

# 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: 000000054686-8

---

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

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

## PRESTADOR

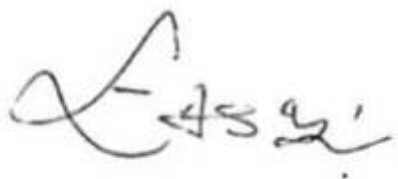
Visão Médica Ltda

**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  
HOZANA MEDEIROS DE ARAUJO NETO

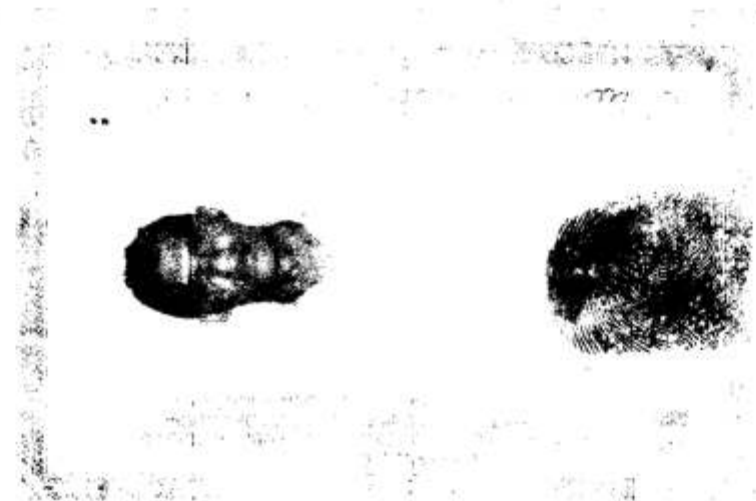
NATAL - RN 17/11/1991

CERT. DE NASCIMENTO - 319A F-128 EG-177194

NATAL - EM CARTÓRIO

098.058.474-46

VIA



CAPEMISA  
09 ABR 2015

CAPEMISA  
09 ABR 2015

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2015

Carta nº: 7563164

A/C: WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA

Sinistro: 3150624198  
Vítima: 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





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 46

NOME: William de Franco Pereira  
IDADE: 23 anos COR: SEXO: M ESTADO CIVIL:  
NATURALIDADE: PROFISSÃO: PROCEDÊNCIA:  
ENDEREÇO: Trav. Grande ABC 24 BAIRRO: Felipelamar  
CIDADE: Natal, RN DATA: 13.03.15 HORA: 11:25h

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

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

TEMP: 36,2 98% RESPIRAÇÃO 18 PULSO 100 T.A. 100x6

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Acidente de trânsito  
Surgido sem motivo. Colisão entre carro com duas  
pessoas e um caminhão. Surgido a 15m do local.

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  
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 46

NOME: William de Araujo Pereira

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

NATURALIDADE: PROFISSÃO: PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Trav. Grande ABC 24 BAIRRO: Felipe Camar

CIDADE: Natal, RN DATA: 13.03.15 HORA: 11:25h

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 36,2 98%

RESPIRAÇÃO

18

PULSO

100

T.A.

100/60

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente de trânsito no  
Superpav. Summ. Colisão entre carro com  
massa 550 kg - Surto a Estaca no MTD

EXAME FÍSICO

CAPEMISA

09 ABR 2015

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP	PULS

DIAGNÓSTICO INICIAL

197.294 4

**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**

CAPEMISA  
09 ABR 2015

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

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

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

ORTOPEDIA	CLINICA CIRURGICA	CLINICA MEDICA	CLINICA PEDIATRICA
-----------	-------------------	----------------	--------------------

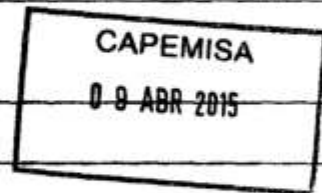
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		136868
DATA	HORA	CATEGORIA
13/01/2015	20:41	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
WILLIAM DE ARAUJO PEREIRA		17/11/1991
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	

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

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO



DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

PT FEMEA D.  
realizado  
transcurencia  
cirurgia

Carlos Maice  
Cirurgia do Ombro  
CRM 12573

19/04/2015





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 DEOCLECIO 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- RAÇA/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 Fêmur (D)
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO proc - cirurg
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) RX

CAPEMISA

09 ABR 2015

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- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO CRM 6194-1/2015		

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

36- ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº 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 SEGU			

## Autorização

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



*afonso*  
19/04/15

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: William de Anauze Pereira Idade: 23 D/N: 17 / 11 / 1991  
Pront.: 22 46 Município: Natal Procedência: ( ) Interno (X) Externo  
Data da cirurgia: 13 / 01 / 15 Hora Admissão: Bloco: 12 : 15 Sala: \_\_\_\_\_ Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: 66 kg  
Alergias: (X) Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) H.S ( ) DM ( ) Outras \_\_\_\_\_  
Uso de medicações: (X) Não ( ) Sim Jejum: (X) Não ( ) Sim  
SSVV Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: 79 bpm FI: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: 100 % T: \_\_\_\_\_ °C

Enfermeiro(a): Barbara Instrumentado (a): Rita Circulante: Fernanda

Cirurgia: Neostomia com tração perineal Especialidade: Ortopedia Sala: 07  
Hora Início: \_\_\_\_\_ Hora Término: \_\_\_\_\_ Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva (X) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Carlos Maia Aux.: José Vaz Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia: ( ) Local (X) 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 Efraim

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnografia
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nerv.
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Inteira	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprinfusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Estabilizador
<input type="checkbox"/> 1/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	

**CAPEMISA**  
09 ABR 2015

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	98	99	115	Bpm
Pulso	97	95	109	Bpm
Oximetria	99	93	92	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	100x80	140x90	120x75	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatómico
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatómico
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa

Local: MSE  
Cateter: Jelco

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº _____
Retorno: _____

CATETERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVF nº _____
<input type="checkbox"/> SVA nº _____

Diurese: \_\_\_\_\_  
Profissional responsável: \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	<u>controle</u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
( ) Sim (X) Não ( ) Metal ( ) Descartável
Local: _____

DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
(X) Sim ( ) Não	( ) Sim (X) Não
Local: <u>MTD</u>	Solução: <u>Clorhexidina</u> Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: _____
Tela: _____
Cateter: _____
Ostomia: _____
Fio de KC: _____ Parafuso - tipo _____
Placa - Tipo: _____
Outros: <u>Tração e fio de S. nº 3,5</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>Reinharder</u> Quant. Material: <u>633</u>
Val.: <u>19/04/15</u> Contagem de gaze e compressa: <u>4</u>