Instrumentado

INÍCIO DE CIRURGIA: 08:50
CIRURGIÃO: DR. MORG
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: TTT (Tumor Resectivo) + Linfadenectomia + Linfocintilação
Mão esquerda

TERMINO DE CIRURGIA: 01:20

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x)
Nº DA SONDA: 7

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)
Nº DA SONDA: 7

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x)
RX: SIM () NÃO (x)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x)
TIPO: 7

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x)
TIPO: 7

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (x)
FEITO FICHA: SIM () NÃO (x)
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x)
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (x)
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (x) NÃO ()
GAZES CONFERIDAS: SIM (x) NÃO ()
CAIXA CIRÚRGICA: COMPLETA: SIM (x) NÃO ()
OBS: 7

ÓBITO: SIM () NÃO (x)
RESPONSÁVEL PELA RCP: 7

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO (x)
PREENCHIDO AII: SIM (x) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente submetido a cirurgia de ressecção de tumor da parede posterior do abdômen, com linfadenectomia. O paciente foi submetido a cirurgia sem intercorrências. O paciente foi submetido a cirurgia sem intercorrências. O paciente foi submetido a cirurgia sem intercorrências.

18:30 - Administração de soro fisiológico e solução de Ringer-Locke.
19:00 - Administração de soro fisiológico e solução de Ringer-Locke.
20:00 - Administração de soro fisiológico e solução de Ringer-Locke.
21:00 - Administração de soro fisiológico e solução de Ringer-Locke.

700ml - 96%
700ml - 96%
700ml - 96%



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Washington Veiros Duarte da Lima 1E

Idade: 41 a Sexo: M Registro: _____

Diagnóstico: Poletromia / Fratura de antebraço 1E Data: 17/09/19

Cirurgia Realizada: Redução e fixação Fratura de dedo da mão 1E

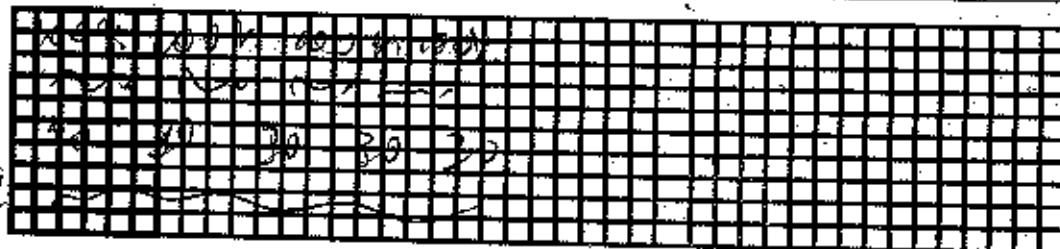
Cirurgião: Dr. D. D. G. Fratura de tornozelo 1E

Anestesiologista: Dr. D. D. G. Fratura de antebraço 1E

História Clínica Admissional: Paciente com trauma, estômago cheio, febre alta, febre de 38,5°C

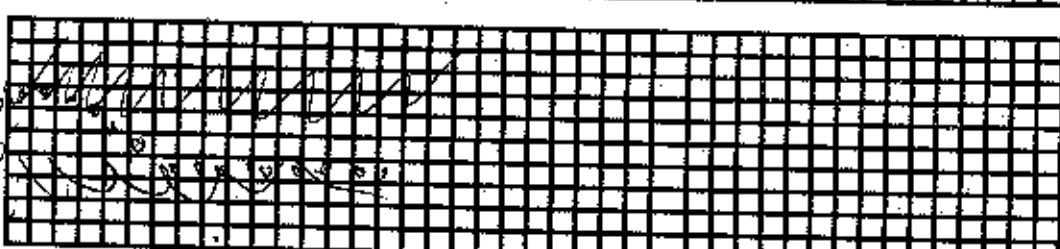
Técnica Anestésica: Intubação oral, balanceada, 20% por 20%
de O₂ e N₂O, sem interferência, sem interferência

SatO₂
O₂
EtCO₂
Evap



① PNL
② Cardiorrespi
③ Oximetria
④ Capno grafia

200
120
80
0



Início: 23:30 h

Término: _____

Anestésicos Utilizados:

1. Propofol - 200mg
2. Fentanyl - 200µg
3. Succinilcolina - 100mg
4. Ceftazidima - 0,6
5. Dexametasona - 10mg
6. Rantidina - 50mg
7. Antiespasmódico - 10mg

8. Diploina - 0,6
9. Gasegan - 40mg
10. Nalox - 10mg
11. Atropina - 0,1mg
12. Neostigmina - 0,2mg
13. _____
14. _____

Encaminhamento: At 01 h da manhã, para o cur
para Dr. D. D. G.

Assinatura do Anestesiologista - CRM
Dr. Diego H. Duarte da Silva
CRM 1897
270.624-60

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

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

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO				
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - MASCULINO	11 - FEMININO	12
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO				
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - CID				
13 - CID	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--------------------------	------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - DT / SOLICITAÇÃO	30 - CNES / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

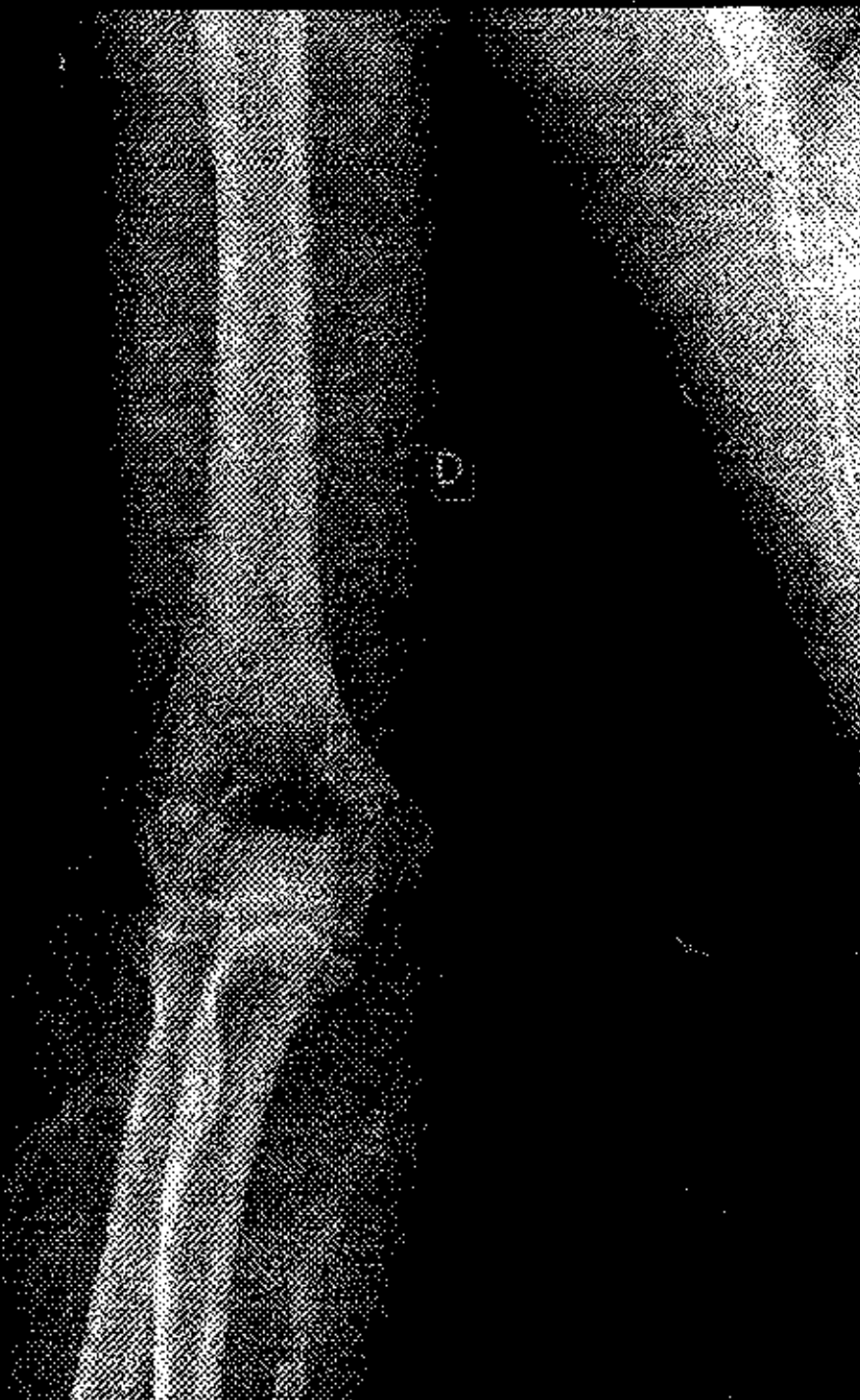
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - CID PRINCIPAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () GRAVE 44 - () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNES / 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 (AIH)
-------------------------------	------------------	-----------------	--	--	------------------	----	--	---

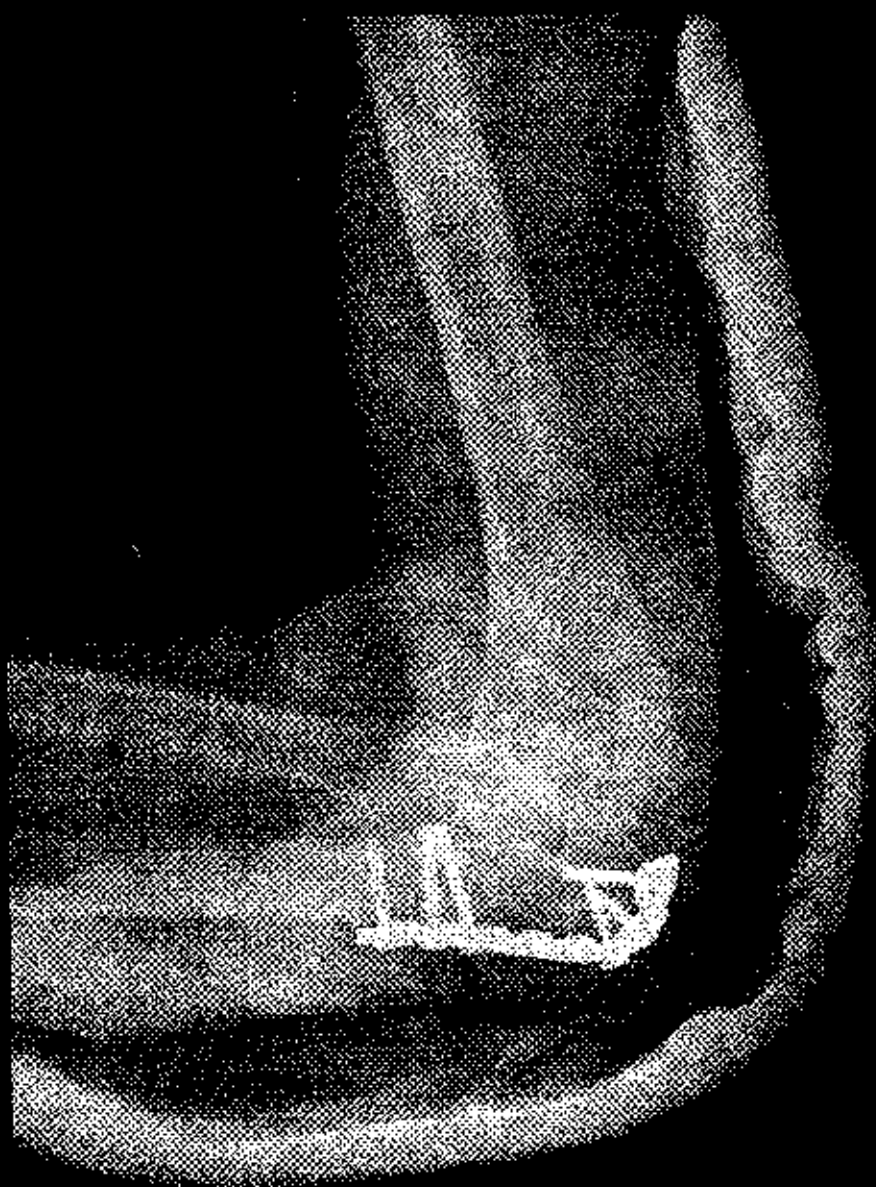
Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e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



100 mm

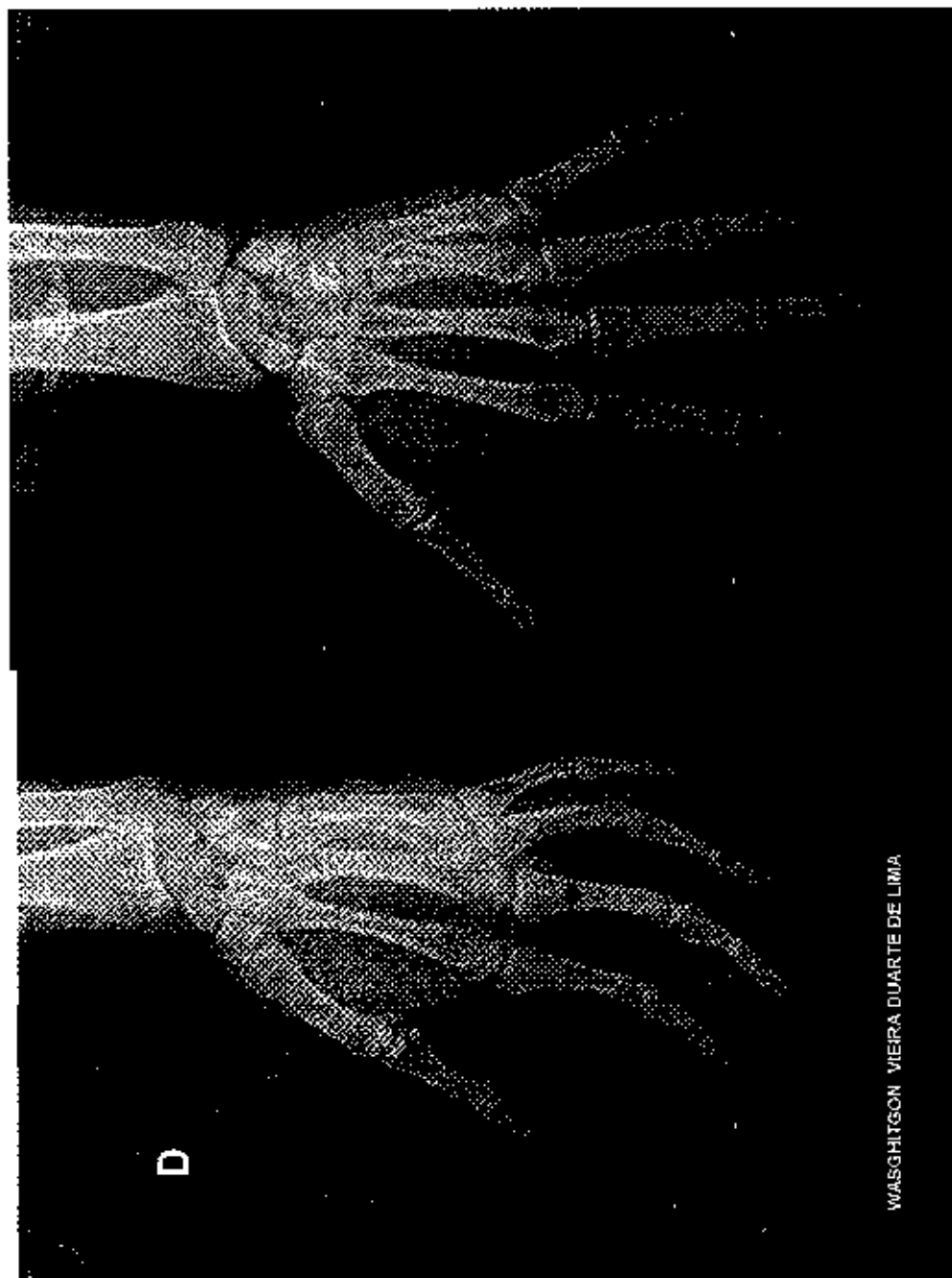


L



100 mm

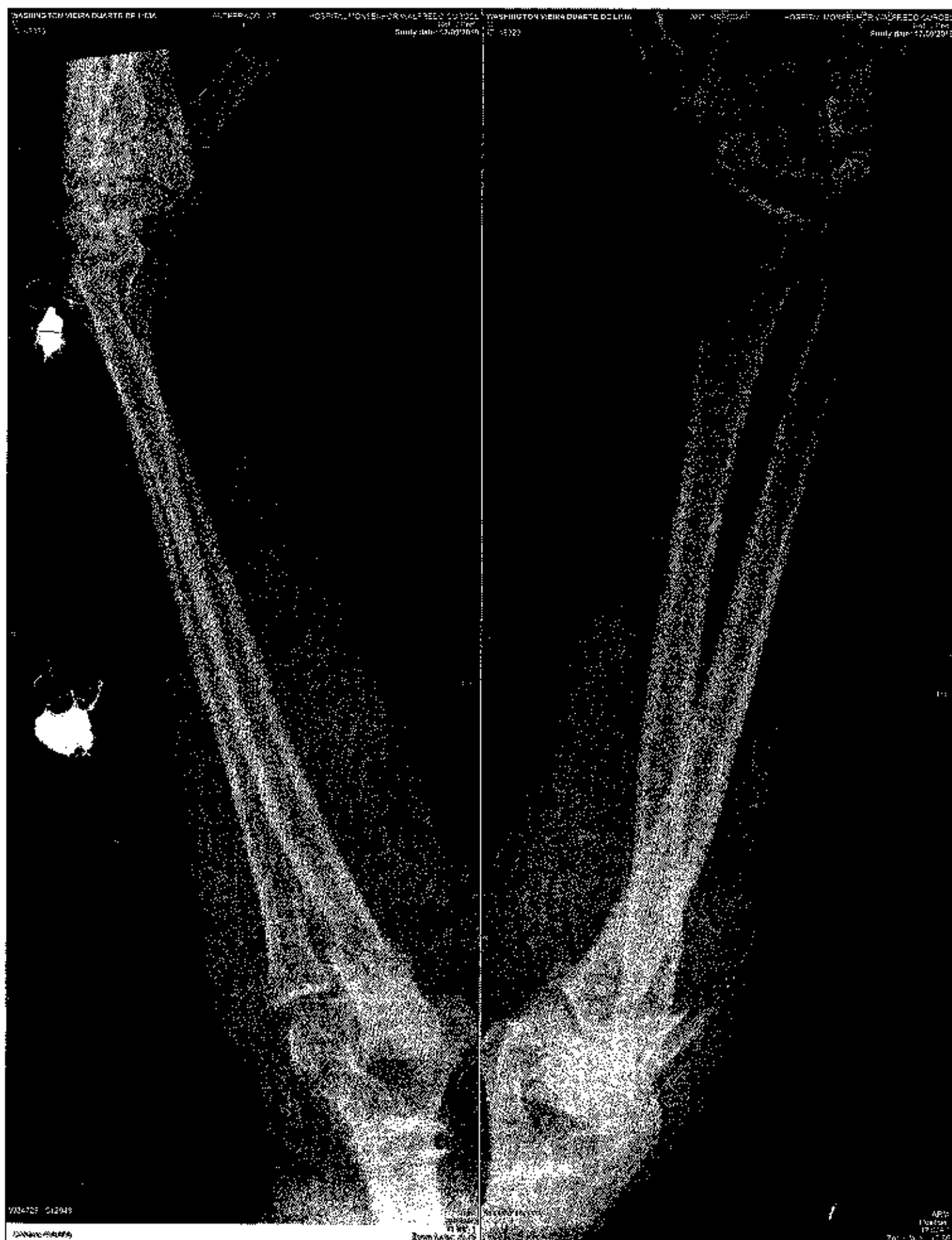




D

WASGHITSON VIEIRA DUARTE DE LIMA

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



Antebraccio Esquerdo

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

HOSP TAL DO CORAÇÃO WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA
RUA FLORES
19040-000 BARRA DO PIRAÍ

IMAGEM
H

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA
IM
EX-40000

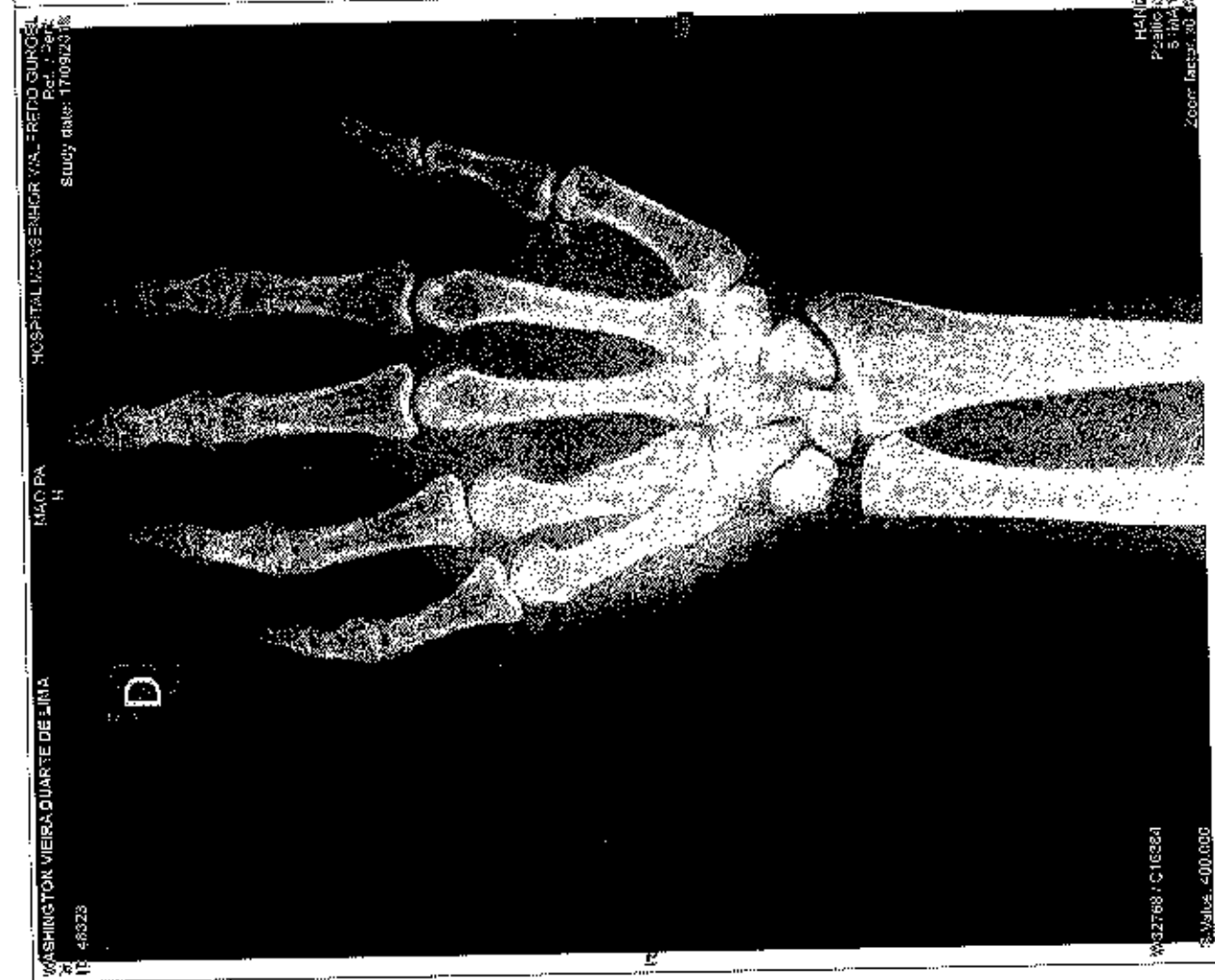


4cm

EXAME DE
RADIOLOGIA
17/09/2019
2004 100000000000

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA
EX-40000

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA, : D> . 7m 17/09/2019



4cm

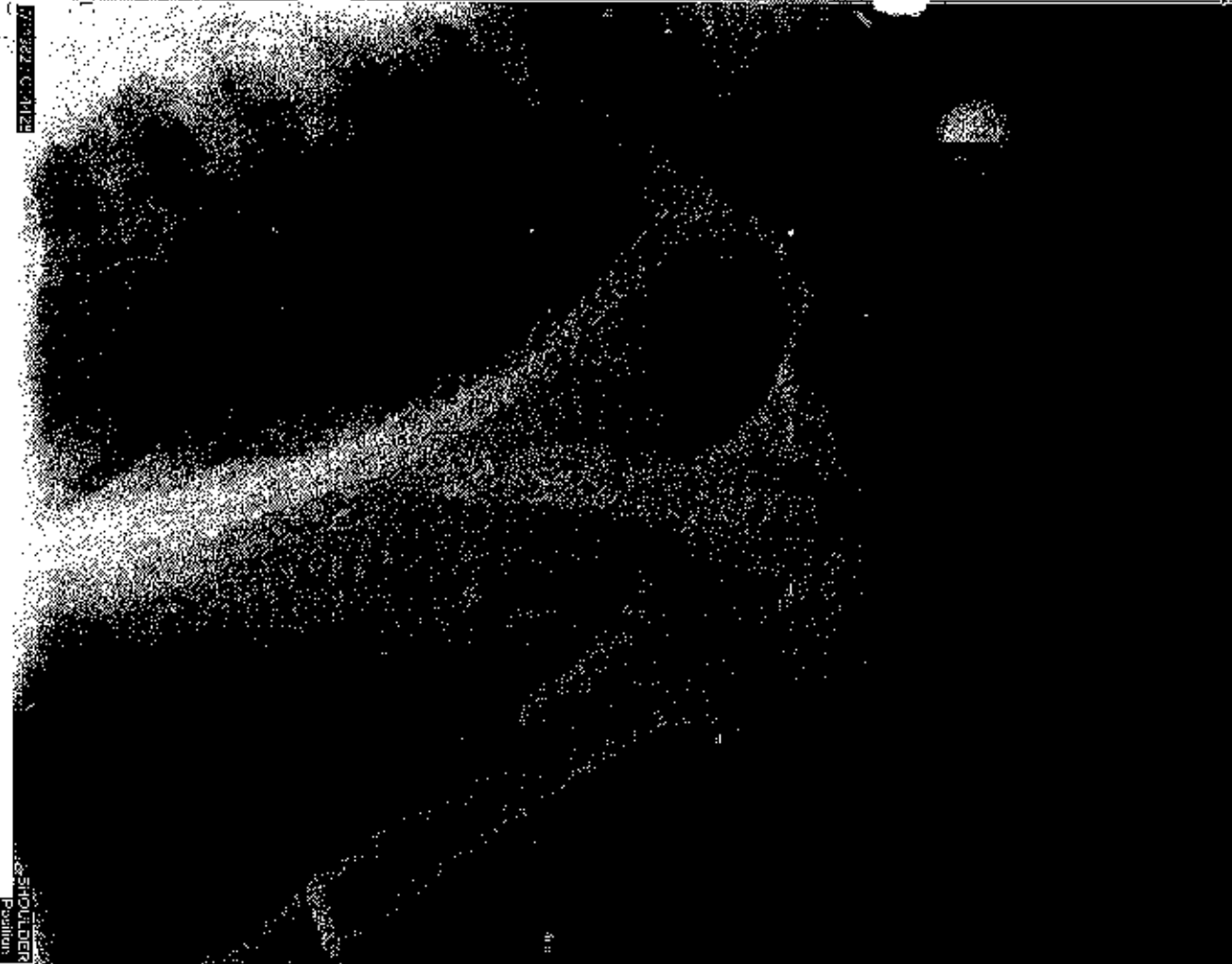


WASHINGTON VERBA DE LIMA

CHIBROAS

HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO GURZEL

Ref: Perit
Study date: 18/09/2019



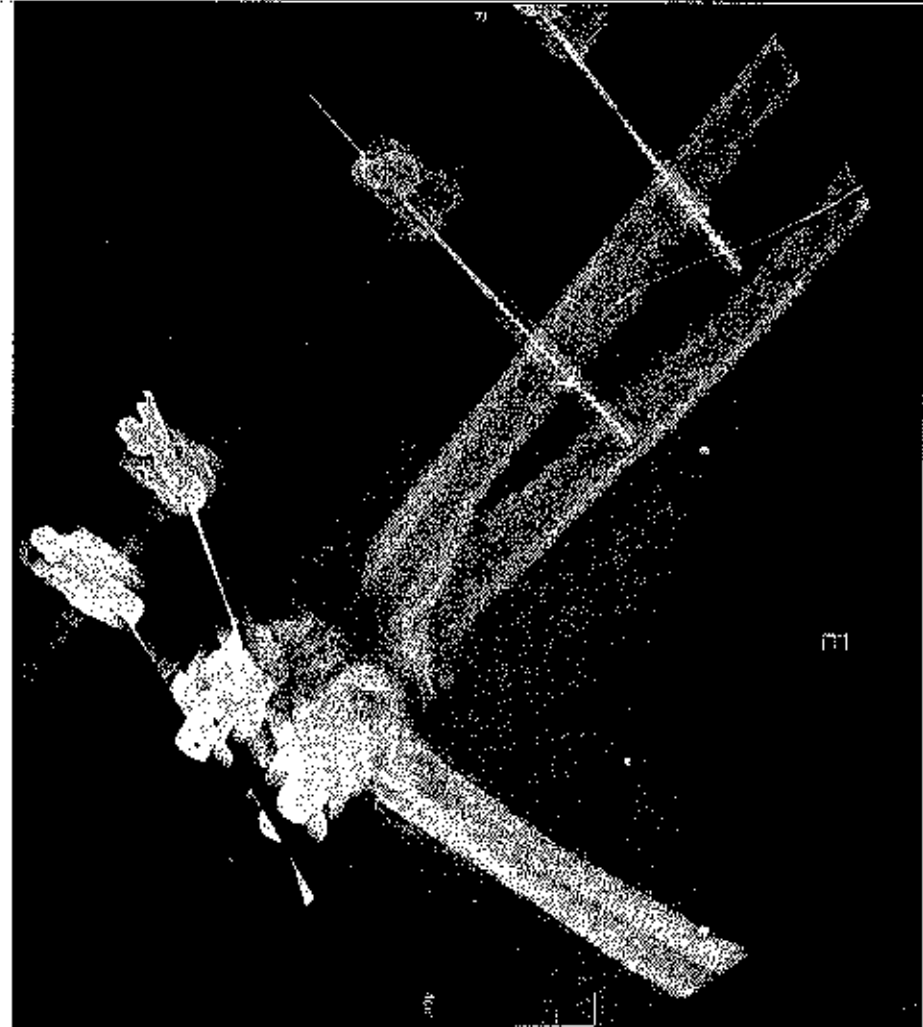
W12822 / C14122
Size: 200x200
Zoom factor: 10.51

WASHINGTON VERBA DE LIMA

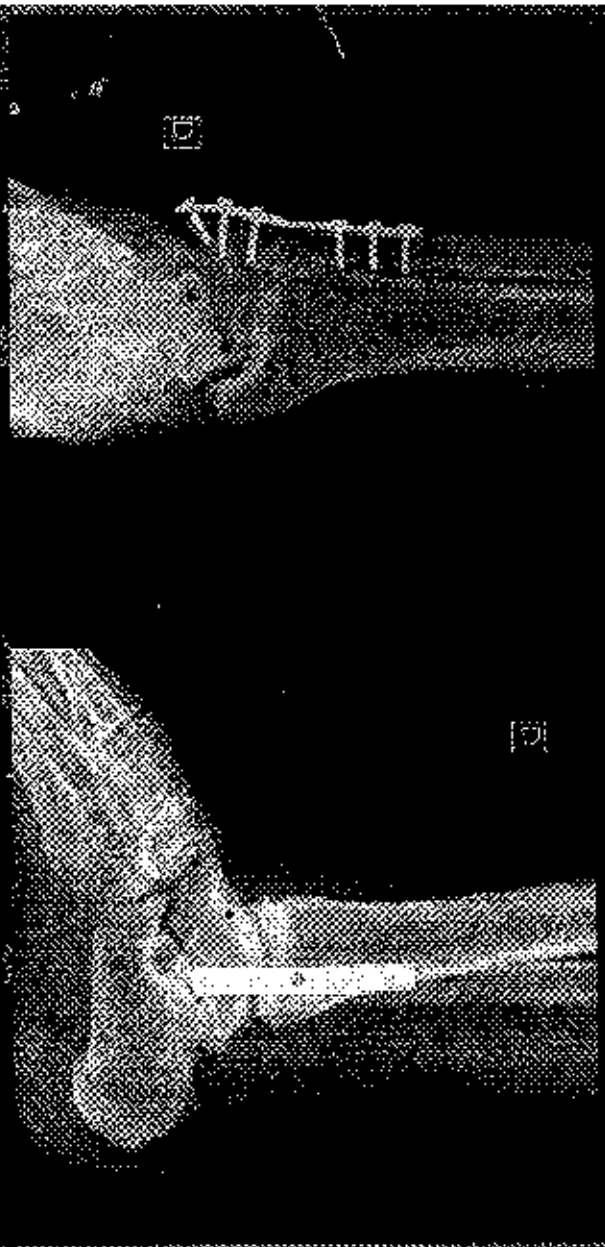
COTUYELO AP

HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO GURZEL

Ref: Perit
Study date: 18/09/2019



W12863 / C14535
Size: 400x400
Zoom factor: 10.51



HONOLULU

NOVEMBER 1961

1961

DATE 10/20/61

RECEIVED

1961



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIAREGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

OBS

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		167753	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
02/10/2019	17:34		
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA		27/08/1977	
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	
SOLTEIRO		COBRADOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA CARAOCA 146			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
NATAL	SATAREM	RN	
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE	
FILIAÇÃO			
MARIA IRENICE DUARTE	DACILIO VIEIRA		
RESPONSÁVEL		TELEFONE	
O MESMO		988543389	
ENDEREÇO			
O MESMO			

DIAGNÓSTICO PRELIMINAR

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

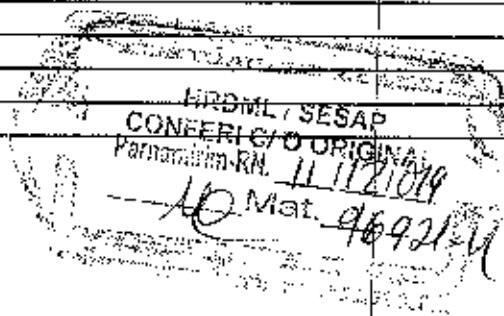
02.10.19.

ALTA

23/10/19
Dr. Edmar M. Dantas
CRM- 942
Ortopedia - Traumatologia

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA





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

HMW/G

NOME:

Washington Vieira Duarte de Lima

IDADE:

23/10/1979

COR:

Roxa

SEXO:

M

ESTADO CIVIL:

Solteiro

NATURALIDADE:

Quixadá - RN

PROFISSÃO:

Operador

PROCEDÊNCIA:

Ortopedia

ENDEREÇO:

Rua Cordeiro, 126

BAIRRO:

Samburém

CIDADE:

Natal

DATA:

02/10/19

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

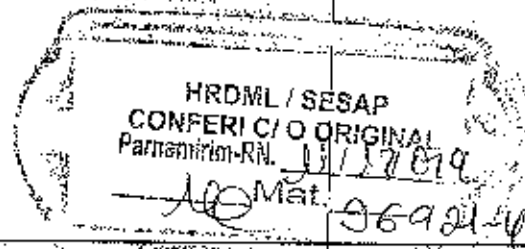
T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Queda de 10 metros do telhado e ferimento por lâmina de vidro.

EXAME FÍSICO

N. 6.



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura fechada de costela e



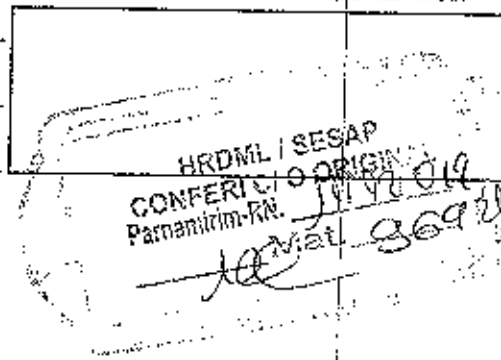
Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
2- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 167753	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 700 6059 9341 7764	8- DATA DE NASCIMENTO 27/08/1977	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE MARIA IRENICE DUARTE		12- TELEFONE DE CONTATO 988543389	
13- NOME DO RESPONSÁVEL O MESMO		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA CARAÓCA 146			
16- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO SATAREM	18- UF RN	19- CEP
Justificativa da Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor no abdômen e febre			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO EC + ES MV			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Exame físico: dor + febre abdominal e			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL Prox. Diarréia	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Procedimento Solicitado			
28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO Dr. Edmar M. Dantas CRM 942 Medicina - Radiobiologia			
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
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- SERIE
37- () AC. TRABALHO TIPO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () AC. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR	48- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
49- DOCUMENTO () CNS () CPF	50- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
51- DATA DA AUTORIZAÇÃO	52- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome						Idade		Sexo	
Data						Pressão arterial		Pulso	
Tipo sanguíneo						Hematúrias		Hemoglobina	
Ap. respiratório						Asma		Bronquite	
Ap. circulatório						Eletrorcardiograma			
Ap. digestivo						Dentes		Pescoco	
Estado mental						Ataracicos		Corticoides	
Diagnóstico pré-operatório						Alergia		Hipotensores	
Anestesias anteriores						Estado físico		Risco	
Medicação pré-anestésica						Aplicada às		Efeito	
<p>11:00 12:20</p> <p>Agente Anestésico</p> <p>Líquidos</p> <p>Oper</p> <p>Anest.</p> <p>O Resp.</p> <p>P Pulso</p> <p>SÍMBOLOS</p> <p>ANOTAÇÕES</p> <p>POSICÃO</p> <p>Agentes</p> <p>Técnica</p> <p>Operação</p> <p>Cirurgiões</p> <p>Anestesistas</p> <p>Observações</p> <p>Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias</p>									

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

Transferir p/ oper

Edimar M. Dantas
CRM-942
Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS		HORA ____ PARA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	HORA ____	
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>

Núcleo Interdisciplinar de Avaliação
KIR/HQ/AL
AUTORIZADO

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Hospital

Nome do paciente

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Nº prontuário

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 (MALÉOLO LATERAL)+FT DE OELCRANO ESQ

Tipo de operação

TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSINTESE DO TORNOZELO COM PLACA E

Diagnóstico pós-operatório

PARAFUSOS+ RETIRADA DE SINTESE DE COTOVELO

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA.
2. ESVAZIAMENTO + GARROTEAMENTO
3. ASSESPIA E ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LATERAL + DISSECÇÃO POR PLANOS
5. LIMPEZA DE FOCO + VISUALIZADA COMINUIÇÃO 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

COM RX PO.

1 CIRURGIAS MÚLTIPLAS
#4150100121
1 POLITRAUMATIZADO
#4150300131
1 PROC. CLÍNICO
127 PROC. CIRÚRGICO
0408050578
1 CBO, 225225
1 CBO, 225270
1 3 DIAS
1 CID. S-824

PLANTONISTA

COOPERADO:

Assinatura
Carimbo
PROT-11025

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																																																																																																																																																																				
Nome <i>Washington Vieira de Lima</i>				Idade <i>36</i>	Sexo <i>M</i>	Cor																																																																																																																																																																																																				
Data <i>15.10.19</i>	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 <i>Glasgow 15</i>			Atarácicos	Corricoides	Alergia <i>ning</i>	Hipotensores																																																																																																																																																																																																				
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura de cotovelo E</i>					Estado físico <i>Bom</i>	Risco <i>ASA-I</i>																																																																																																																																																																																																				
Anestésias anteriores																																																																																																																																																																																																										
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																																																																																																																																																																																																					
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td>8 FCC</td> <td>RS</td> <td>RS</td> <td>RS</td> <td>RS</td> <td>RS</td> <td>RS</td> </tr> <tr> <td>SO₂</td> <td>9</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>8</td> </tr> </table>								Agentes Anestésicos	8 FCC	RS	RS	RS	RS	RS	RS	SO ₂	9	8	9	8	9	8																																																																																																																																																																																				
Agentes Anestésicos	8 FCC	RS	RS	RS	RS	RS	RS																																																																																																																																																																																																			
	SO ₂	9	8	9	8	9	8																																																																																																																																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								Líquidos																																																																																																																																																																																																		
Líquidos																																																																																																																																																																																																										
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Oper.</td> <td>260</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>250</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anest.</td> <td>240</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>230</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">O Resp.</td> <td>220</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>210</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td>200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>190</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">V</td> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>170</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">A</td> <td>160</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>150</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">V</td> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>130</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">A</td> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">V</td> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">A</td> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">V</td> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">A</td> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">V</td> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								Oper.	260							250							Anest.	240							230							O Resp.	220							210							P Pulso	200							190							V	180							170							A	160							150							V	140							130							A	120							110							V	100							90							A	80							70							V	60							50							A	40							30							V	20							10						
Oper.	260																																																																																																																																																																																																									
	250																																																																																																																																																																																																									
Anest.	240																																																																																																																																																																																																									
	230																																																																																																																																																																																																									
O Resp.	220																																																																																																																																																																																																									
	210																																																																																																																																																																																																									
P Pulso	200																																																																																																																																																																																																									
	190																																																																																																																																																																																																									
V	180																																																																																																																																																																																																									
	170																																																																																																																																																																																																									
A	160																																																																																																																																																																																																									
	150																																																																																																																																																																																																									
V	140																																																																																																																																																																																																									
	130																																																																																																																																																																																																									
A	120																																																																																																																																																																																																									
	110																																																																																																																																																																																																									
V	100																																																																																																																																																																																																									
	90																																																																																																																																																																																																									
A	80																																																																																																																																																																																																									
	70																																																																																																																																																																																																									
V	60																																																																																																																																																																																																									
	50																																																																																																																																																																																																									
A	40																																																																																																																																																																																																									
	30																																																																																																																																																																																																									
V	20																																																																																																																																																																																																									
	10																																																																																																																																																																																																									
SÍMBOLOS	<i>midazolam - 0.5mg</i> <i>Ropi 1% - 0.1 FA</i> <i>Ceftriaxona - 1g</i> <i>pentam - 60mg</i> <i>dexametasona - 10mg</i> <i>clindamicina - 600mg</i> <i>Propofol - 200mg</i> <i>dipirone - 0.2g</i> <i>RS - 1000ml</i> <i>lidocaine 2% SW - 0.1 FA</i> <i>Insulinam - 40mg</i>																																																																																																																																																																																																									
ANOTAÇÕES																																																																																																																																																																																																										
POSIÇÃO	<i>DDH</i>																																																																																																																																																																																																									
Agentes	<i>ver acima</i>																																																																																																																																																																																																									
Técnica	<i>Bloqueio interscalênico + Axilar Esquerda + Sedação</i>																																																																																																																																																																																																									
Operação	<i>TTO. Cirurgião da fratura de cotovelo</i>																																																																																																																																																																																																									
Cirurgiões	<i>Dr. Marcelo Nobrega + Dr. Hausmann</i>																																																																																																																																																																																																									
Anestésistas	<i>Dr. Joana Tomasi</i>																																																																																																																																																																																																									
Observações	<i>sem intercorrências</i>																																																																																																																																																																																																									
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																																																																																																																																																																																										

Larissa Tobias
 Anestesiologia
 CRM RN 6270
 097701994-61

Perda sanguínea

CONFÉRICIO ORIGINAL
 Patrimônio - RN
 11/12/2019

Nome do paciente: **WASHINGTON VIEIRA DE LIMA**

Nº prontuário

Data operação: **15/10/2019**

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiista

DR. MARCELO NOBREGA

Tipo de anestesia

DR. HAUSEMANN MORAIS

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

SEQUELA DE FRATURA DE OLECRANO COMINUTIVA E COM PERDA OSSEA

Diagnóstico pós-operatório

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SEQUELA (LESAO HÁ QUASE 30 DIAS) DE FRATURA DE

Relatório imediato do patologista

COTOVELO E

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

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 COMINUTIVA DE OLECRANO COM PERDA OSSEA (FOI EXPOSTA A EPOCA)
6. REALIZADA FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO 3.5
7. MOVIMENTO SEM BLOQUEIO ARTICULAR APÓS FIXAÇÃO COM ARCO DE MOVIMENTO FUNCIONAL, LIMPEZA COM SF 0,9%
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVOS
10. RETIRADA DE GARROTE
11. BOA PERFUSÃO DISTAL

1 CIRURGIAS MÚLTIPLAS
(0415010012)
1 FÓLHA TRAUMATIZADO
(0415020013)
1 PROC. CLÍNICO
18 PROC. CIRÚRGICO
0408020547
1 CBO: 225225
18 CBO: 225270
13 DIAS
1 CID S-52D

MÉDICOS COOPERADOS

Marcelo Nobrega Rocha
Rég. 6433 / CRM 3522

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II

SOLETO DIREITO

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

001.506.783

22/11/2019

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

DARILTO VIEIRA DE LIMA

MARIA IRONICE DUARTE DE LIMA

CUPRATIS NOVOB RN

DATA DE NASCIMENTO 1-11-1934 RG-3319

CITRATA NOVOB RN-2 CARTÃO

001.273.504-53

3a VIA

LEI Nº 7.118 DE 29/08/63

Ultima

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 DUARTE DE LIMA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO Profissão: COBRADOR, portador(a) do RG
003.806.983, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 008.278.584-85, residente
no(a) RUA TARAUCA, VILA GUARNI nº 148,
bairro: POTENGY, município: NATAL / RN.

OUTORGADO:

Nome: MARCOS BATISTA FABRICIO, brasileiro(a)
estado civil: DIVORCIADO Profissão: RECLUSO, portador(a) do RG
1375340, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 806785054-20, residente
no(a) RUA DO XAREC nº 140,
bairro: PAJUCARAS, 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.


Local e Data

WASHINGTON V D DE LIMA
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Comarca de São Gonçalo do Amarante - Rio Grande do Norte
Natal - RN - CEP: 59.000-000 - Fone: (55) 3333-1234 - E-mail: contato@servico2.com.br

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Registro: 0015/2019-03414 CPF/MF: 008.278.584-85
Selo Digital RNT: 00000000000000000000000000000000 (https://selo.digital.rn.gov.br)

São Gonçalo do Amarante/RN 17 de dezembro de 2019

Op.: Ana Catarina

☐ Sérgio Luiz de Azevedo ☐ Granda Carolina de Silva ☒ Paulo Sérgio de Menezes
Emolumentos R\$2,00 + R\$0,140 (I) - Total = R\$2,14 (Lei nº 9.616/2017)

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