

# 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: 31/07/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 00000054686-8

---

Nr. da Autenticação 18AD56E7DE04CE7A

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150624198      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA      **Data do acidente:** 13/01/2015      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/07/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA EM FEMUR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITACAO FUNCIONAL EM MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL /MI DIREITO: 50% DE 70% = 35%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.480.090

05/08/2011

WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA

FRANCINALDO PEREIRA DOS SANTOS  
ROZANA MEDEIROS DE ARAUJO NEITA

NATAL - RN

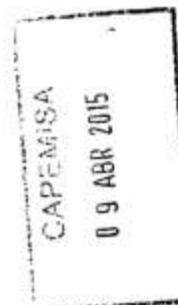
CERT. DE NASCIMENTO L-3194 F-128 RG-177194

NATAL - 3º C. CARTÓRIO

098.058.474-46

2a VIA

09 ABR 2015





Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2015

Carta n°: 7563164

A/C: WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA

Sinistro: 3150624198  
Vitima: WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA  
Data Acidente: 13/01/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 0000034

Conta: 0000054686-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 46

NOME: William de Franjo Pereira

IDADE: 23 anos COR:  SEXO: M ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:  PROFISSÃO:  PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Trajet. Guanabara ABC 24 BAIRRO: Felipe Camar

CIDADE: Maceió, RN DATA: 13.03.15 HORA: 11:25hrs

**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. 48,2 98% RESPIRAÇÃO 18 PULSO 100 T.A. 100/60

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Suspeita de corte na mão direita com 22 cm x 5 cm. Corte na mão direita com 22 cm x 5 cm. Suspeito de Fratura na M5 D.*

EXAME FÍSICO

CAPEMISA  
09 ABR 2015

**SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS**

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

Slope · PARNAMIRIM /RN

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 46

NOME: Willian de Franjo Peixoto

IDADE: 23 anos COR: M

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE: PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: TRAV. Grange ABC 24 BAIRRO: Felipe Camarim

CIDADE: Hotel, RN DATA: 13.03.15 HORA: 11:25 hs

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO 

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

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

TEMP. 36,2 °C RESPIRAÇÃO 18 PULSO 100 T.A. 100/60

## HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Suspeito de ferimento de arma branca no abdômen. Foi operado e constatou-se fratura na clavícula e fratura na mandíbula.

## EXAME FÍSICO

CAPEMISA
09 ABR 2015

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

## DIAGNÓSTICO INICIAL

Anexo 2015

**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**

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Orto Prog.</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARC. _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ Dr. Tarciso S. Zerônia 006-Ortopedia 0445688	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

ORTOPÉDIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA PEDIATRICA
-----------	-------------------	----------------	--------------------

ENFERMARIA Nº LEITO PRONTUÁRIO  
136868

DATA HORA CATEGORIA GIH  
13/01/2015 20:41

PACIENTE DATA DE NASCIMENTO  
WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA 17/11/1991

ESTADO CIVIL PROFISSÃO

ENDEREÇO (RUA, Nº)  
RUA GRANJA ABC, Nº 24-A

MUNICÍPIO BAIRRO UF CEP  
NATAL FELIPE CAMARÃO RN 59074-423

LOCAL DE TRABALHO TELEFONE

FILIAÇÃO

RESPONSÁVEL TELEFONE  
A MÃE 3205-1793

ENDEREÇO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

CAPEMISA

08-ABR-2015

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

ET Fêmea D

realizado  
trato esanulas  
c círcos

Cartes Maiae  
Cirurgia do Ombro  
CRM-Espa - TECOT 125-3

10/08/2015  
197



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515168

### Identificação do Paciente

5- PACIENTE WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA	6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 136868		
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 700 1019 0220 7010	8- DATA DE NASCIMENTO 17/11/1991	9- SEXO MASCULINO (X) FEMININO ( )	10- RACA/COR
11- NOME DA MÃE HOZANA MEDEIROS DE ARAUJO NETA	12- TELEFONE DE CONTATO		
13- NOME DO RESPONSÁVEL A MÃE	14- TELEFONE DE CONTATO 3205-1793		
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA GRANJA ABC, Nº 24-A			
16- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO FELIPE CAMARÃO	18- UF RN	19- CEP 59074-423

### Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	FT Fêmea D proc - cipro
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	CAPEMISA 09 ABR 2015
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	FX

23- DIAGNÓSTICO INICIAL	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
-------------------------	----------------------	--------------------	------------------------------

### Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE CRM 6794
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM 6794	

### Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- N° DO BILHETE	41- SÉRIE
37- ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR	( ) AUTÔNOMO	( ) DESEMPREGADO	( ) APOSENTADO	( ) NÃO SE APlica
---	--------------	------------------	----------------	-------------------

### Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO**

Nome: William de Andrade Pereira Idade: 23 D/N: 17/11/1991  
Pront.: 1646 Município: Natal Procedência: ( ) Interno ( ) Externo

Data da cirurgia: 13/01/15 Hora Admissão: Bloco: 12/15 Sala: \_\_\_\_\_ Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: 62 kg

Alergias: ( ) Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) H/S ( ) DM ( ) Outras

Uso de medicações: ( ) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ( ) Sim

SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: 79 bpm Fl: rpm FC: bpm SpO<sub>2</sub>: 100 % T: °C

Enfermeiro(a): Mariana Instrumentado (a): Rota Circulante: Fornecedora

Cirurgia: Intervenção com traçado fechado Especialidade: Ortopedia Sala: ORP

Hora Início: Hora Término: Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada

1º Cirurgião: Carlos Maia Aux: José Vaz Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter

Ag.nº \_\_\_\_\_ Cateter nº: \_\_\_\_\_ Início: 17:20 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Anestesiologista: Carlos Efremo

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
( ) Consciente	( ) Normocorada	( ) Normotensão	( ) Jelco	( ) ECG
( ) Letárgico	( ) Hipocorada	( ) Hipotensão	( ) Acesso V. Central	( ) Oximetria
( ) Coma	( ) Cianótica	( ) Hipertensão	( ) Cat. Diálise	( ) Capnografia
( ) Orientado	( ) Ictérica	( ) Normocárdico	( ) Fistula	( ) PA
( ) Desorientado	( ) Desidratada	( ) Bradicardia	( ) Arteriovenosa	( ) Estimul. Nerve
( ) Desorientado	( ) Integra	( ) Taquicardia	( ) SNG	( ) Diprifusor
( ) Sedado	( ) C/lesões	( ) Choque	( ) SVD	( ) BIC
( ) Ansioso	( ) Sudorese	( ) Normoesfigmico	( ) Colostomia	( ) Defibrilador
( ) Deambula	( ) Cicatriz cirúrgica	( ) Eupnéia	( ) Cistostomia	CAPEMISA
( ) t/dificuldade	( ) Higiene Satisfatória	( ) Dispnéia	( ) Dreno:	09 ABR 2015
( ) Acamado	( ) Higiene deficiente	( ) Dispositivo O <sub>2</sub>	( ) Aparelho gessado	
( ) Paraplégico	( ) Manchas		( ) Tração	
( ) Tetraplégico	( ) S/Tricotomia		( ) Talas	
( ) Amputações				

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	98	99	115	Bpm
Pulso	97	95	102	Bpm
Oximetria	99	93	92	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	100/80	140/90	120/75	mmHg

**ACESSO VENOSO**

( ) Punção Arterial
( ) Punção Venosa Periférica
( ) Punção Venosa Central
( ) Dissecção venosa

Local: M5E

Cateter: gelcat

**SONDAGEM GÁSTRICA**

SNG nº
Retorno:

**CATETERISMO VESICAL**

SVF nº	SVA nº
Diurese:	

Profissional responsável:

**EXAMES SOLICITADOS:**

( ) Hemograma	( ) Gasometria
( ) Coagulograma	( ) Outros
( ) Tipagem Sanguínea	( ) Glicosimetria
( ) Radioscopia (Raio X)	Controle

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
( ) Dorsal	( ) Cabeça	( ) Anatômico
( ) Ventral	( ) PESCOÇO	( ) Abduzido
( ) Lateral	( ) Tórax	( ) Fletidos
( ) Litotómica	( ) Lombar	MMII
( ) Trendlemburg		( ) Anatômico
( ) Canivete		( ) Abduzido
( ) Próclive		( ) Fletidos

**PLACA DO BISTURI ELÉTRICO**

( ) Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável

Local:

**DEGERMAÇÃO**

( ) Sim ( ) Não

Local: MT

Solução: Clorendine

TRICOTOMIA

( ) Sim ( ) Não

**IMPLEMENTE CIRÚRGICO**

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC:

Parafuso - tipo

Placa - tipo:

Outros: Fitação e fio de 3. n.º 3,5

**ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO**

Caixa cirúrgica: Resfriador Quant. Material

Val: 19/01/15 Contagem de gaze e compressa 94/93