

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: 10/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE LOURDES FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000148448-3

Nr. da Autenticação 3A2B2DAC9BDB744D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200072940 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE LOURDES FERREIRA **Data do acidente:** 12/11/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO.
ALTA.(P1/4/5/6FC/7/8)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200072940

Vítima: MARIA DE LOURDES FERREIRA

Data do Acidente: 12/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GENILSON RODRIGUES DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE LOURDES FERREIRA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MARIA DE LOURDES FERREIRA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 00000148448-3

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÁFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 1103119

1- LOCAL DO ACIDENTE

Local:	AV DIOCESANA	Bairro:	NOVA BETANIA
P. Ref.	CNA	Data:	12/11/2019 /

2- VEICULO: V-02

Placa	MYW2434	Cidade	MOSSORO	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BIZ	Ano	2008/2008		
Proprietário	MARIA DE LOURDES FERREIRA	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	MARIA DE LOURDES FERREIRA	Data de nasc.	09/05/1968		
Endereço	RUA ROMUALDO GALVAO	Nº	280	Fone	(84)987292700
Bairro	BELO HORIZONTE	Cidade	MOSSORO	UF	RN
CPF nº	967.831.764-87	CNH	03446468460	A	Validade 16/12/2019
Local de Trabalho					

3- VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	AV:DIOCESANA		
Em que sentido?	BOA VISTA/SANTO ANTÔNIO	Em que faixa?	DIREITA

Versão do condutor:

"Alega que: TRAFEGAVA NA AVENIDA CITADA, E NAS PROXIMIDADES DA ESCOLA DE IDIOMAS CNA, UM VEICULO QUE TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO FEZ UMA MANOBRA BRUSCA SEM SINALIZAR PARA ENTRAR NO ESTACIONAMENTO DA CNA, VINDO A COLIDIR COM A MESMA.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativa, inquérito policial, ou em julgo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor/ declarante	Maria de Lourdes Ferreira
---------------------------------------	---------------------------



Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 27/11/2019, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações		André Victor Gê do Nascimento					
Posto/Graduação	SD PM	Matrícula	2019884	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE

Auxiliar do Setor de Tráfego do 2º DPRE.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 1103119

2. NATUREZA DA OCORRÊNCIA.

- 3 - VEICULO
- | | | | | | |
|-------------------|--|--------|--------------|-----------------|----------------------|
| Placa ou Classi | 902 9190 | Cidade | ULSOPE | UF | RN |
| Marca/Mod. | VW AMAROK | Cor | BRANCA | Ano | 2019 / 2019 |
| Proprietário | SANTO DA SILVA SANTIAO DE OLIVEIRA COSTA | | | Nº de Ocupantes | 01 |
| Condutor | SIMÃO DA SILVA COSTA | | | Data de Nasc. | 02/05/1980 |
| Endereço | R. JOSÉ SANTIAGO DE ARAÚJO | Nº | 20 | Fone | 84-3316.1243 |
| Bairro | NOVA SANTA | Cidade | ULSOPE | UF | RN |
| CPF Nº | 034.672.504-67 | CNH Nº | 0089.2288005 | Validade | 06/01/2020 Categoria |
| Local de Trabalho | MOTOTRIZ DE TRATAMENTO DE ÁGUA | | | Fone | 84-98255.1243 |
| Empl. | Nº | Bairro | Cidade | | |

Placa ou Chassi MYW 0434 Cidade Mossoro UF RN
 Marca/Mod. Meriva 832 Cor Verde Ano 2008 / 2008
 Proprietário MARIA DE LOURDES FERREIRA Nº de Ocupantes 01
 Condutor ROBERTO DA SILVA Data de Nasc. 09/05/1968
 Endereço R. DONA JOSE GALVA Nº 280 Fone (084) 98734-2700
 Bairro JARDIM NATAL Cidade Mossoro UF RN
 CPF Nº 96783476387 CNH Nº 3436468460 Validade 16/12/2019 Categoria A
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Placa do Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Ano _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ N° de Ocupantes _____
 Proprietário _____ Data de Nascimento _____
 Condutor _____ N° _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____ Validade _____ Categoria _____
 CPF N° _____ CNH N° _____
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

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

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. JOSECELANIA

Em que sentido? PARA BOM DIA

Em que faixa? 2ª FAIXA

Versão do condutor: O CONDUTOR DE V1 AFIRMA QUE TRANSESSA NA DIREÇÃO SENTIDO E FAIXA ACIMA CITADA, AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO CNA ATUAL, PERCEBE ALGUMA DIFERENÇA EM RELAÇÃO AO ESTACIONAMENTO, QUANDO DEBENTE UMA MOTOCICLETA COLIDIR NA JANELA DE DIREITA DO SEU VEICULO, O MESMO RACION E LEVAR PARA SEU PRÓPRIO, OS SEUS MOTOCICLISTAS, SELECIONA

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

8 - CONDIÇÕES DA VIA

☐ Luminosidade	☐ Cond./Tempo	☐ Tipo da Pista	☐ Caract./Pista	☐ Cond./Pista	☐ Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☒ Reta	☒ Seca	☐ Inexistente
☒ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Active Ingreme	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☐ Noite c/ Iluminação	☐ Nebulosa	☐ Cascalho	☐ Active Suave	☐ Poças D'água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros _____	☐ Terra	☐ Declive Ingreme	☐ Oleosa	☐ Linha _____
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros _____	☐ Declive Suave	☐ Enlameada	☒ Placa(s) <u>800000</u>
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	
			☐ Retorno		
			☐ Entroncamento		
			☐ Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

 ÁRVORE

 VESTÍGIOS

 SEMÁFORO

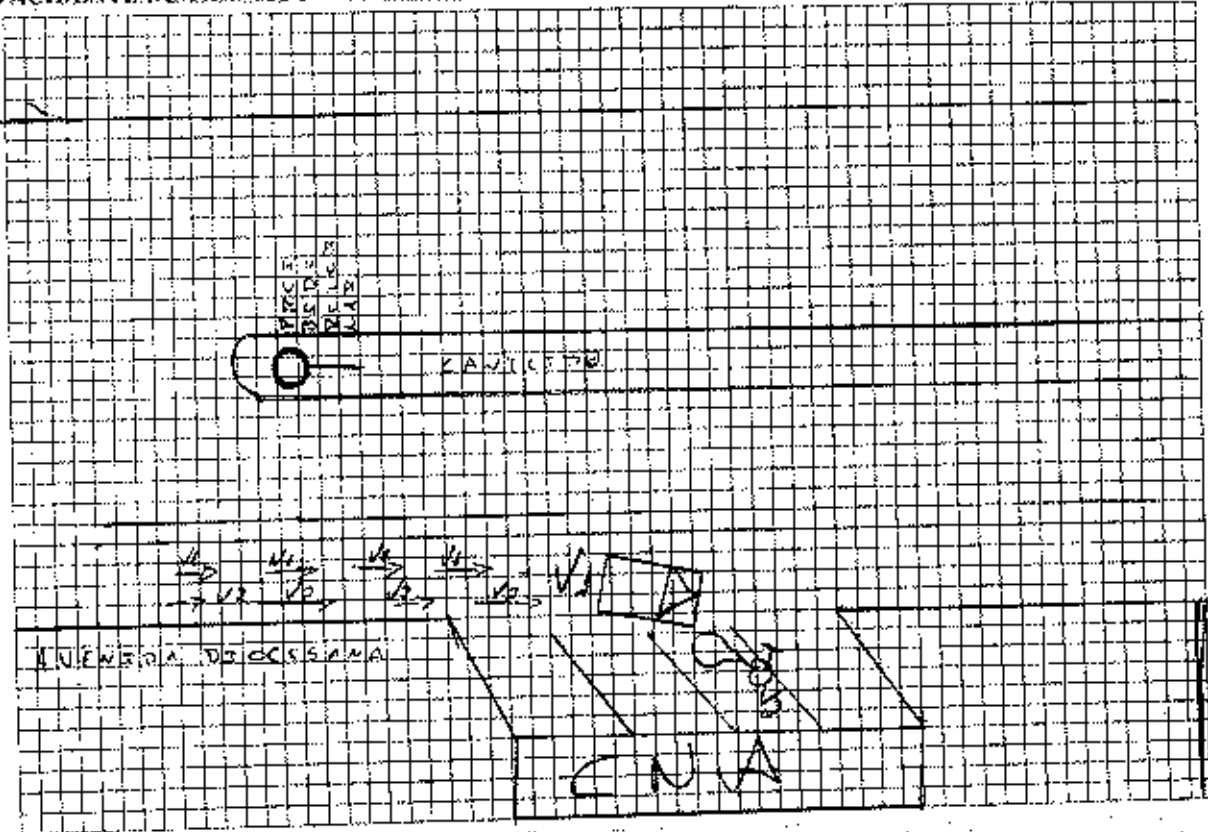
 PEDESTRE

 BICICLETA OU MOTO

 CARRO DE PEQUENO PORTE

 CAMINHÃO OU ÔNIBUS

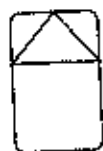
 CARRETA



45800 BOND7000

10 - AVÁRIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVÁRIAS DO VEÍCULO 1 MANOELA NO
YARA-2000-2000-2000-2000-2000
YARA-2000-2000-2000-2000-2000
DISCRETA



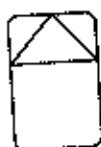
AVÁRIAS DO VEÍCULO 3



AVÁRIAS DO VEÍCULO 2 PEDRO DE MACHA
197-10801-1 MANOELA



AVÁRIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ☐ Presencial ☐ Foto ☐ Registro
 Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 RG Nº _____ Nº _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ☐ Presencial ☐ Foto ☐ Registro
 Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 RG Nº _____ Nº _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ☐ Presencial ☐ Foto ☐ Registro
 Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 RG Nº _____ Nº _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ☐ Presencial ☐ Foto ☐ Registro
 Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 RG Nº _____ Nº _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO ATUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ATEN ☐ CÓDIGO _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
 FOI CONFECTUADO O BOLETIM COM TODAS AS INFORMACOES RELEVANTES
 E RELEVADO NO DIA 12 PARA SER CONFEITADO APENAS COM DADOS
 RELEVANTES
 CONDUTORA DE 12 CONDUZIDA PARA O HOSPITAL PARA SER EXAMINADA
 RELEVANTES MEDICO NA UNIDADE HOSPITALAR PARA SER EXAMINADA
 RELEVADO PARA SER EXAMINADO NUNCA SE ENCONTROU COM O 016 915 13610

Nome Completo do Agente RATILSON SOUSA SILVA
 POSTO/GRAD.: S.D.P.M. PM Nº 904035-2 Vítima 023.4 Substância 023.4
 Local e Data ALTOREMO 13 de NOVEMBRO de 2019
 Assinatura do Agente de Trânsito _____



014

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 52624 - MARIA DE LOURDES FERREIRA (51 a 6 m 3 d)

Nascimento: 09/05/1968

Natural: PAU DOS FERROS, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700009169229508

CPF: 96783176487

Prof:

Mãe: RAIMUNDA LOPES DE HOLANDA

Pai: TEODORIO FERREIRA SENA

Logradouro: ROMUALDO GALVAO, 280

CEP: 59600370

Bairro: ALTO DA CONCEICAO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.33154844

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU TRAZENDO

Classificação:

PESO:

12/11/2019 10:38:21

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: TRAUMA EM MMSS E MMII + FRATURA EXPOSTA EM MIE

Hora: _____

Ao Exame,

- CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA.

AD - ADUO/E SEM ALTERAÇÃO

AR - SEM ODI AO EXAME

BAEA - PACIENTE NAO REFERE DOA AO EXAME

PE - EXAMINADO EM CURATO, PORÉM, O MEDICO DO SAMU RELATOU PRESENÇA DE FRATURA EXPOSTA

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
CONSCIENTE.			
Q RX DO PE AP/OPACAO			
Q AO ORTOPEDISTA			
12.11.19. 11.44			
Dr. Raimundo José de Oliveira Cirurgião Geral e Vascular			
Fratura exposta, 4 dedos do 5º dedo			
7 dedos. Exame físico normal			
ORA Bacia col. Pelvica - Res			
Dr. C. Monteiro			

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 15/11/2019

SAME / ARQUIVO

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID 592.5 Proc.

Data: ___/___/19. Hr: ___:

Médico: _____

*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 12 de Novembro de 2019.

(Assinar e Carimbar)

04.09.05. 047.0

Bm



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MARIA DE LOURDES FERREIRA** (Fia: 5954/2019), CPF:96783176487.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 12 de Novembro de 2019.

Raunilo Paulo Fener

Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/11/2019
Bm
SAME / ARQUIVO

Ortopedia

① D. de 300

② O. de L. - 500g - 24 f. A + 13 1/4
100ml. St. 95% ev

③ Chondroca 600g + 100ml
St. 95% ev

④ St. 95% 100ml + Depress 10
⑤ Curatime
Dep. extra 100g } f. 6 f. 4 g } 14/10

Dr. Leandro M. C. Freire
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 7439
TEOT 18086

HOSPITAL REGIONAL TACICIO MAIA
ESTA CONFORME ORIGINAL
SABE MOSSORÓ 19/11/2019
BIM
SABE / ARQUIVO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA DE LOURDES FERREIRA (8 - 5954/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
210575

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700009169229508

8 - DATA DE NASCIMENTO
09/05/1968

9 - SEXO
Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

11 - NOME DA MÃE
RAIMUNDA LOPES DE HOLANDA

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 33154844

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
MARIA DE LOURDES FERREIRA

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 33154844

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
ROMUALDO GALVAO, 280 - ALTO DA CONCEICAO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240800

18 - UF
RN

19 - CEP
59600370

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

traumatismo de 5º dedo do pé @
com ferimento corte - com osso exposto.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Necessita tratamento cirúrgico

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

Romaneu, exame físico e exames de imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE OUTRO ARTELHO

24 - CID 10
PRINCIPAL
S92.5

25 - CID 10
SECUNDÁRIO

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
408050470

29 - CLÍNICA
ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
43793789420

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE

MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
12/11/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Leandro M. C. Freitas
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

TEOT 10000

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 19/11/2019

B. W.

SAME / ARQUIVO

49 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

(X) CNS () CPF
980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 5954 /2019

Prontuário: 210575

Paciente: 52624 - MARIA DE LOURDES FERREIRA

Cartão SUS: 700009169229508

CPF: 96783176487

Idade: 51 anos 6 meses 3 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 09/05/1968

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: RAIMUNDA LOPES DE HOLANDA

Nome do pai: TEODORIO FERREIRA SENA

Rua/Av: ROMUALDO GALVAO

Complemento:

Nº: 280

Bairro: ALTO DA CONCEICAO

CEP: 59600370

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 33154844 84 33154844

Especialidade: CLINICA ORTOPEDICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 07

Responsável: MARIA DE LOURDES FERREIRA -

Usuário: KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA

Admissão: 12/11/2019 11:46:19

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S92.5 - FRATURA DE OUTRO ARTELHO
408050470 -

HISTORIA CLINICA

Paciente com Fratura / Luxação
exposta de S: PDE

Internada para tratamento cirúrgico.

Dr. Leandro M. G. Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 17439
TEOT 18086

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 19/11/2019

SAME / ARQUIVO

MOSSORO, 12 de Novembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome MARIA DE LOURDES FERREIRA Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Amputação traumática de 5ª P.D.

Indicação terapêutica: Regulação de coto + Rotação de retalho cutâneo

INTERVENÇÃO

Início: 15:30 Fim: 16:00 Duração: 00:30 min

Operador: DR. Leandro Freire

1ª Auxiliar: DR. Manoel Fernandez

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: DR. Edilson

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

- ① Presença de cicatrizes dorsais sob Riquiortesia.
- ② pnj: ssepse de mge. + aplicação de campos esteróides
- ③ limpeza cirúrgica + esbaldamento de
foco de Amputação traumática de 5ª P.D.
- ④ Regularização de coto de amputação
- ⑤ Rotação de retalho cutâneo.
- ⑥ Sutura + curativos.
- ⑦ A enfermeira

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/11/2019

Dr. Leandro M. G. Freire
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 7439
TEOT 16086

SAME / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Maria de Lourdes Farias Nº do Pront.: 1071129
Cirurgia: Amputação traumática do 5º dedo p. d. Data: 10/11/2019
Cirurgião: Manoel Auxiliar: Bernardo Instrumentadora: —
Anestesista: Edilson Anestesia: Asquie
Início da Cirurgia: 15:25 Término: 15:45

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 und
* GASES	06 und
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI Nº 11	01 und
* LUVAS 7.5	03 und
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	01 und
* SERINGAS DE 05 ML	02 und
* SERINGAS DE 10 ML	02 und
* SERINGAS DE 20 ML	02 und
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 40x12	
* SONDA ENDOTRAQUEAL Nº	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL Nº	
* SONDA FOLEY Nº	
* SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE Nº	
* DRENO DE TORAX Nº	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 1	01 und
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ÉTER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL 200ml	02 und
* XILOCAINA A 2%	
* ADD: clonazepam	03 und
Unidos 11.10.2019	03 und

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 10/11/2019
BIAO
SAME / ARQUIVO

DATA: 14/11/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: MARIA DE LOURDES FERREIRA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 12/11/2019

51 ANOS
Leito: 209-2
MOSSORÓ-RN

CODIGO: 52624

DATA	EVOLUÇÃO
Nºfraturas: 01	02 DII POR AMPUTACAO TRAUMATICA DE 5º PODODACTILO ESQUERDO - REALIZADO REGULAÇÃO DO COTO (DM? USO IRREGULAR DE METFORMINA + TRANSTORNO DEPRESSIVO) QP: RELATA DOR EM REGIAO CERVICAL EFG: BEG, COTE, AAA, NORMOCORADO E HIDRATADO. EUPNEICO ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV+ EM AHT. SRA. ABD: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA+ PÉ DIREITO: DOR E EDEMA EM 1º QDD SITUAÇÃO: AGUARDA ANTIBIOTICOTERAPIA AGUARDO LABORATORIO DE ADMISSAO CD: SOLICITO RX CERVICAL AP E PERFIL VPM

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA LIVRE, VO	
2	SF 0,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	
3 D2	CLINDAMICINA 600MG + 100ML SF0,9% EV 6/6 HORAS	
4 D2	OXACILINA 500MG - 04 AMPOLAS + 100ML SF0,9% EV 6/6 HORAS	
5	DIPIRONA 1G + 8 ML ABD EV 6/6 HORAS DE HORARIO	
6	TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SE DOR REFRATARIA	
7 D2/D3	TILATIL 20MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12 HORAS	
8	OMEPRAZOL 40MG+DILUENTE, 1X/DIA PELA MANHA, EV	
9	SSVV + OCGG	

ESPANDESEEM DE HALUX DIREITO.
Alt= Hospitalar após 2 mobilizações
Leandro M. G. M.
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7439
TEOT 16086

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SABE MOSSORÓ 19/11/2019
BIN
Assinatura

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200072940 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE LOURDES FERREIRA **Data do acidente:** 12/11/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 5º pododáctilo à esquerda com amputação total

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta ausência do 5º dedo e coto com Tinel + (neuroma).

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico onde foi indicado amputação total devido a grave lesão óssea e vascular, ficou internada por 3 dias até a alta.

Sequelas permanentes: Amputação do 5º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/03/2020

Conduta mantida:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200072940**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DE LOURDES FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Romualdo Galvão, 280 - Mossoró - RN - CEP 59600-454

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /RN**] **001.457.801**

Data e local do acidente: [**12/11/2019**] **Avenida diocesana, Mossoró, RN**

Data e local do exame: [**04/03/2020**] **Mossoró** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta do 5º pododáctilo à esquerda com amputação total

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, apresenta ausência do 5º dedo e coto com Tinel + (neuroma).

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento cirúrgico onde foi indicado amputação total devido a grave lesão óssea e vascular, ficou internada por 3 dias até a alta.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Amputação do 5º pododáctilo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

5º **pododáctilo esquerdo**

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (**X**) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Luis F. C. Nascimento
ORÇATELA E TRANSMISSÃO
CRM 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN