



Número: **0810913-13.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **21/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA (AUTOR)	FELIPPE DE QUEIROZ BESSA BANDEIRA LEITE (ADVOGADO)
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62186 598	28/10/2020 15:04	<u>2761122_CONTESTACAO_Anexo_04</u>	Outros documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035068

Vítima: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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

Pag. 00549/00550 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15402296



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

Num. 62186598 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200035068

Vítima: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Data do Acidente: 17/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 033

Agência: 000003178

Conta: 000060026368-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Pag. 00443/00444 - carta_15R - INVALIDEZ



00030222



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

Num. 62186598 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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: <input type="text"/> WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA	6 - CPF: <input type="text"/> 008.278.584-85
7 - Profissão: <input type="text"/> REUSO	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA TARAUCA, VILA GUARANI
9 - Número: <input type="text"/> 348	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> POTENGY	12 - Cidade: <input type="text"/> NATAL
13 - Estado: <input type="text"/> RN	14 - CEP: <input type="text"/> 59124-550
15 - E-mail: <input type="text"/>	16 - Tel. (DDD): <input type="text"/> (81) 98782-0288

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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. Resalte 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 (Todas as bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER (037)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, em minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconfirmando o díctio, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSSÉNCIA 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,�cordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei G.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/>				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="text"/> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nisso mundo (vivendo)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34

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

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

Natal (RN) 18/10/2019
WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA
MARCOS GAIATE PEREIRE

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

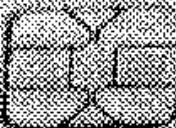
FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



 Santander

www.santander.com.br



5021 2125 3734 0898

07/13 VENC: 04/28

WASHINGTON V D LIMA

3178 60026368-8



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

Num. 62186598 - Pág. 4



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 da Polícia: Luciano Augusto Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de São Gonçalo do Amarante
Data/Hora do Fato: 17/09/2019

Local do Fato

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

Bairro: DISTRITO
Nº: S/N

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

ENVOLVIDO(S)

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

Documento(s)

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

Endereço

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

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição CICLOMOTOR	CPF/CNPJ do Proprietário 008.278.584-85
Placa QGN4451	Renavam 01109294899
Número do Motor 1P39FMAFA123735	Número do Chassi LXYCBL03F0300491
Ano/Modelo Fabricação 2015/2014	Cor VERMELHA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo Natal
Marca/Modelo I SHINERAY XY 50 Q	Modelo I SHINERAY XY 50 Q

Delegado de Polícia Civil: Luciano Augusto Pereira
Impresso por: Luiz Antonio Madeiros Emereenciano
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
PÓLICIA 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 COMPARCEU 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 SÁRINHO 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)

LIMA

*Declaro para os devidos fins o direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e que não posso responder por e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 399-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro no ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA 6 - CPF: 008.278.584-85
 7 - Profissão: REUSO 8 - Endereço: RUA TARRUCA, 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) 98782-0228

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:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCARIOS: 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 (051)

AGÊNCIA: CONTA: 60026368 8

(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/reembos do Seguro DPVAT e 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 do 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 atende 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 ou 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 ultrapasse o 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 - Grupo Parentesco com a vítima: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 30 - Vítima deixou residuo (valinhas)? Sim Não 31 - Vítima levou irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 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 segurado
ou de seu
representante
legal (se houver)

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

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

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

40 - Local e Data:

Notícias 18/10/2020
WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Marcos Galvão Ferreira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 VD02/2019

TESTEMUNHAS



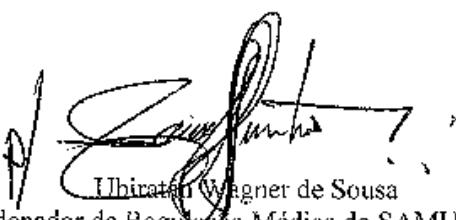


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que foi encontrada a ocorrência de Nº175486/1 referente ao paciente **WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA** 41 anos atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 17/09/2019, em Extremoz/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 16 de outubro de 2019.


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



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-546 - FONE: 84.3209-5321



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: **175486/1**

Data: **17/09/2019**

CHAMADO

TARM: WANESSA GUSTAVO DO NASCIMENTO

Médico Regulação: VINICIUS CÂMARA DE SOUSA PAIVA

Rádio Operador: HONDINELLY FREITAS DE ARAÚJO

Médico Cena: JOSE ALEXANDRE SOUZA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 66 (PARNAMIRIM)

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

PREGULAÇÃO MÉDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSFER./INTERNAÇÃO
----------------------	-------	------------	--------	---------------------	----------------------------	----------------------

Cidade: EXTREMOZ

Nome do Solicitante: SG ROBERIO

Telefone: (84) 8855-3784

Nome do Paciente:

WASHINGTON

Idade: *

[41] ANO(S)

SEXO: *

MASCULINO

Endereço: BR 101 NORTE

Nº:

Bairro:

Outro Bairro: BR

Referência/Complemento: PX LINHA DO TREM /

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: DR GUSTAVO RECEBEU O PACNT ICS

Queixa Primária: COLISAO MOTO X TREM

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Lugar:

Histórico Regulação Médica:

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

APH: TRAUMA / **HD:** ACIDENTE MOTO X OBSTÁCULO

REGULAÇÃO: CONSCIENTE, FRATURA EXPOSTA EM BRAÇO

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apelo:

OBSERVAÇÕES

Data: 17/09/2019 19:29:28 **Usuário:** (RÁDIO OPERADOR) HONDINELLY FREITAS DE ARAÚJO

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

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

Observação: REGULADO COM DR ANDRE - PSCS

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

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

MOVIMENTOS DA CHAMADA

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



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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

Num. 62186598 - Pág. 11



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSFP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu MARCOS Batista Fábricio
inscrito (a) no CPF/CNPJ 806785054-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
WASHINGTON Vieira Dinarte de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 008278584,85
do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDA da Vítima WASHINGTON Vieira Dinarte de Lima
inscrito (a) no CPF sob o Nº 008278584,85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua do Xeró</u>	Número: <u>10</u>	Complemento: <u>0815A</u>
Bairro: <u>Parangaba</u>	Cidade: <u>Natal</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59113-000</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 98782-0251</u>

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

MARCOS Batista Fábricio

Assinatura do Declarante





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO SÓS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 48323 /2019

Admissão: 17/09/2019 20:54:33

CIRURGIA GERAL - AMARELO

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

Nascimento: 23/10/1977 Natural: NATAL BRASIL Sexo: M Cor: PARDAS
CNS: CPF: 00827858485 Prof:
Mãe: IGNORADO Pai:
Logradouro: TRAZIDO DE VIA PUBLICA PELO SAMU RN - PROXIMO A FABRICA GUARQARAPES, 1
CEP: 59575000 Bairro: ZONA URBANA Cidade: EXTREMOZ
Telefone: 84 32327500 Compl: PAC. SO APRESENTOU O CPF

Motivo: CARRO X TREM
Origem: AMBUL. SAMU RN

Fluxograma:

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SAT02	NEIC02	SAT02 F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
10:00:00	-	-	100MM	15	15	60	62hpm	-	-

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Quelaxa: COLISAO MOTO TREM. FRATURA EXPOSTA EM BRAÇO ESQ. E CLAVICULA ESQ.
Hora:

Paciente vítima de colisão moto-trem há cerca de 01 h
reforço uso de capacete. TMO 3000 pelo SAMU. Nego
período de consciência ou vômito

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas patentes

B UV+ e tumbos ricos, SRA, não palpo enurema FR 20 rpm

C pulsos normais e tumbos ricos, RCR, 27, BNF FC

D Glasgow 15

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

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

17/09/19 21:23

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Acidente moto-trem

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

Jean



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:

01/09/19

DATA: 17/10/19

HORA: 22 h

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Dr. Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM: 6046
SP001: 14.522

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A(ALÉRGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Sacudo Rx plumbio direito AP, perfil e obliquos, totovelo direito AP+P+O
braco esquerdo AP+P+O, ombo braco
torax AP+P+O, orbis @ AP+P+O

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

TC de torax sem humor projacente

Alta ligeira
oral Diflo mete
transaderm 100 mcg EV

022-31

Gustavo T. J. Santos
Cirurgião
CRM-RN 6608

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA

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

OBITO: DATA / / HORA

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



 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		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 <i>Wilson Felismino dos Santos</i>	6 - Nº DO PROTÓCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO 1 FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Sintomas intrínsecos de atropelamento</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>apresentando platigo expostos desse lado perna.</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>R X</i>			
20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>Fratura exposta de perna</i>	21 - CID PRINCIPAL <i>582.</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Fractura exposta de perna com luxação</i>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Fractura exposta de perna com luxação</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0415010012</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>CONFERE COM UNICO</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>NATA MAT. 1515010012</i>
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Kleiton Bastos</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>02.07.19</i>	30 - CNS / CPF <i>Dr. Kleiton Bastos</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Kleiton Bastos</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS FACCIONES OU VIOLENCIAS			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS - MPT
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		42 - DESCRIÇÃO ... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE	44 - () GRAVÍSSIMA
AUTORIZAÇÃO			
48 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.		
49 - CNS / CPF	52		
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

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



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 6125 /2019

Prontuário: 1186530

Paciente: 133330 - WILSON FELISMINO DOS SANTOS

Cartão SUS: CPF: Dt Nasc: 01/07/1968
Idade: 51 anos 1 dia Sexo: M Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: DESCONHECIDO

Nome do pai:

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

SITUACAO DE RUA

Complemento:

CEP: 59015380 Cidade: NATAL

Telefone: 84 32327500 84 32327500

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: WILSON FELISMINO DOS SANTOS -

Usuário: FRANCISCA LUCIA MACIEL

Admissão: 02/07/2019 12:50:19 Alta: 08/07/2019 Óbito: Dias de permanência:

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

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura exposta das pernas (D16)

RESUMO DE ALTA

*Paciente com trauma nas pernas (D16)
mejorando.
D16. Fratura exposta das pernas
de urgência.*

Jc. Michel Jettie de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM-RN 10731

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

ASSINATURA

NATAL, 02 de Julho de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Nome

Willian Felizimiro dos Santos

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: (02/10/19)

Hora:

Paciente Cognitivo funcional grande nos
níveis (D) e (E) (não)

Ao R. fui admitido para os procedimentos de
intervenção p/ tratamento clínico em
de urgência.

Dr. Michel Freire de Araújo
Cirurgião e Traumatologista
Onco-Clínica Oncologia
CRM 4413 - TEDT 10751

CONFERIR COM ORIGINAL
NATAL 28/10/19
MAT N° 180513
SAÚDE
ASSINATURA

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



Identificação

Enternecia: Letra: 306 UFI: Letra:
 Data de admissão: 12/09/19 Alta:
 Nome: Washington Vieira Duarte de Lima Naturalidade:
 Idade: 41 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 23/10/1977
 RG: Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: E.F. Inc.
 Filiação: Pai:
 Mãe:
 Endereço: R. Aracá, 126 - Corte 12 - Santarém
 Cidade: Santarém
 Telefone: 918796-7158 () Residencial () Trabalho () Recado
 Contato: Giovane Outros telefones:
 Composição familiar: Reside sozinho
 Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Desempregado Trabalho cf 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: Wednon
 Parentesco: Irmão Telefone: 91860-4920
 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 motociclista, sem acompanhante, informa que perdeu os documentos, não tem contato com familiares e apurou o humor. Reúne critérios de amigável.

Saída

Bloco: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs.
 Ita hospitalar () Transferência () Destino:
 Orientações/Encaminhamentos:

Motivo: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em atendimento de emergências clínicas, cirurgicas, agudos ou crônicos, em caso de trauma, de acordo com as normas práticas a constituir para o atendimento e a pesquisa em saúde à luz das normas éticas e humanísticas.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 Secretaria de Estado da Saúde Pública
 Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
 Pronto Socorro Clélio Sálimo
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON VIEIRA MARTE DA LIMA IDADE: 44

DATA DE NASCIMENTO: 23/10/1977 IDADE: 44

REGISTRO: 193940 HORA: 23:20

DATA DE ADMISSÃO: 18/09/2019

Otorrinite

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL:

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

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

INCONSCIENTE: ()

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

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

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

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

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

MEDICAÇÕES EM USO:

CIRURGIAS ANTERIORES:

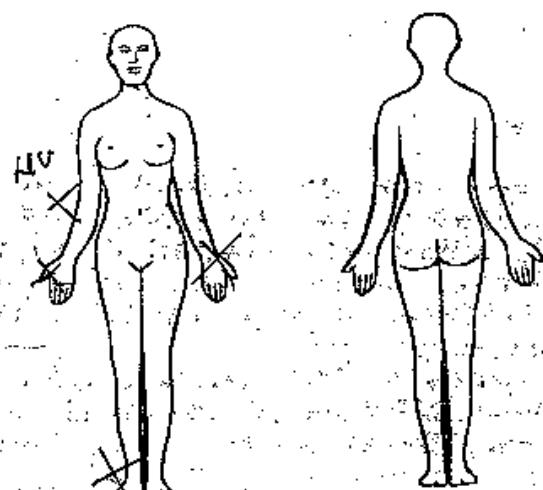
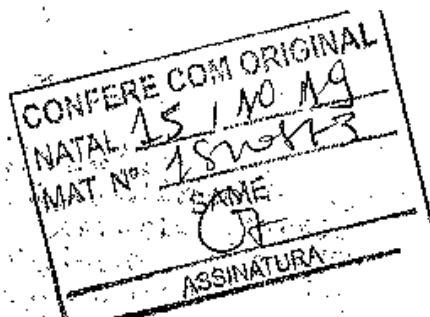
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: Rx

AREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

AREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO N°: Pedro ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: Pedro

CIRCULANTE: _____

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

OBS.: _____

ANESTESISTA: Dr. Diogo

INÍCIO DE ANESTESIA: 23:30

TÉRMINO DE ANESTESIA: 01:30

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina 2g

HORA: 23:30

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



IDENTIFICAÇÃO

Nome: Washington Vieira de L Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Frx/LV OMBRO (E) + Frx exposto abdução (E) + Frx exposta

Indicação terapêutica: LC + DB + Frx colo do ombro (E) Urgência () Eletiva () 4º MTC - (D)

+ LC + DB MAO (D)

INTERVENÇÃO

+ Frx maloculo tafino (D)

Data: 18/09/19 Início: 23:30 (17/09) Término: 01:30 Duração:

Operador: DIEGO TURGUATO

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Pedro

CRM/CRO:

Anestesista:

Diego

CONFERE COM ORIGEM
 NATAL, 15/09/19
 MAT. N°: 150113
 SAME

ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1- Paciente com DDA sob anestesia geral
- 2- Anepnoe + anti-anepnoe + campo estéril
- 3- Limpeza cirúrgica exaustiva com SF 0,9% abundante
- 4- Desbridamento dos tecidos desvitalizados
- 5- Fixador externo transarticular do colo do ombro (E)
- 6- Suturas por planos + curativo estéril
- 7- Anepnoe + anti-anepnoe do MJO (D)
- 8- Limpeza cirúrgica c/ SF 0,9% abundante
- 9- Desbridamento
- 10- Suturas por planos + curativo estéril + tolo curva
- 11- Colo feto TLR (D)
- 12- Velpeau OMBRO (E)
- 13- A RPA

DIEGO TURGUATO
 CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM/RN: 6770/TEOT 14133

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

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

Máscara: 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.



INÍCIO DE CIRURGIA:	08:50	CIRURGIA:	DR. MIGOGO		
TIPO DE CIRURGIA:	ABERTA	ESQUERDA + DIREITA	EXPLORAÇÃO + LAVAGEM		
3-AUXILIAR:					
2-AUXILIAR:					
1-AUXILIAR:					
MEMBRO AMPUTADO:	SIM ()	NÃO (x)	ENCAVINHADO PARA PATOLOGIA: SIM ()	NÃO (x)	
FETO ATESTADO PARCIAL DE OBITO:	SIM ()	NÃO (x)	DESPERZADO NO LIXO:	SIM ()	NÃO (x)
MEMBRO AMPUTADO:	SIM ()	NÃO (x)	COMPRESSAS CONFERRIDAS:	SIM (x)	NÃO ()
ENCAVINHADO NO LIXO:	SIM ()	NÃO (x)	GAZES CONFERRIDAS:	SIM (x)	NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSAO:	SIM ()	NÃO (x)	CAIXA CIRÚRGICA:	SIM (x)	NÃO ()
EXAMES LABORATORIAIS:	SIM ()	NÃO (x)	OBITO:	SIM ()	NÃO (x)
SONDAGEM NASOGASTRICAS:	SIM ()	NÃO (x)	RETIRADO PEG A CIRURGICA:	SIM ()	NÃO (x)
SONDAGEM VESICAL:	SIM ()	NÃO (x)	TIPO:	SIM ()	NÃO (x)
TERMINO DE CIRURGIA:	08:30				
AUXILIAR:					
TIPO DE CIRURGIA:					
ESQUERDA + DIREITA:					
LAVAGEM + EXPLORAÇÃO:					
Queda de:					
SONDA SONDA:					
Nº DA SONDA:					
SONDAGEM NASOGASTRICAS:					
Nº DA SONDA:					
SONDAGEM VESICAL:					
EXAMES LABORATORIAIS:					
RECEBEU HEMOTRANSFUSAO:					
TIPO:					
RETIRADO PEG A CIRURGICA:					
TERMINO DE CIRURGIA:					
MEMBRO AMPUTADO:					
ENCAVINHADO PARA PATOLOGIA:					
FETO ATESTADO PARCIAL DE OBITO:					
DESPERZADO NO LIXO:					
COMPRESSAS CONFERRIDAS:					
GAZES CONFERRIDAS:					
CAIXA CIRÚRGICA:					
OBITO:					
COMPLETA:					
ENTUBADO:					
EMARAMBENTE:					
PREENCHIMENTO:					
FETO BOLHEM OPERATÓRIO PELA CIRURGICA:					
OBSERVACOES:					
RESUMO:					
CONCLUSAO:					
DATA:					



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clávis Sartório

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Washington Vilela Duarte da Silva ASA: IE
Idade: 41 a Sexo: M Registro:

Diagnóstico: Rotura de articulação + Fratura de dedo de mão (D)

Cirurgia Realizada: Redescêndio e fixação Fratura de dedo de mão (D)

Cirurgião: Dr. Diego Protetura de frangos (D)

Anestesiologista: Dr. Diego Anestesia local com sedação

História Clínica Admisional: Pt. Vilela. Ocorreu o corte de um dedo da mão direita. Estava em casa. Fazia artigos. Fazia bonecos de madeira.

Técnica Anestésica: Anestesia geral balanceada, des por 20% de CO₂ e requirado oxigênio, sem intubação, pelo uso de máscara de ventilação.

Sofá	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Oe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
EKG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Levof	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Zox	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

Início: 23:30 h

Término:

- Anestésicos Utilizados:
- Propofol - 200 mg
 - Fentanil - 200 µg
 - Succinilolina - 10 mg
 - Alprazolam - 0,25 mg
 - Dexmedetomidina - 10 µg
 - Ramipril - 50 mg
 - Atropina - 0,05 mg
 - Nistatina - 0,02 mg

- Diprivan - 0,2 g
- Ureteral - 40 mg
- Neostigmine - 10 µg
- Atropine - 0,1 mg
- Nistatina - 0,02 mg

Encaminhamento: A 03 h da manhã, para o cirurgião

Dr. Diego H. Duarte da Silva
Anestesiologista CRM
Assinatura Anestesiologista - CRM

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 CFA0827858485

6 - N° DO PROTOCOLO

5 - NOME DO PACIENTE	<i>Washington Vieiro de Lima</i>				
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	FEMININO	2
600605993417764	33-108-1977	Homem	X		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	<i>Elvira Graciele Duarte de Oliveira</i>				
11 - TELEFONE DE CONTATO	387967158				
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)	998604920				
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP		
Natal	S.N. Apresentação RN	RN			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Ex exporta de abdome (+) + Ex exposto do 4º MTC - (0)
Ex lux do ombro (+) + Ex do moldeio lateral (0)*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
<i>Ex rebente</i>	S.48.6		
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
	OCTOPEDIA	URGENTE	<i>Vera L.</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO
040802054-7			18/09/19
30 - CNS / CPF			
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			
CRM/RN 5770/TEOT 14133			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

DESCRÍÇÃO ... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

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

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



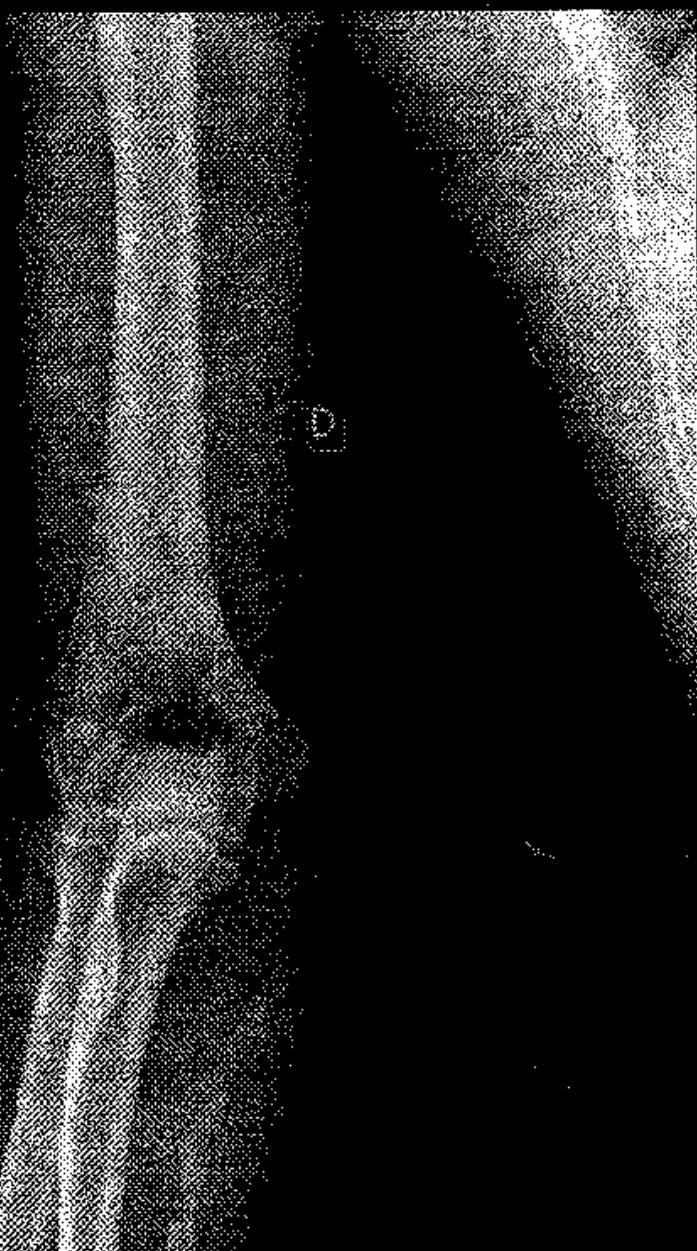
WASCHITON VIEIRA DUARTE DE LIMA

H

Hospital Duocédio Marquês de Lucena

Imagem

Acq. Time: 12:38:42



100 mm

F

L = 128 W = 256



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

Num. 62186598 - Pág. 27

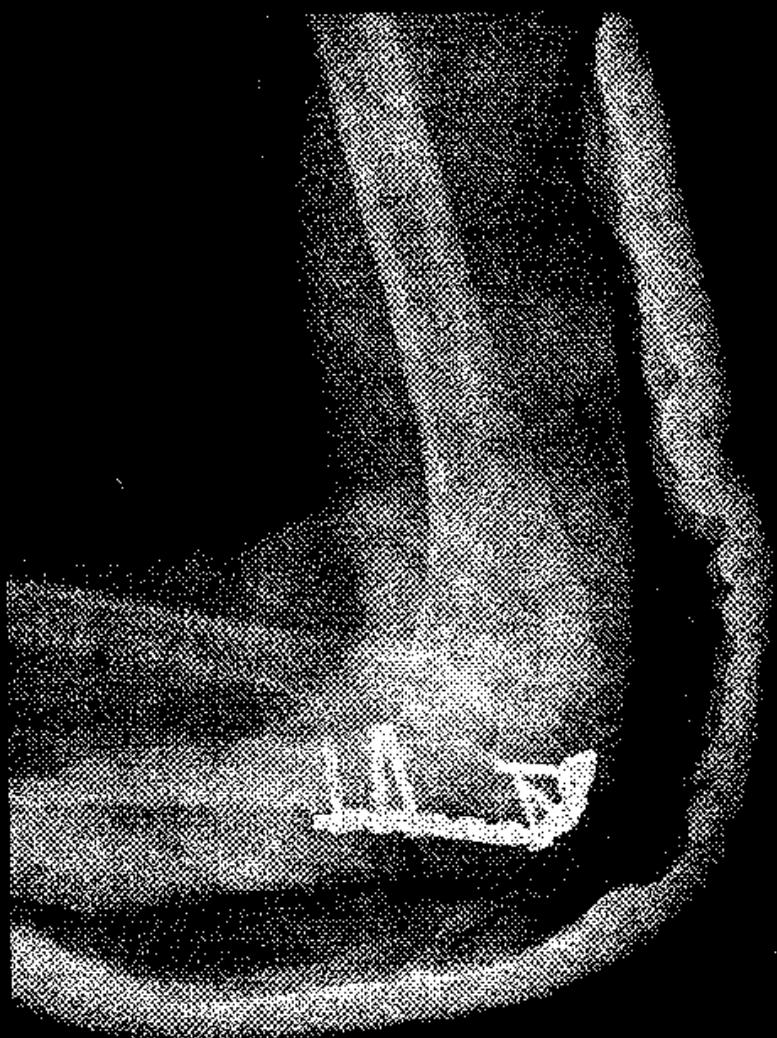
WASGHITON VIEIRA DUARTE DE LIMA

H

Hospital Deoclécio Marques de Lima

Imagem

Acq. Data 12/08/50



R

E

100 mm

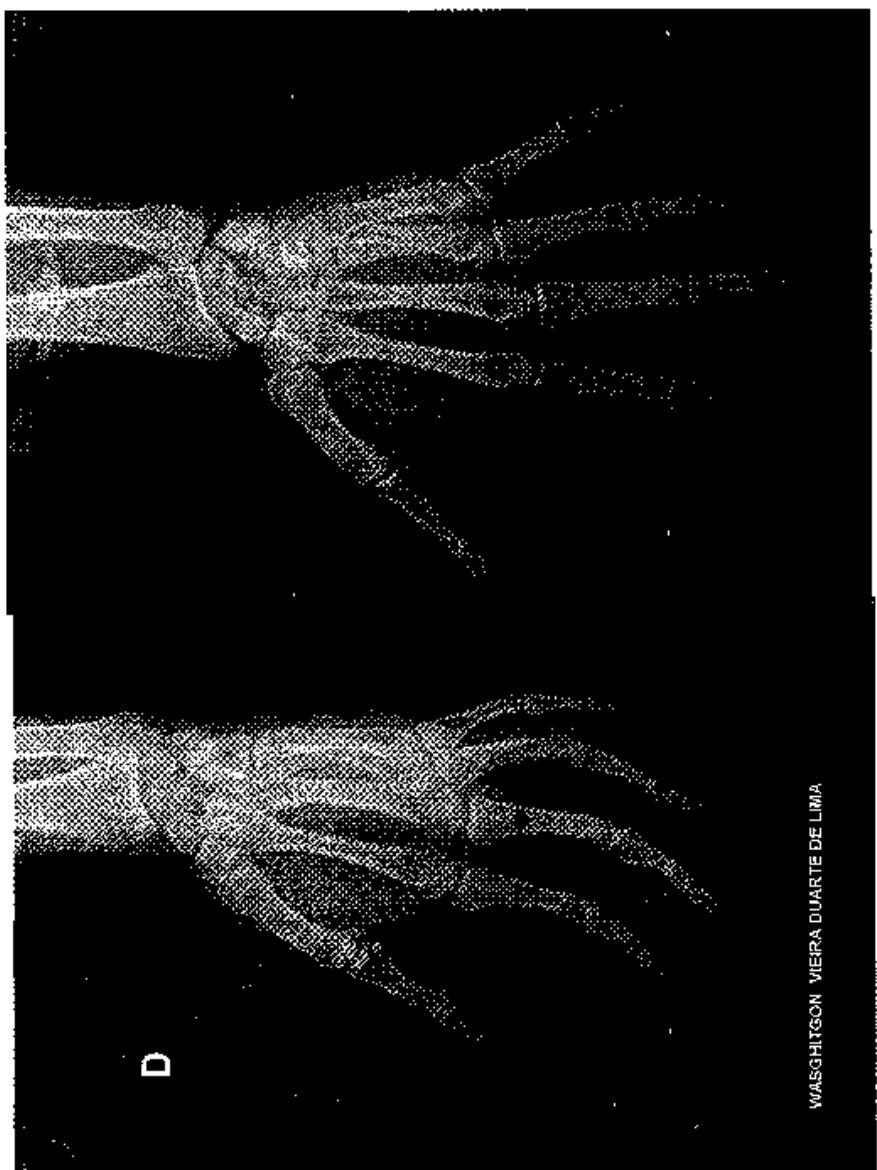
F

L = 128 W = 256



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

Num. 62186598 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

Num. 62186598 - Pág. 29

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

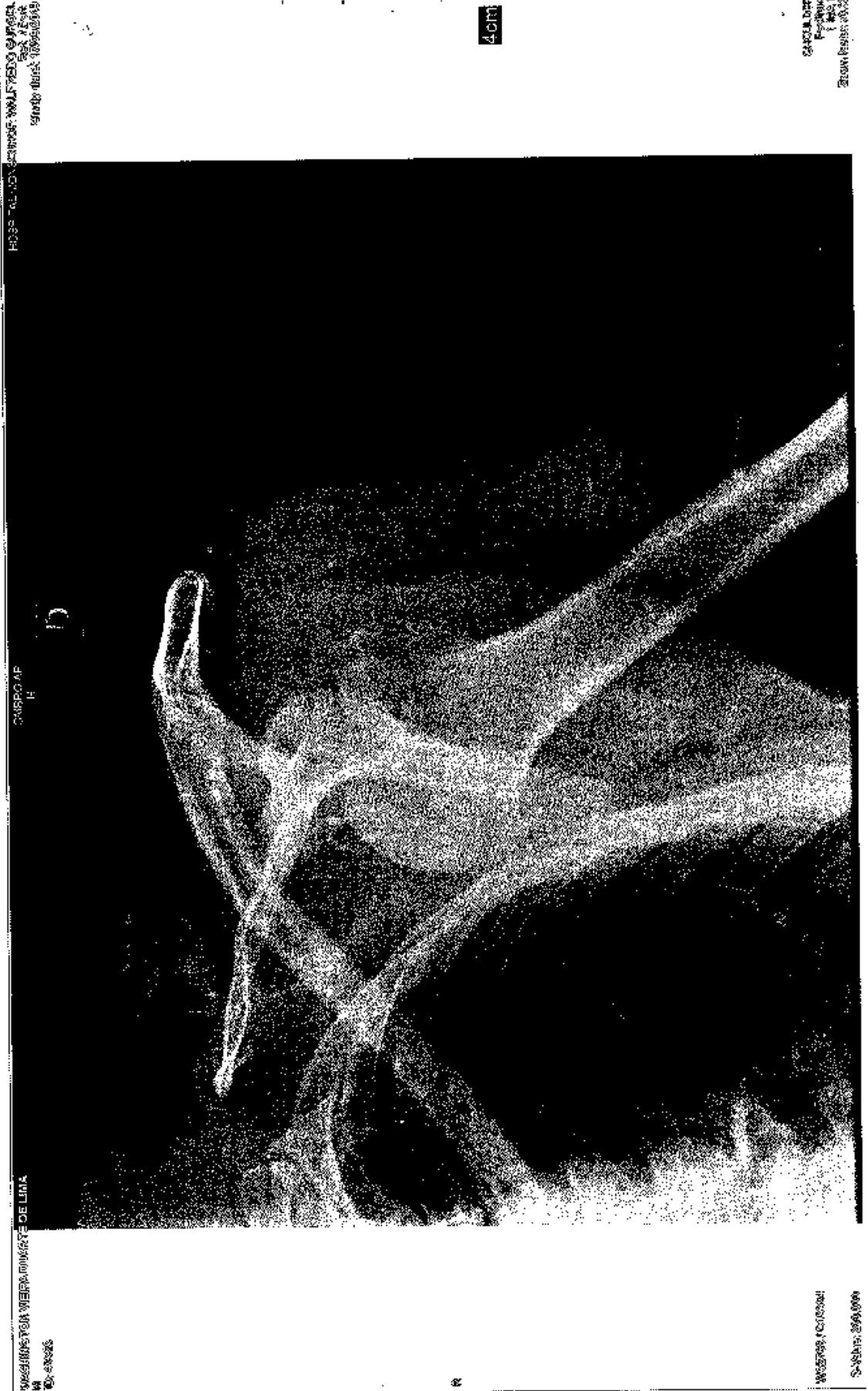


Antebraco
Esquerdo



WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA, : DX

n 17/09/2019



WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA
Nº: 4442
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

4DM

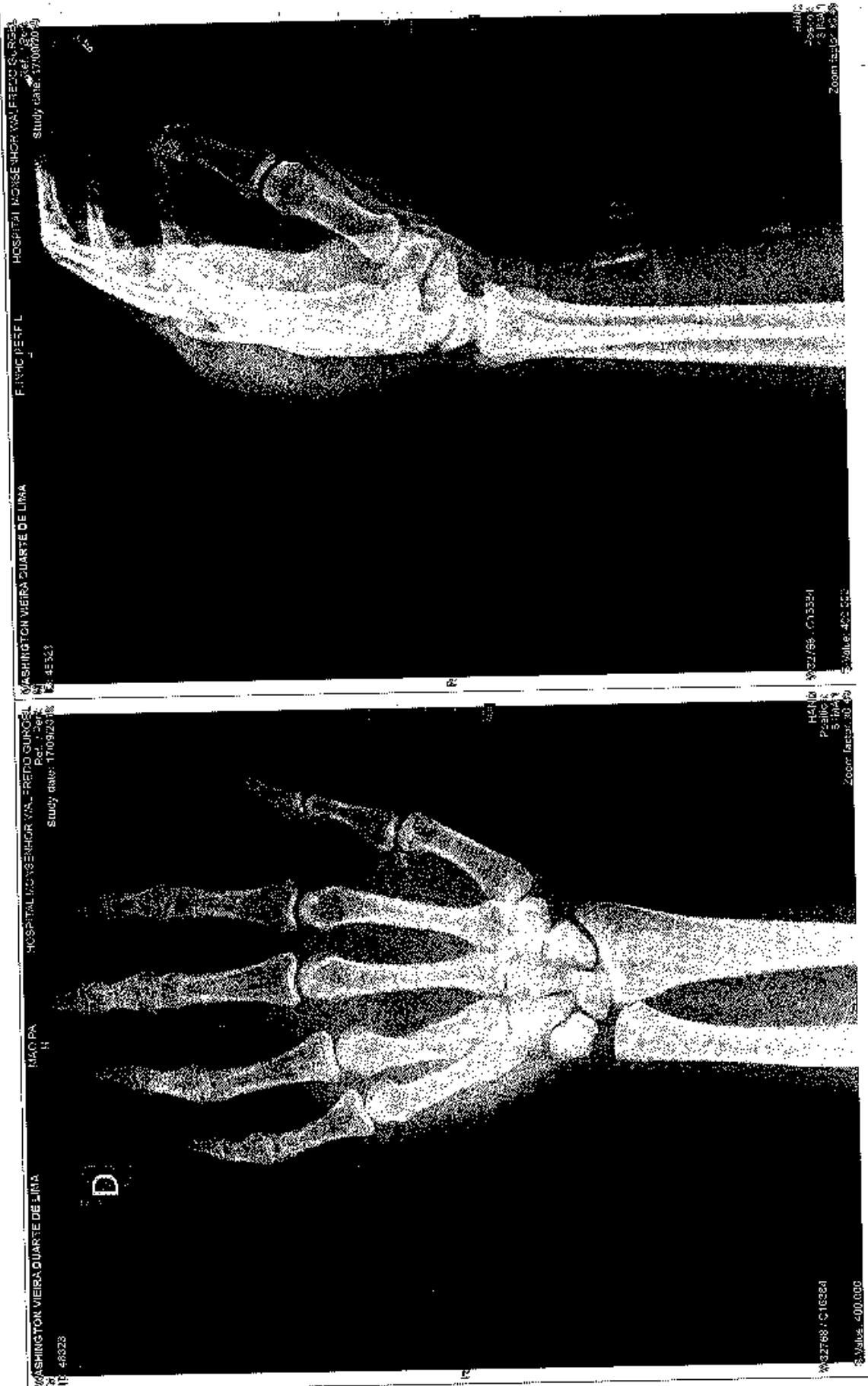
WERNER, CLAUDIO
Série: 200000

CARTÃO DE
PAGAMENTO
TURBO
TURBO

Num. 62186598 - Pág. 31



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





4cm

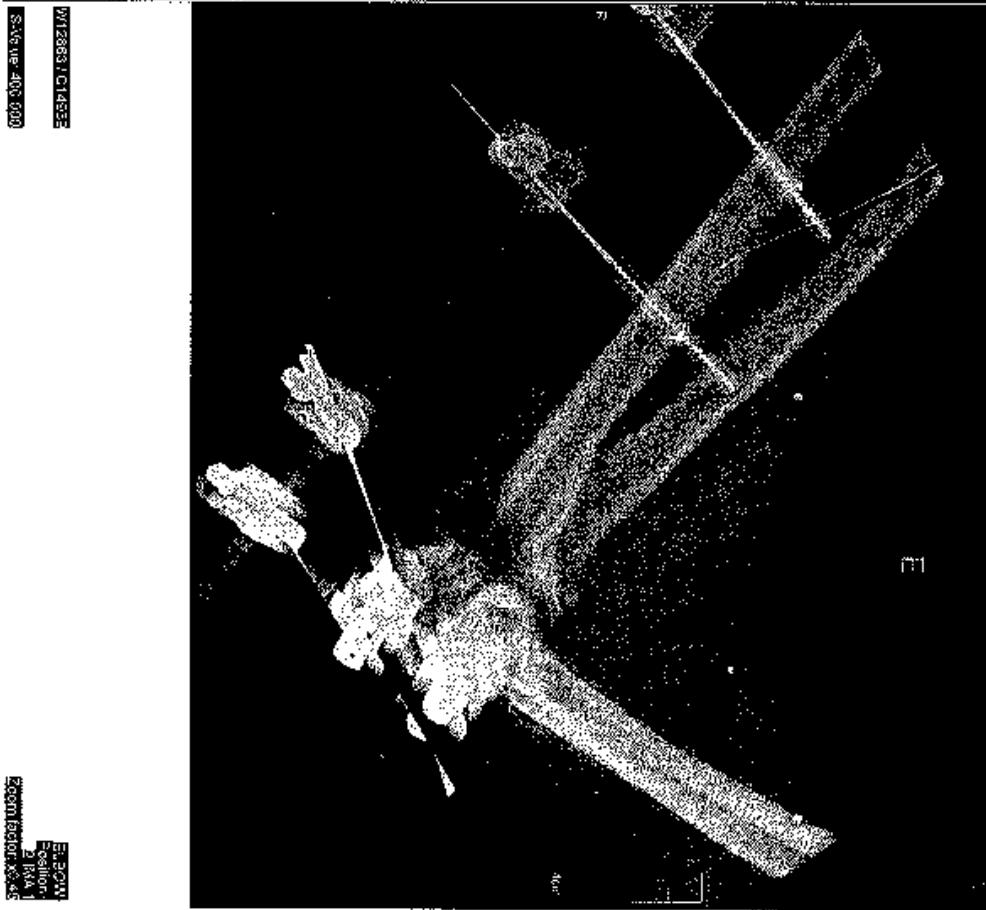
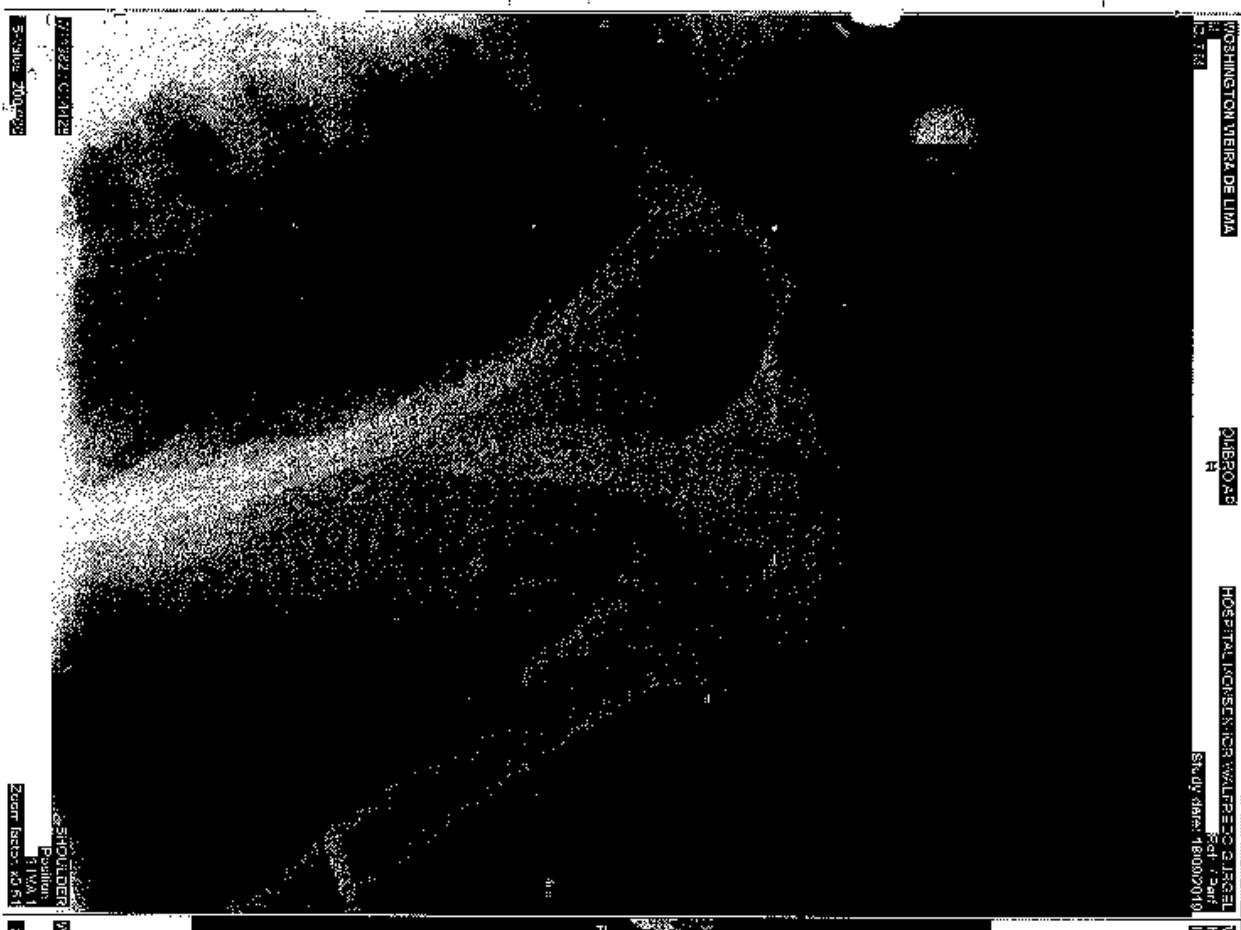
306
HOSPITAL MONSERRATE DO SISTEMA
Saude do Ceará - 12092010

Zona Norte
Ceará
- 2009



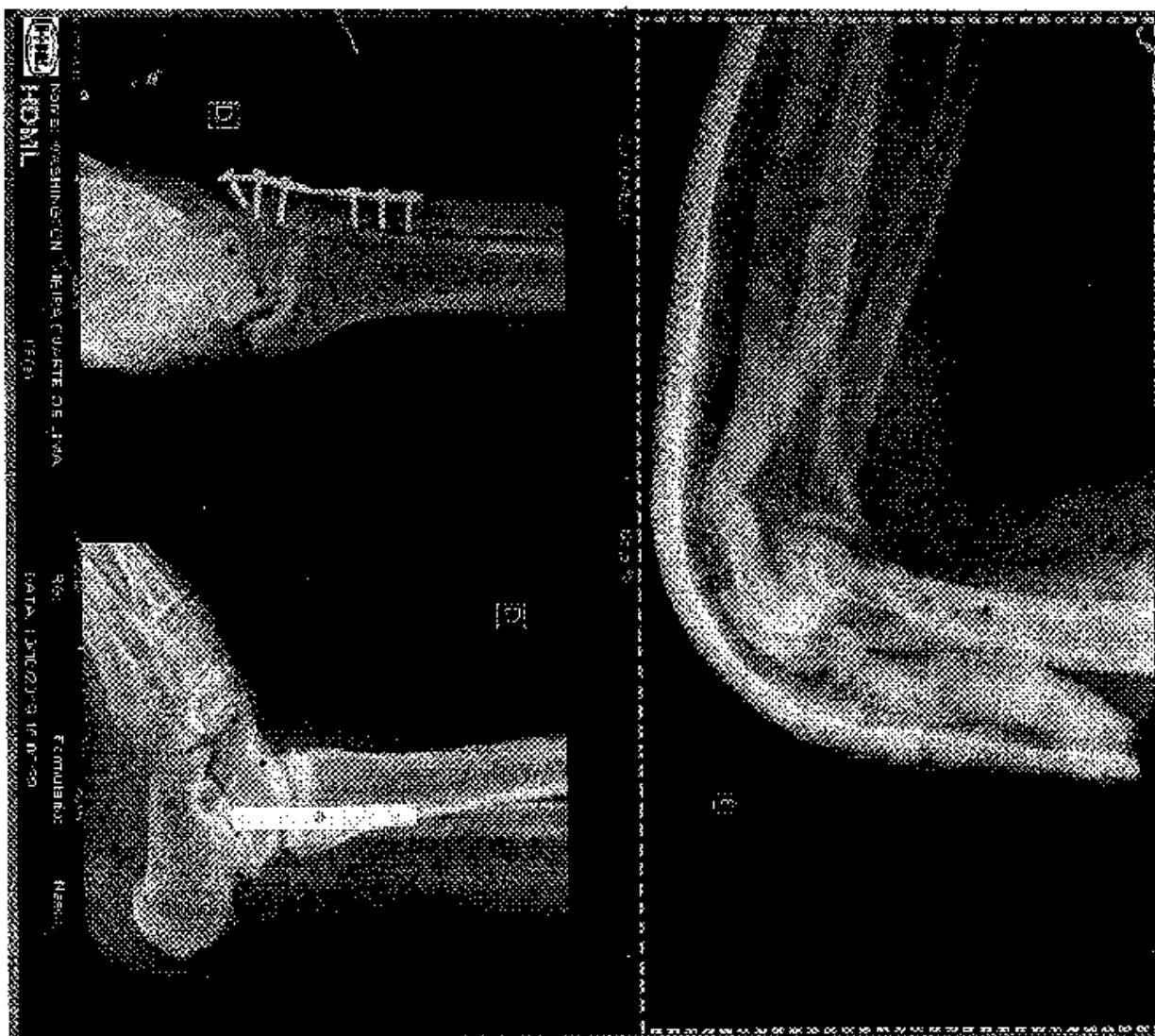
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

Num. 62186598 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

Num. 62186598 - Pág. 34





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS
ENFERMARIA Nº	LÉITO	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	PROFISSAO		
SOLTEIRO	COBRADOR		
ENDERECO (RUA, Nº)			
RUA CARAOCA 146			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
NATAL	SATAREM	RN	
LOCAL DE TRABALHO		TELÉFONE	
FILIAÇÃO			
MARIA IRENICE DUARTE	DACILIO VIEIRA		
RESPONSÁVEL			
O MESMO		TELÉFONE	
ENDERECO		988543389	
O MESMO			
DIAGNÓSTICO PREVISTO	<i>Golpe teirofele d + fratura cubito e</i>		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	<i>Dr. Edmar M. Dantas CRM-942</i>		
DATA DE ADMISSÃO	02.10.19.	ALTA	<i>23/10/19</i>
HISTÓRIA CLÍNICA			
<i>Ortopedia - Traumatologia</i>			

**PROML / SESAP
CONFERIDO ORIGINA
Paranápolis, RN**

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

Num. 62186598 - Pág. 36

**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

HmWQ

NOME: Washington Viana D'Urso de Lima
IDADE: 23/10/1974 COR: Morena SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Rio de Janeiro PROFISSÃO: Operador PROCEDÊNCIA: Olinda
ENDERECO: Rua Joaquim Góes, 156 BAIRRO: Sion
CIDADE: Olinda DATA: 28/10/19 HORA: 16:40

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.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Grau II e esguicho no ojo
estôncio e estropalo D) pene
fretamento, dor, urdo do

EXAME FÍSICO W. 6-

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN 28/10/2020
Mat. 369244

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

fretamento estropalo D) e estrabismo





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

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

167753

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACIAÇÃO

700 6059 9341 7764

27/08/1977

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

MARIA IRENICE DUARTE

988543389

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

O MESMO

15- ENDERECO (RUA, Nº)

RUA CARAÇA 146

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

SATAREM

18- UF

RN

19- CEP

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Justificativa de Internação

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CODIGO DO PROCEDIMENTO

942

Media Traumatologica

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

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

40- Nº DO BILHETE

41- SERIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBQR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME (O) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

62- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HRDML / SESAP
CONFERIDO ORIGINARIO
Panambi-RN 11/10/2020
Mat. 36921-4

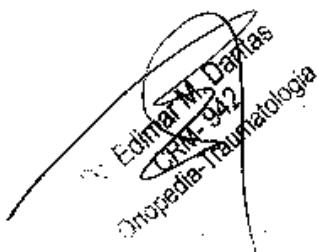


Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia



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/ Otorrinolaringologia*

Edimilson M. Dantas
CRM-942
Otorpedeia-Traumatologia

*Ass. do Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVICO DE <i>Otorpedeia</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 _____	 Núcleo de Atendimento à Família N.A.F. MTR / HDML AUTORIZADO
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> T.E.P. <input type="checkbox"/>
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 (MALEÓLO LATERAL)+FT DE OELCRANO ESQ			
Tipo de operação	TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍTESE DO TORNOZELO COM PLACA E			
Diagnóstico pós operatório	PARAFUSOS+ RETIRADA DE SINTESA DE COTOVELO			
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO				
Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras				
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA.				
2. EVAZIAMENTO + GARROTEAMENTO				
3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA E CAMPOS ESTÉREIS				
4. INCISÃO LATERAL + DISSECÇÃO POR PLANOS				
5. LIMPEZA DE FOCO + VISUALIZADA COMUNIÇÃO 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. C.R.O				
14. RX				
PLANTONISTA	Dr. JOSÉ CARLOS GOMES			
COOPERADO:	Cirurgião: Dr. OSVALDO LARA			



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA EL ORI INHARES - 28/10/2020 15:04:40

https://piec1.tirn.ius.br:443/pie/Processo/ConsultarDocumento/listView_seam?x=20102815043941200000059641767

Número do documento: 20102815043941300000059614767

Num. 62186598 - Pág. 42





Hospital

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

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - visceras	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APÓS ANESTESIA	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
2. GARROTE COM FAIXA DE ESMARCH	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
4. REALIZADO ACESSO AO COTOVELO ESQUERDO	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
5. VISUALISADO FRATURA COMUNITIVA DE OLECRANO COM PERDA OSSEA(FOI EXPOSTA A EPOCA)	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
6. REALIZADA FIXACAO COM PLACA E PARAFUSO 3.5	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
7. MOVIMENTO SEM BLOQUEIO ARTICULAR APÓS FIXACAO COM ARCO DE MOVIMENTO FUNCIONAL, LIMPEZA COM SF 0,9%	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
8. SUTURA POR PLANOS	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
9. CURATIVOS	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
10. RETIRADA DE GARROTE	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
11. BOA PERFUSÃO DISTAL	1) CIRURGIAS MÚLTIPLO 2) (415010012) 3) (413020013) 4) (413020014) 5) (413020015) 6) (413020016) 7) (413020017) 8) (413020018) 9) (413020019) 10) (413020020) 11) (413020021)
MÉDICOS COOPERADOS	Dr. Marcelo Nobrega Rocha CRM 3522 6433 / CRM 3522





Uzima



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 28/10/2020 15:04:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815043944200000059644767>
Número do documento: 20102815043944200000059644767

Num. 62186598 - Pág. 44

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035068 Cidade: São Gonçalo do Amarante Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE Data do acidente: 17/09/2019 Seguradora: AMERICAN LIFE
LIMA 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.
sequelas: 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 De Brito de Lima, brasileiro(a),
estado civil: sócio Profissão: COBRADOR, portador(a) do RG
001.806.383, órgão expedidor SOP/RN e do CPF: 008.278.584-85, residente
no(a) RUA TARAUCA, VILA GUARANI nº 148,
bairro: POTENGY, município: NATAL / RN.

OUTORGADO:

Nome: MARCOS Batista Fagundes, brasileiro(a)
estado civil: DIVORCIADO Profissão: RESCUSO, portador(a) do RG
1375340, órgão expedidor SOP/RN e do CPF: 806.785.054-20, residente
no(a) Rua do Xareu nº 140
bairro: Pajuçara, 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

Sao Goncalo do Amarante na 17/12/19

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Comarca de São Gonçalo do Amarante - Rio Grande do Norte
Início: 01/01/1995 - Fim: 31/12/2020 - Cadastrado: 01/01/1995

Até 31/12/2020 - Cadastrado: 28/06/2019
Número: 00102815043944200000059644767

WASHINGTON VIEIRA DE LIMA

Registro: 0015.003.0014 CPF/MF: 008.278.584-85
Selo Digital Poder: 00009060008555WBS (<https://selodigital.tjrn.jus.br>)
São Gonçalo - RN - 17 de dezembro de 2019
Op.: Aria Cecília
Sergio Góis de Lima - Graciane da Silva - Paulo Sérgio de Moraes
Emissor: R\$2.00 + R\$0.140,00 - Total = R\$2.140,00 (atualizado em 08/11/2017)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

