



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
62186598	28/10/2020 15:04	2761122_CONTESTACAO_Anexo_04	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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15402296

Pag. 00549/00550 - carta_01 - INVALIDEZ

00020275





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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA 6 - CPF: 008.278.584-85
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: RUA TARAUCA, VILA GUARANI 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: POTENGY 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59224-550
15 - E-mail: (84) 98782-0211

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: SANTANDER (037)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3148 CONTA: 600263688
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou irmão(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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 digital da vítima ou representante legal

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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



 **Santander**

Financiando sua vida



5021 2125 3734 0890

VALID
THRU **07/13** VALID
THRU **04/28**

WASHINGTON V D LIMA

3178 60026368-8





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO
AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 070186/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/12/2019 11:32 Data/Hora Fim: 17/12/2019 11:43
Delegado de Polícia: Luciano Augusto Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de São Gonçalo do Amarante

Data/Hora do Fato: 17/09/2019

Local do Fato

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

Bairro: DISTRITO
Nº: S/N

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

ENVOLVIDO(S)

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

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 008.278.584-85
RG - Carteira de Identidade: 001906983

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: RUA TARAUCA
Complemento: VILA GUARANI
Bairro: POTENGI
Telefone: (84) 98827-8691 (Celular)
Nº: 112

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição CICLOMOTOR	CPF/CNPJ do Proprietário 008.278.584-85
Placa QGN4451	Renavam 01109294899
Número do Motor 1P39FMAFA123735	Número do Chassi LXYYCBL03F0300491
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 Medeiros Emarenciano
Data de Impressão: 17/12/2019 11:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO
AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 070186/2019

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

RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA, ONDE RELATOU QUE TRAFEGAVA PELA BR 101, SENTIDO EXTREMOZ - NATAL, PILOTANDO A MOTOCICLETA CADASTRADA NESTE BO, EM SEU NOME, QUANDO PAROU NAS PROXIMIDADES DA LINHA FÉRREA E FOI ATINGIDO PELO TREM. APÓS A COLISÃO A VÍTIMA FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL CLOVIS SARINHO COM LESÕES E FRATURAS PELO CORPO. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Luiz Antonio Medeiros Emerenciano
Agente de Polícia
Matrícula 1843162
Responsável pelo Atendimento

WASHINGTON V D DE
WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA
(Comunicante / Vítima)
LIMA

*Dado para os devidos fins ao cidadão que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima prestadas e deixo que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origin., conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro.



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

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 no ASL: 008.278.584-85 3 - CPF da vítima: 008.278.584-85 4 - Nome completo da vítima: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA 6 - CPF: 008.278.584-85
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: RUA TARAUCA, VILA GUARANI 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: POTENGY 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59224-550
15 - E-mail: (84) 98782-0222

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: SANTANDER (057)
AGÊNCIA: 3118 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/reembolso 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 da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causada por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva
24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a Vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
30 - Vítima deixou nascituro/falecido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura da vítima ou de seu representante legal

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)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver) MARCOS SALGADO RODRIGUES

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019





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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se faz necessário, que foi encontrada a ocorrência de **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: 59.022-545 - FONE: 84.3209-5321



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 175486/1

Data: 17/09/2019

CLAMATO

TARM: WANESSA GUSTAVO DO NASCIMENTO

Médico Regulação: VINICIUS CÂMARA DE SOUSA PAIVA

Rádio Operador: HONDINELY 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 LUJZ GONÇALVES DE O - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃO

CONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: EXTREMOZ

Nome do Solicitante: SG ROBERIO

Telefone: (84) 8855-3784

Nome do Paciente:

WASHINGTON

Idade: *

41

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço: BR 101 NORTE

Nº:

Bairro:

Outro Bairro: BR

Referência/Complemento: PX LINHA DO TREM /

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: DR GUSTAVO RECEBEU O PACIENTE

Queixa Primária: COLISAO MOTO X TREM

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

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

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X OBSTÁCULO

REGULAÇÃO: CONSCIENTE, FRATURA EXPOSTA EM BRAÇO

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 17/09/2019 19:29:28 Usuário: (RADIO OPERADOR) HONDINELY 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: (RADIO OPERADOR) HONDINELY FREITAS DE ARAÚJO
Observação: Controle de frota: DR GUSTAVO RECEBEU O PACIENTE

MOVIMENTOS DA CHAMADA

Chamado:
17/09/2019
19:24:35

Saída Local:
17/09/2019
20:19:20

Regulação Médica:
17/09/2019
19:27:24

Chegada Destino:
17/09/2019
20:38:20

Solicitação VTR:
17/09/2019
19:28:03

Liberação Destino:
17/09/2019
21:20:15

Saída VTR:
17/09/2019
19:28:13

Liberação VTR:
17/09/2019
21:20:12

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



Observação do Apoio:

CONTINUA

Remoção

Conduta Médico Regulador:

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

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha da Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

POR FAVOR

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIONTE DE TRABALHO?

Sim Não

VIGILÂNCIA A VIGILÂNCIA?

Sim Não



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	31/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.050,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03178

CONTA: 000060026368-8

Nr. da Autenticação 5285B0707842C4D2



SA - CENURA - NOTA FISCAL

Companhia Brasileira de Rua Grande do Norte
Rua Mariz, 150, Bld. Naty - R.N. CEP 51405-952
exp. de tel. (51) 3091.511 Fax: (51) 3091.511 - e-mail: contabilidade@cbn.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TRAFALGAR 146 - C. 05-12 VILA
GLORIÂNIA

POTENG MAREKURBAVA
KALAL AN
5942-556

CONTRA CONTINUA	RECEIVED
7004175454	10/2019
CA ADE VENCIMENTO	SIN. QUANT. PROVALISTAS
11/11/2019	20/11/2019
SIN. 2 PROVALISTAS	

IP BA 50TH BIRTHDAY	IP BA 50TH BIRTHDAY	IP BA 50TH BIRTHDAY
091029051	UNICA	21102210
IP BA 50TH BIRTHDAY	IP BA 50TH BIRTHDAY	IP BA 50TH BIRTHDAY
001029019	001029019	0764

Carriere/Carrière
Anesun (Bontar)ARELA
Academic Degree/ERWELT

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
01-00000000	116,40000000	116,40

17.24

[illegible]

www.ck12.org

[illegible]

INFORMACIÓ DE LA PRESENTACIÓ

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the current situation and what needs to be improved.

Department of Foreign Affairs and International Trade | 505-859-0686



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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCOUS BATISTA FABRICIO
inscrito (a) no CPF/CNPJ 806785054-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WASHIGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 008278584, 85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua do Xaréu</u>	Número: <u>140</u>	Complemento: <u>215A</u>
Bairro: <u>PAJUCARA</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59133-040</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 98782-0211</u>

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

MARCOUS BATISTA FABRICIO
Assinatura do Declarante

DL0RL001 V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO DE LUIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 48323 /2019

Admissão: 17/09/2019 20:54:33

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 143940 - WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA (41 a 10 m 25 d)
Nascimento: 23/10/1977 Natural: NATAL BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 00827858485 Prof: Mãe: IGNORADO Pai:
Logradouro: TRAZIDO DE VIA PUBLICA PELO SAMU RN - PROXIMO A FABRICA GUARARAPES, 1
CEP: 59575000 Bairro: ZONA URBANA Cidade: EXTREMOZ
Telefone: 84 32327500 Comp: PAC. SO APRESENTOU O CPF

Motivo: CARRO X TREM
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

Fluxograma:

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SaO2	Temp	Glasgow	RTS
10:48			95	36,2		

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

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

Hora:

Paciente vítima de colisão moto-trem há cerca de 01 h.
Refere uso de capacete trazido pelo SAMU. Não
percebe dor ou vômito.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas permeáveis
- B CV + e pulm + rales, SRA, não palpo enfema FR 20 ppm
- C Pulsoes fortes e rítmicos, RCR, 21, BNF FC
- D Glasgow 15
- E Fratura exposta MSE e clavícula E, MSD 1 ponto D.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Clavícula moto-trem

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



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 17/09/19

HORA: 22h

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

L.I.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Dr. Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM: 6048
SBOT: 14.525

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. ☐

L.I.E.P. ☐



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A (ALÉRGICAS)		
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) Solicito Rx de mãos direito AP, perfil e oblíquas, cotovelo direito AP+P+O, braço esquerdo AP+P+O, antebraço esquerdo AP+P+O, ombro @ AP+P+O	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) TC de tórax sem hemo/pneumotórax Alta Uep Sinal de fratura tramadol 100 mg EV	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM e 22:31	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1 <i>Ortopedia</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:		
ÓBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

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 Wilson Felismino das Santos		6 - Nº DO PROTOCOLO	
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 Acidente intra-abdominal de atravessamento	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO apresentando fratura exposta do osso da perna	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) RX	

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

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

AUTORIZAÇÃO

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

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



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 6125 /2019

Prontuário: 1186530

Paciente: 133330 - WILSON FELISMINO DOS SANTOS

Cartão SUS:

CPF:

Dt Nasc: 01/07/1968

Idade: 51 anos 1 dia

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: DESCONHECIDO

Nome do pai:

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

Nº: 10

SITUACAO DE RUA

Complemento:

Bairro: ROCAS

CEP: 59015380

Cidade: NATAL

Telefone: 84 32327500 84 32327500

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1002

Responsável: WILSON FELISMINO DOS SANTOS -

Usuário: FRANCISCA LUCIA MACIEL

Admissão: 02/07/2019 12:50:19

Alta:

02/08/19

Obito:

Dias de permanência:

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

DIAGNÓSTICO FINAL:

fratura exposta dos pernos D.E

RESUMO DE ALTA

Paciente com fratura nos pernos D.E
hoje não sente
fratura exposta dos pernos
internado para tratamento cirúrgico
de urgência.

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

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

NATAL, 02 de Julho de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

Wilson Felisberto dos Santos

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADICIONAIS

Data: 02/7/19

Hora:

Paciente com trauma grave nos
prnos D e E. 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 ⁹⁹ ¹⁰⁰ ¹⁰¹ ¹⁰² ¹⁰³ ¹⁰⁴ ¹⁰⁵ ¹⁰⁶ ¹⁰⁷ ¹⁰⁸ ¹⁰⁹ ¹¹⁰ ¹¹¹ ¹¹² ¹¹³ ¹¹⁴ ¹¹⁵ ¹¹⁶ ¹¹⁷ ¹¹⁸ ¹¹⁹ ¹²⁰ ¹²¹ ¹²² ¹²³ ¹²⁴ ¹²⁵ ¹²⁶ ¹²⁷ ¹²⁸ ¹²⁹ ¹³⁰ ¹³¹ ¹³² ¹³³ ¹³⁴ ¹³⁵ ¹³⁶ ¹³⁷ ¹³⁸ ¹³⁹ ¹⁴⁰ ¹⁴¹ ¹⁴² ¹⁴³ ¹⁴⁴ ¹⁴⁵ ¹⁴⁶ ¹⁴⁷ ¹⁴⁸ ¹⁴⁹ ¹⁵⁰ ¹⁵¹ ¹⁵² ¹⁵³ ¹⁵⁴ ¹⁵⁵ ¹⁵⁶ ¹⁵⁷ ¹⁵⁸ ¹⁵⁹ ¹⁶⁰ ¹⁶¹ ¹⁶² ¹⁶³ ¹⁶⁴ ¹⁶⁵ ¹⁶⁶ ¹⁶⁷ ¹⁶⁸ ¹⁶⁹ ¹⁷⁰ ¹⁷¹ ¹⁷² ¹⁷³ ¹⁷⁴ ¹⁷⁵ ¹⁷⁶ ¹⁷⁷ ¹⁷⁸ ¹⁷⁹ ¹⁸⁰ ¹⁸¹ ¹⁸² ¹⁸³ ¹⁸⁴ ¹⁸⁵ ¹⁸⁶ ¹⁸⁷ ¹⁸⁸ ¹⁸⁹ ¹⁹⁰ ¹⁹¹ ¹⁹² ¹⁹³ ¹⁹⁴ ¹⁹⁵ ¹⁹⁶ ¹⁹⁷ ¹⁹⁸ ¹⁹⁹ ²⁰⁰ ²⁰¹ ²⁰² ²⁰³ ²⁰⁴ ²⁰⁵ ²⁰⁶ ²⁰⁷ ²⁰⁸ ²⁰⁹ ²¹⁰ ²¹¹ ²¹² ²¹³ ²¹⁴ ²¹⁵ ²¹⁶ ²¹⁷ ²¹⁸ ²¹⁹ ²²⁰ ²²¹ ²²² ²²³ ²²⁴ ²²⁵ ²²⁶ ²²⁷ ²²⁸ ²²⁹ ²³⁰ ²³¹ ²³² ²³³ ²³⁴ ²³⁵ ²³⁶ ²³⁷ ²³⁸ ²³⁹ ²⁴⁰ ²⁴¹ ²⁴² ²⁴³ ²⁴⁴ ²⁴⁵ ²⁴⁶ ²⁴⁷ ²⁴⁸ ²⁴⁹ ²⁵⁰ ²⁵¹ ²⁵² ²⁵³ ²⁵⁴ ²⁵⁵ ²⁵⁶ ²⁵⁷ ²⁵⁸ ²⁵⁹ ²⁶⁰ ²⁶¹ ²⁶² ²⁶³ ²⁶⁴ ²⁶⁵ ²⁶⁶ ²⁶⁷ ²⁶⁸ ²⁶⁹ ²⁷⁰ ²⁷¹ ²⁷² ²⁷³ ²⁷⁴ ²⁷⁵ ²⁷⁶ ²⁷⁷ ²⁷⁸ ²⁷⁹ ²⁸⁰ ²⁸¹ ²⁸² ²⁸³ ²⁸⁴ ²⁸⁵ ²⁸⁶ ²⁸⁷ ²⁸⁸ ²⁸⁹ ²⁹⁰ ²⁹¹ ²⁹² ²⁹³ ²⁹⁴ ²⁹⁵ ²⁹⁶ ²⁹⁷ ²⁹⁸ ²⁹⁹ ³⁰⁰ ³⁰¹ ³⁰² ³⁰³ ³⁰⁴ ³⁰⁵ ³⁰⁶ ³⁰⁷ ³⁰⁸ ³⁰⁹ ³¹⁰ ³¹¹ ³¹² ³¹³ ³¹⁴ ³¹⁵ ³¹⁶ ³¹⁷ ³¹⁸ ³¹⁹ ³²⁰ ³²¹ ³²² ³²³ ³²⁴ ³²⁵ ³²⁶ ³²⁷ ³²⁸ ³²⁹ ³³⁰ ³³¹ ³³² ³³³ ³³⁴ ³³⁵ ³³⁶ ³³⁷ ³³⁸ ³³⁹ ³⁴⁰ ³⁴¹ ³⁴² ³⁴³ ³⁴⁴ ³⁴⁵ ³⁴⁶ ³⁴⁷ ³⁴⁸ ³⁴⁹ ³⁵⁰ ³⁵¹ ³⁵² ³⁵³ ³⁵⁴ ³⁵⁵ ³⁵⁶ ³⁵⁷ ³⁵⁸ ³⁵⁹ ³⁶⁰ ³⁶¹ ³⁶² ³⁶³ ³⁶⁴ ³⁶⁵ ³⁶⁶ ³⁶⁷ ³⁶⁸ ³⁶⁹ ³⁷⁰ ³⁷¹ ³⁷² ³⁷³ ³⁷⁴ ³⁷⁵ ³⁷⁶ ³⁷⁷ ³⁷⁸ ³⁷⁹ ³⁸⁰ ³⁸¹ ³⁸² ³⁸³ ³⁸⁴ ³⁸⁵ ³⁸⁶ ³⁸⁷ ³⁸⁸ ³⁸⁹ ³⁹⁰ ³⁹¹ ³⁹² ³⁹³ ³⁹⁴ ³⁹⁵ ³⁹⁶ ³⁹⁷ ³⁹⁸ ³⁹⁹ ⁴⁰⁰ ⁴⁰¹ ⁴⁰² ⁴⁰³ ⁴⁰⁴ ⁴⁰⁵ ⁴⁰⁶ ⁴⁰⁷ ⁴⁰⁸ ⁴⁰⁹ ⁴¹⁰ ⁴¹¹ ⁴¹² ⁴¹³ ⁴¹⁴ ⁴¹⁵ ⁴¹⁶ ⁴¹⁷ ⁴¹⁸ ⁴¹⁹ ⁴²⁰ ⁴²¹ ⁴²² ⁴²³ ⁴²⁴ ⁴²⁵ ⁴²⁶ ⁴²⁷ ⁴²⁸ ⁴²⁹ ⁴³⁰ ⁴³¹ ⁴³² ⁴³³ ⁴³⁴ ⁴³⁵ ⁴³⁶ ⁴³⁷ ⁴³⁸ ⁴³⁹ ⁴⁴⁰ ⁴⁴¹ ⁴⁴² ⁴⁴³ ⁴⁴⁴ ⁴⁴⁵ ⁴⁴⁶ ⁴⁴⁷ ⁴⁴⁸ ⁴⁴⁹ ⁴⁵⁰ ⁴⁵¹ ⁴⁵² ⁴⁵³ ⁴⁵⁴ ⁴⁵⁵ ⁴⁵⁶ ⁴⁵⁷ ⁴⁵⁸ ⁴⁵⁹ ⁴⁶⁰ ⁴⁶¹ ⁴⁶² ⁴⁶³ ⁴⁶⁴ ⁴⁶⁵ ⁴⁶⁶ ⁴⁶⁷ ⁴⁶⁸ ⁴⁶⁹ ⁴⁷⁰ ⁴⁷¹ ⁴⁷² ⁴⁷³ ⁴⁷⁴ ⁴⁷⁵ ⁴⁷⁶ ⁴⁷⁷ ⁴⁷⁸ ⁴⁷⁹ ⁴⁸⁰ ⁴⁸¹ ⁴⁸² ⁴⁸³ ⁴⁸⁴ ⁴⁸⁵ ⁴⁸⁶ ⁴⁸⁷ ⁴⁸⁸ ⁴⁸⁹ ⁴⁹⁰ ⁴⁹¹ ⁴⁹² ⁴⁹³ ⁴⁹⁴ ⁴⁹⁵ ⁴⁹⁶ ⁴⁹⁷ ⁴⁹⁸ ⁴⁹⁹ ⁵⁰⁰ ⁵⁰¹ ⁵⁰² ⁵⁰³ ⁵⁰⁴ ⁵⁰⁵ ⁵⁰⁶ ⁵⁰⁷ ⁵⁰⁸ ⁵⁰⁹ ⁵¹⁰ ⁵¹¹ ⁵¹² ⁵¹³ ⁵¹⁴ ⁵¹⁵ ⁵¹⁶ ⁵¹⁷ ⁵¹⁸ ⁵¹⁹ ⁵²⁰ ⁵²¹ ⁵²² ⁵²³ ⁵²⁴ ⁵²⁵ ⁵²⁶ ⁵²⁷ ⁵²⁸ ⁵²⁹ ⁵³⁰ ⁵³¹ ⁵³² ⁵³³ ⁵³⁴ ⁵³⁵ ⁵³⁶ ⁵³⁷ ⁵³⁸ ⁵³⁹ ⁵⁴⁰ ⁵⁴¹ ⁵⁴² ⁵⁴³ ⁵⁴⁴ ⁵⁴⁵ ⁵⁴⁶ ⁵⁴⁷ ⁵⁴⁸ ⁵⁴⁹ ⁵⁵⁰ ⁵⁵¹ ⁵⁵² ⁵⁵³ ⁵⁵⁴ ⁵⁵⁵ ⁵⁵⁶ ⁵⁵⁷ ⁵⁵⁸ ⁵⁵⁹ ⁵⁶⁰ ⁵⁶¹ ⁵⁶² ⁵⁶³ ⁵⁶⁴ ⁵⁶⁵ ⁵⁶⁶ ⁵⁶⁷ ⁵⁶⁸ ⁵⁶⁹ ⁵⁷⁰ ⁵⁷¹ ⁵⁷² ⁵⁷³ ⁵⁷⁴ ⁵⁷⁵ ⁵⁷⁶ ⁵⁷⁷ ⁵⁷⁸ ⁵⁷⁹ ⁵⁸⁰ ⁵⁸¹ ⁵⁸² ⁵⁸³ ⁵⁸⁴ ⁵⁸⁵ ⁵⁸⁶ ⁵⁸⁷ ⁵⁸⁸ ⁵⁸⁹ ⁵⁹⁰ ⁵⁹¹ ⁵⁹² ⁵⁹³ ⁵⁹⁴ ⁵⁹⁵ ⁵⁹⁶ ⁵⁹⁷ ⁵⁹⁸ ⁵⁹⁹ ⁶⁰⁰ ⁶⁰¹ ⁶⁰² ⁶⁰³ ⁶⁰⁴ ⁶⁰⁵ ⁶⁰⁶ ⁶⁰⁷ ⁶⁰⁸ ⁶⁰⁹ ⁶¹⁰ ⁶¹¹ ⁶¹² ⁶¹³ ⁶¹⁴ ⁶¹⁵ ⁶¹⁶ ⁶¹⁷ ⁶¹⁸ ⁶¹⁹ ⁶²⁰ ⁶²¹ ⁶²² ⁶²³ ⁶²⁴ ⁶²⁵ ⁶²⁶ ⁶²⁷ ⁶²⁸ ⁶²⁹ ⁶³⁰ ⁶³¹ ⁶³² ⁶³³ ⁶³⁴ ⁶³⁵ ⁶³⁶ ⁶³⁷ ⁶³⁸ ⁶³⁹ ⁶⁴⁰ ⁶⁴¹ ⁶⁴² ⁶⁴³ ⁶⁴⁴ ⁶⁴⁵ ⁶⁴⁶ ⁶⁴⁷ ⁶⁴⁸ ⁶⁴⁹ ⁶⁵⁰ ⁶⁵¹ ⁶⁵² ⁶⁵³ ⁶⁵⁴ ⁶⁵⁵ ⁶⁵⁶ ⁶⁵⁷ ⁶⁵⁸ ⁶⁵⁹ ⁶⁶⁰ ⁶⁶¹ ⁶⁶² ⁶⁶³ ⁶⁶⁴ ⁶⁶⁵ ⁶⁶⁶ ⁶⁶⁷ ⁶⁶⁸ ⁶⁶⁹ ⁶⁷⁰ ⁶⁷¹ ⁶⁷² ⁶⁷³ ⁶⁷⁴ ⁶⁷⁵ ⁶⁷⁶ ⁶⁷⁷ ⁶⁷⁸ ⁶⁷⁹ ⁶⁸⁰ ⁶⁸¹ ⁶⁸² ⁶⁸³ ⁶⁸⁴ ⁶⁸⁵ ⁶⁸⁶ ⁶⁸⁷ ⁶⁸⁸ ⁶⁸⁹ ⁶⁹⁰ ⁶⁹¹ ⁶⁹² ⁶⁹³ ⁶⁹⁴ ⁶⁹⁵ ⁶⁹⁶ ⁶⁹⁷ ⁶⁹⁸ ⁶⁹⁹ ⁷⁰⁰ ⁷⁰¹ ⁷⁰² ⁷⁰³ ⁷⁰⁴ ⁷⁰⁵ ⁷⁰⁶ ⁷⁰⁷ ⁷⁰⁸ ⁷⁰⁹ ⁷¹⁰ ⁷¹¹ ⁷¹² ⁷¹³ ⁷¹⁴ ⁷¹⁵ ⁷¹⁶ ⁷¹⁷ ⁷¹⁸ ⁷¹⁹ ⁷²⁰ ⁷²¹ ⁷²² ⁷²³ ⁷²⁴ ⁷²⁵ ⁷²⁶ ⁷²⁷ ⁷²⁸ ⁷²⁹ ⁷³⁰ ⁷³¹ ⁷³² ⁷³³ ⁷³⁴ ⁷³⁵ ⁷³⁶ ⁷³⁷ ⁷³⁸ ⁷³⁹ ⁷⁴⁰ ⁷⁴¹ ⁷⁴² ⁷⁴³ ⁷⁴⁴ ⁷⁴⁵ ⁷⁴⁶ ⁷⁴⁷ ⁷⁴⁸ ⁷⁴⁹ ⁷⁵⁰ ⁷⁵¹ ⁷⁵² ⁷⁵³ ⁷⁵⁴ ⁷⁵⁵ ⁷⁵⁶ ⁷⁵⁷ ⁷⁵⁸ ⁷⁵⁹ ⁷⁶⁰ ⁷⁶¹ ⁷⁶² ⁷⁶³ ⁷⁶⁴ ⁷⁶⁵ ⁷⁶⁶ ⁷⁶⁷ ⁷⁶⁸ ⁷⁶⁹ ⁷⁷⁰ ⁷⁷¹ ⁷⁷² ⁷⁷³ ⁷⁷⁴ ⁷⁷⁵ ⁷⁷⁶ ⁷⁷⁷ ⁷⁷⁸ ⁷⁷⁹ ⁷⁸⁰ ⁷⁸¹ ⁷⁸² ⁷⁸³ ⁷⁸⁴ ⁷⁸⁵ ⁷⁸⁶ ⁷⁸⁷ ⁷⁸⁸ ⁷⁸⁹ ⁷⁹⁰ ⁷⁹¹ ⁷⁹² ⁷⁹³ ⁷⁹⁴ ⁷⁹⁵ ⁷⁹⁶ ⁷⁹⁷ ⁷⁹⁸ ⁷⁹⁹ ⁸⁰⁰ ⁸⁰¹ ⁸⁰² ⁸⁰³ ⁸⁰⁴ ⁸⁰⁵ ⁸⁰⁶ ⁸⁰⁷ ⁸⁰⁸ ⁸⁰⁹ ⁸¹⁰ ⁸¹¹ ⁸¹² ⁸¹³ ⁸¹⁴ ⁸¹⁵ ⁸¹⁶ ⁸¹⁷ ⁸¹⁸ ⁸¹⁹ ⁸²⁰ ⁸²¹ ⁸²² ⁸²³ ⁸²⁴ ⁸²⁵ ⁸²⁶ ⁸²⁷ ⁸²⁸ ⁸²⁹ ⁸³⁰ ⁸³¹ ⁸³² ⁸³³ ⁸³⁴ ⁸³⁵ ⁸³⁶ ⁸³⁷ ⁸³⁸ ⁸³⁹ ⁸⁴⁰ ⁸⁴¹ ⁸⁴² ⁸⁴³ ⁸⁴⁴ ⁸⁴⁵ ⁸⁴⁶ ⁸⁴⁷ ⁸⁴⁸ ⁸⁴⁹ ⁸⁵⁰ ⁸⁵¹ ⁸⁵² ⁸⁵³ ⁸⁵⁴ ⁸⁵⁵ ⁸⁵⁶ ⁸⁵⁷ ⁸⁵⁸ ⁸⁵⁹ ⁸⁶⁰ ⁸⁶¹ ⁸⁶² ⁸⁶³ ⁸⁶⁴ ⁸⁶⁵ ⁸⁶⁶ ⁸⁶⁷ ⁸⁶⁸ ⁸⁶⁹ ⁸⁷⁰ ⁸⁷¹ ⁸⁷² ⁸⁷³ ⁸⁷⁴ ⁸⁷⁵ ⁸⁷⁶ ⁸⁷⁷ ⁸⁷⁸ ⁸⁷⁹ ⁸⁸⁰ ⁸⁸¹ ⁸⁸² ⁸⁸³ ⁸⁸⁴ ⁸⁸⁵ ⁸⁸⁶ ⁸⁸⁷ ⁸⁸⁸ ⁸⁸⁹ ⁸⁹⁰ ⁸⁹¹ ⁸⁹² ⁸⁹³ ⁸⁹⁴ ⁸⁹⁵ ⁸⁹⁶ ⁸⁹⁷ ⁸⁹⁸ ⁸⁹⁹ ⁹⁰⁰ ⁹⁰¹ ⁹⁰² ⁹⁰³ ⁹⁰⁴ ⁹⁰⁵ ⁹⁰⁶ ⁹⁰⁷ ⁹⁰⁸ ⁹⁰⁹ ⁹¹⁰ ⁹¹¹ ⁹¹² ⁹¹³ ⁹¹⁴ ⁹¹⁵ ⁹¹⁶ ⁹¹⁷ ⁹¹⁸ ⁹¹⁹ ⁹²⁰ ⁹²¹ ⁹²² ⁹²³ ⁹²⁴ ⁹²⁵ ⁹²⁶ ⁹²⁷ ⁹²⁸ ⁹²⁹ ⁹³⁰ ⁹³¹ ⁹³² ⁹³³ ⁹³⁴ ⁹³⁵ ⁹³⁶ ⁹³⁷ ⁹³⁸ ⁹³⁹ ⁹⁴⁰ ⁹⁴¹ ⁹⁴² ⁹⁴³ ⁹⁴⁴ ⁹⁴⁵ ⁹⁴⁶ ⁹⁴⁷ ⁹⁴⁸ ⁹⁴⁹ ⁹⁵⁰ ⁹⁵¹ ⁹⁵² ⁹⁵³ ⁹⁵⁴ ⁹⁵⁵ ⁹⁵⁶ ⁹⁵⁷ ⁹⁵⁸ ⁹⁵⁹ ⁹⁶⁰ ⁹⁶¹ ⁹⁶² ⁹⁶³ ⁹⁶⁴ ⁹⁶⁵ ⁹⁶⁶ ⁹⁶⁷ ⁹⁶⁸ ⁹⁶⁹ ⁹⁷⁰ ⁹⁷¹ ⁹⁷² ⁹⁷³ ⁹⁷⁴ ⁹⁷⁵ ⁹⁷⁶ ⁹⁷⁷ ⁹⁷⁸ ⁹⁷⁹ ⁹⁸⁰ ⁹⁸¹ ⁹⁸² ⁹⁸³ ⁹⁸⁴ ⁹⁸⁵ ⁹⁸⁶ ⁹⁸⁷ ⁹⁸⁸ ⁹⁸⁹ ⁹⁹⁰ ⁹⁹¹ ⁹⁹² ⁹⁹³ ⁹⁹⁴ ⁹⁹⁵ ⁹⁹⁶ ⁹⁹⁷ ⁹⁹⁸ ⁹⁹⁹ ¹⁰⁰⁰ ¹⁰⁰¹ ¹⁰⁰² ¹⁰⁰³ ¹⁰⁰⁴ ¹⁰⁰⁵ ¹⁰⁰⁶ ¹⁰⁰⁷ ¹⁰⁰⁸ ¹⁰⁰⁹ ¹⁰¹⁰ ¹⁰¹¹ ¹⁰¹² ¹⁰¹³ ¹⁰¹⁴ ¹⁰¹⁵ ¹⁰¹⁶ ¹⁰¹⁷ ¹⁰¹⁸ ¹⁰¹⁹ ¹⁰²⁰ ¹⁰²¹ ¹⁰²² ¹⁰²³ ¹⁰²⁴ ¹⁰²⁵ ¹⁰²⁶ ¹⁰²⁷ ¹⁰²⁸ ¹⁰²⁹ ¹⁰³⁰ ¹⁰³¹ ¹⁰³² ¹⁰³³ ¹⁰³⁴ ¹⁰³⁵ ¹⁰³⁶ ¹⁰³⁷ ¹⁰³⁸ ¹⁰³⁹ ¹⁰⁴⁰ ¹⁰⁴¹ ¹⁰⁴² ¹⁰⁴³ ¹⁰⁴⁴ ¹⁰⁴⁵ ¹⁰⁴⁶ ¹⁰⁴⁷ ¹⁰⁴⁸ ¹⁰⁴⁹ ¹⁰⁵⁰ ¹⁰⁵¹ ¹⁰⁵² ¹⁰⁵³ ¹⁰⁵⁴ ¹⁰⁵⁵ ¹⁰⁵⁶ ¹⁰⁵⁷ ¹⁰⁵⁸ ¹⁰⁵⁹ ¹⁰⁶⁰ ¹⁰⁶¹ ¹⁰⁶² ¹⁰⁶³ ¹⁰⁶⁴ ¹⁰⁶⁵ ¹⁰⁶⁶ ¹⁰⁶⁷ ¹⁰⁶⁸ ¹⁰⁶⁹ ¹⁰⁷⁰ ¹⁰⁷¹ ¹⁰⁷² ¹⁰⁷³ ¹⁰⁷⁴ ¹⁰⁷⁵ ¹⁰⁷⁶ ¹⁰⁷⁷ ¹⁰⁷⁸ ¹⁰⁷⁹ ¹⁰⁸⁰ ¹⁰⁸¹ ¹⁰⁸² ¹⁰⁸³ ¹⁰⁸⁴ ¹⁰⁸⁵ ¹⁰⁸⁶ ¹⁰⁸⁷ ¹⁰⁸⁸ ¹⁰⁸⁹ ¹⁰⁹⁰ ¹⁰⁹¹ ¹⁰⁹² ¹⁰⁹³ ¹⁰⁹⁴ ¹⁰⁹⁵ ¹⁰⁹⁶ ¹⁰⁹⁷ ¹⁰⁹⁸ ¹⁰⁹⁹ ¹¹⁰⁰ ¹¹⁰¹ ¹¹⁰² ¹¹⁰³ ¹¹⁰⁴ ¹¹⁰⁵ ¹¹⁰⁶ ¹¹⁰⁷ ¹¹⁰⁸ ¹¹⁰⁹ ¹¹¹⁰ ¹¹¹¹ ¹¹¹² ¹¹¹³ ¹¹¹⁴ ¹¹¹⁵ ¹¹¹⁶ ¹¹¹⁷ ¹¹¹⁸ ¹¹¹⁹ ¹¹²⁰ ¹¹²¹ ¹¹²² ¹¹²³ ¹¹²⁴ ¹¹²⁵ ¹¹²⁶ ¹¹²⁷ ¹¹²⁸ ¹¹²⁹ ¹¹³⁰ ¹¹³¹ ¹¹³² ¹¹³³ ¹¹³⁴ ¹¹³⁵ ¹¹³⁶ ¹¹³⁷ ¹¹³⁸ ¹¹³⁹ ¹¹⁴⁰ ¹¹⁴¹ ¹¹⁴² ¹¹⁴³ ¹¹⁴⁴ ¹¹⁴⁵ ¹¹⁴⁶ ¹¹⁴⁷ ¹¹⁴⁸ ¹¹⁴⁹ ¹¹⁵⁰ ¹¹⁵¹ ¹¹⁵² ¹¹⁵³ ¹¹⁵⁴ ¹¹⁵⁵ ¹¹⁵⁶ ¹¹⁵⁷ ¹¹⁵⁸ ¹¹⁵⁹ ¹¹⁶⁰ ¹¹⁶¹ ¹¹⁶² ¹¹⁶³ ¹¹⁶⁴ ¹¹⁶⁵ ¹¹⁶⁶ ¹¹⁶⁷ ¹¹⁶⁸ ¹¹⁶⁹ ¹¹⁷⁰ ¹¹⁷¹ ¹¹⁷² ¹¹⁷³ ¹¹⁷⁴ ¹¹⁷⁵ ¹¹⁷⁶ ¹¹⁷⁷ ¹¹⁷⁸ ¹¹⁷⁹ ¹¹⁸⁰ ¹¹⁸¹ ¹¹⁸² ¹¹⁸³ ¹¹⁸⁴ ¹¹⁸⁵ ¹¹⁸⁶ ¹¹⁸⁷ ¹¹⁸⁸ ¹¹⁸⁹ ¹¹⁹⁰ ¹¹⁹¹ ¹¹⁹² ¹¹⁹³ ¹¹⁹⁴ ¹¹⁹⁵ ¹¹⁹⁶ ¹¹⁹⁷ ¹¹⁹⁸ ¹¹⁹⁹ ¹²⁰⁰ ¹²⁰¹ ¹²⁰² ¹²⁰³ ¹²⁰⁴ ¹²⁰⁵ ¹²⁰⁶ ¹²⁰⁷ ¹²⁰⁸ ¹²⁰⁹ ¹²¹⁰ ¹²¹¹ ¹²¹² ¹²¹³ ¹²¹⁴ ¹²¹⁵ ¹²¹⁶ ¹²¹⁷ ¹²¹⁸ ¹²¹⁹ ¹²²⁰ ¹²²¹ ¹²²² ¹²²³ ¹²²⁴ ¹²²⁵ ¹²²⁶ ¹²²⁷ ¹²²⁸ ¹²²⁹ ¹²³⁰ ¹²³¹ ¹²³² ¹²³³ ¹²³⁴ ¹²³⁵ ¹²³⁶ ¹²³⁷ ¹²³⁸ ¹²³⁹ ¹²⁴⁰ ¹²⁴¹ ¹²⁴² ¹²⁴³ ¹²⁴⁴ ¹²⁴⁵ ¹²⁴⁶ ¹²⁴⁷ ¹²⁴⁸ ¹²⁴⁹ ¹²⁵⁰ ¹²⁵¹ ¹²⁵² ¹²⁵³ ¹²⁵⁴ ¹²⁵⁵ ¹²⁵⁶ ¹²⁵⁷ ¹²⁵⁸ ¹²⁵⁹ ¹²⁶⁰ ¹²⁶¹ ¹²⁶² ¹²⁶³ ¹²⁶⁴ ¹²⁶⁵ ¹²⁶⁶ ¹²⁶⁷ ¹²⁶⁸ ¹²⁶⁹ ¹²⁷⁰ ¹²⁷¹ ¹²⁷² ¹²⁷³ ¹²⁷⁴ ¹²⁷⁵ ¹²⁷⁶ ¹²⁷⁷ ¹²⁷⁸ ¹²⁷⁹ ¹²⁸⁰ ¹²⁸¹ ¹²⁸² ¹²⁸³ ¹²⁸⁴ ¹²⁸⁵ ¹²⁸⁶ ¹²⁸⁷ ¹²⁸⁸ ¹²⁸⁹ ¹²⁹⁰ ¹²⁹¹ ¹²⁹² ¹²⁹³ ¹²⁹⁴ ¹²⁹⁵ ¹²⁹⁶ ¹²⁹⁷ ¹²⁹⁸ ^{1299</}

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

Enternaria: _____ Leito: 306 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 12/09/19 Alta: _____
Nome: Washington Vieira Duarte de Lima Naturalidade: _____
Idade: 41 Sexo: (☒) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 23/10/1977
RG: _____ Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: B.F. Inc.
Filiação: Pai: _____ Mãe: _____
Endereço: R. Anaes, 126 - Casa 12 - São João

Telefone: 98796-7158 Cidade: Natol
Contato: Giovane () Residencial () Trabalho () Recado
Outros telefones: _____
Composição familiar: Reside só
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Desempregado Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

Crêditos para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Wendson
Parentesco: Irmão Telefone: 9860-4920
Endereço do Responsável: _____

Evolução

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

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

Saída

bito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

ita hospitalar () Transferência () Destino: _____

orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Orientar, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o acesso e a permanência em saúde à família, dos vulneráveis e a comunidade.

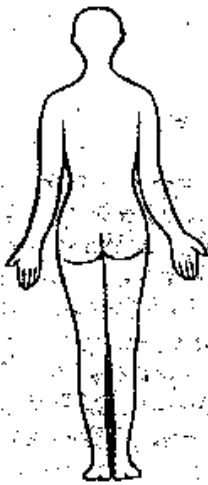
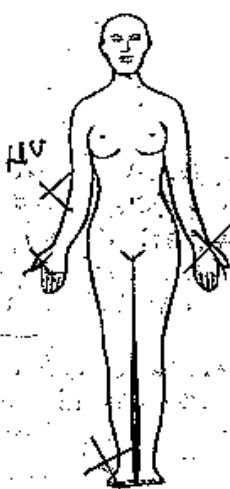




GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clevis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA
DATA DE NASCIMENTO: 23/10/1977 IDADE: 41
REGISTRO: 143940
DATA DE ADMISSÃO: 18/09/2019 HORA: 23:20
ADMISSÃO DO PACIENTE: Ortopedia
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
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
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 15/10/19
MAT. Nº 1820173
SOME
ASSINATURA

INSTRUMENTADO: Pedrao
CIRCULANTE: _____
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (✓) RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. Diego
INÍCIO DE ANESTESIA: 23:30
TÉRMINO DE ANESTESIA: 01:30
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolin 2g
HORA: 23:30

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Washington Vilela de L Reg. Nº
Diagnóstico pré-operatório: Fx/LX OMBRO (E) + Fx exposto alavancos (E) + Fx exposto
Indicação terapêutica: LC + DB + FE colarinho (E) Urgência () Eletiva () 4º MTC - (E)
+ LC + DB MÃO (E) INTERVENÇÃO + Fx malleolo lateral (E)

Data: 18/09/19 Início: 08:50 Término: 01:30 Duração:
Operador: DIOGO TURBUATO CRM/CRO: CONFERE COM ORIGINAL
1º Auxiliar: CRM/CRO: NATAL, 15/10/18
2º Auxiliar: CRM/CRO: MAT. Nº. 181173
Instrumentador: Pedro CRM/CRO: SAME
Anestesista: Diego CRM/CRO: ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

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

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

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

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



Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Citulante

166-87

0.9% - 7025
 6% - 21
 $99 \times 52\%$ - 42 - max

01:35 - FURTHER DOCUMENTING PARS O CMO.

[illegible]

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO (x)
PREENCHIDO: SIM (x) NÃO ()

EM AMBIENTE: SIM () NÃO ()
PACIENTE ENCAMINHADO: CHO () OUT ()
TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP: _____

COMPLETE SIM() NAO() OBS: NAO()

GAZES CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 60 UNID.

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (*) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (*)

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X)
FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)

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

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X) TIPO: 2

SONDAGEM NASOGASTRICA: SIM () NÃO (X)
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)
RX: SIM () NÃO (X)
Nº DA SONDAGEM: 7

TERMINO DE CIRURGIA: () SIM () NAO (X) N° DA SONDAGEM VESICAL: 7

07/12/2019

Queso con Huevo y Champiñones

3º AUXILIAR

1^a AUXILIAR 2^a AUXILIAR

INICIO DE CIRURGIA 08.50
CIRURGIA 08.1060





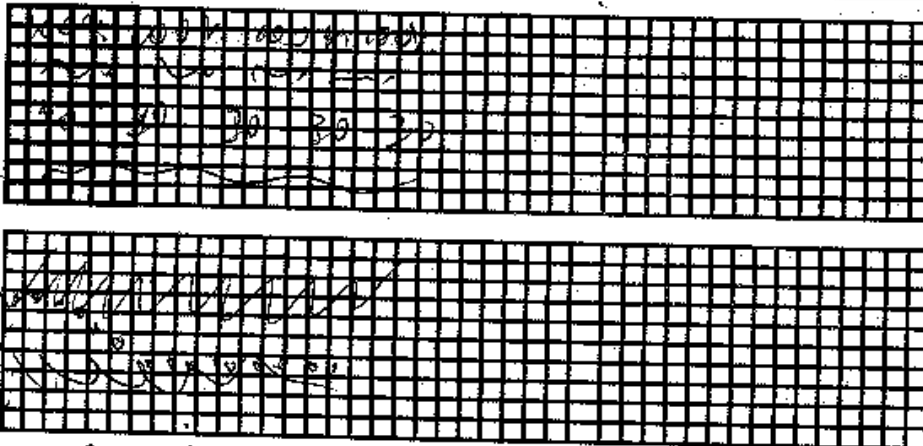
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Worthington Veiros Duarte de Lima ASA: IE
Idade: 41 a Sexo: M Registro: _____
Diagnóstico: Poletrauma / Fratura de 1º dedo Data: 17/09/19
Cirurgia Realizada: Redução e fixação Fratura de dedo de mão D
Cirurgião: Dr. Diogo Fratura de tornozelo D
Anestesiologista: Dr. Diogo Intubação orotraqueal D
História Clínica Admissional: Paciente jovem, saudável, sem
doenças crônicas. Não usa drogas. Não tem alergias.
Técnica Anestésica: Intubação oral, balanceada, 40% por 20%
de O₂ e 60% de N₂O, sem suplementação, sem intercorrências,
pressão arterial, pulso e saturação.

SatO₂
O₂
EKG
Euf

200
120
EKG
0



① PA
② Cardíaco
③ Perimetria
④ Capnografia

Início: 23:30 h

Término: _____

Anestésicos Utilizados:

1. Propofol - 200mg
3. Fentanyl - 200µg
5. Succinilcolina - 100mg
7. Ceftazidima - 0.5g
9. Dexametasona - 8mg
11. Ranitidina - 50mg
13. Ondansetrona - 8mg

2. Diploina - 0.2g
4. Lidocaína - 40mg
6. Noradrenalina - 10mg
8. Atropina - 0.1mg
10. Neostigmina - 0.2mg
12. _____
14. _____

Encaminhamento: As 03 h da manhã, para o centro
de fisioterapia.

Assinatura do 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 AII

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE CPF 00847858485

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO				
Washington Vilela de Lima					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - MASCULINO	11 - FEMININO	12
700605393417764	23.10.1977	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	14 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	15 - TELEFONE DE CONTATO			
Marcos Brenes Duarte de Pires	Av. Aracá n° 126 casa 12	387967158			
16 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	17 - BAIRRO	18 - UF	19 - CEP		
Av. Aracá n° 126 casa 12	S.N. Apresentação RU	UF	938604920		
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP		
Natal	S.N. Apresentação RU	UF	938604920		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Ex. exposto de abcessos (E) + Ex. exposto do 1º MTC - (D)		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Ex. Ex. do ombro (E) + Ex. do manguito lateral (D)		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	Tratamento cirúrgico		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
Ex. Ex. do ombro	S. 48.4		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
	ORTOPEDIA	URGENTE	Dr. Jorge Torquato
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CENS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
040802054-7	18.09.19		CRM RJ 5770/TEOP 14133

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

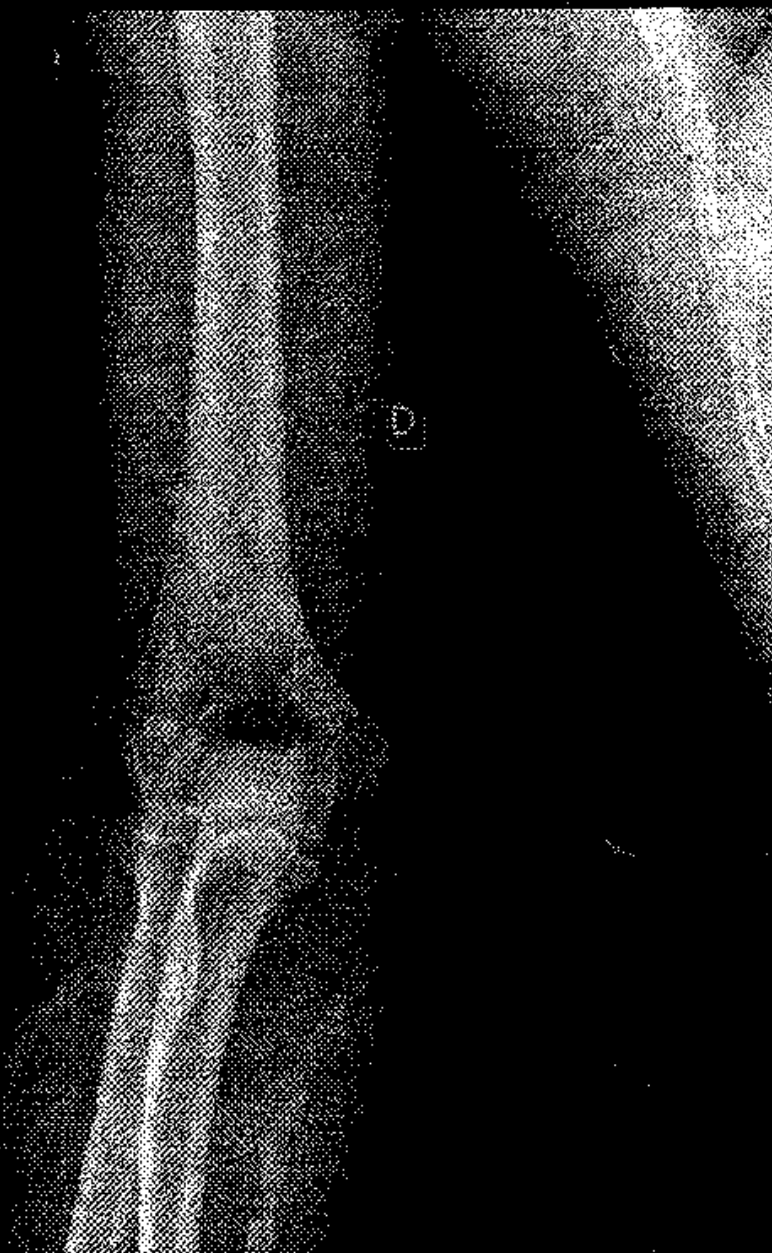
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL	DESCRIÇÃO ... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AII)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CENS / 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 a luz dos valores éticos e humanitários.





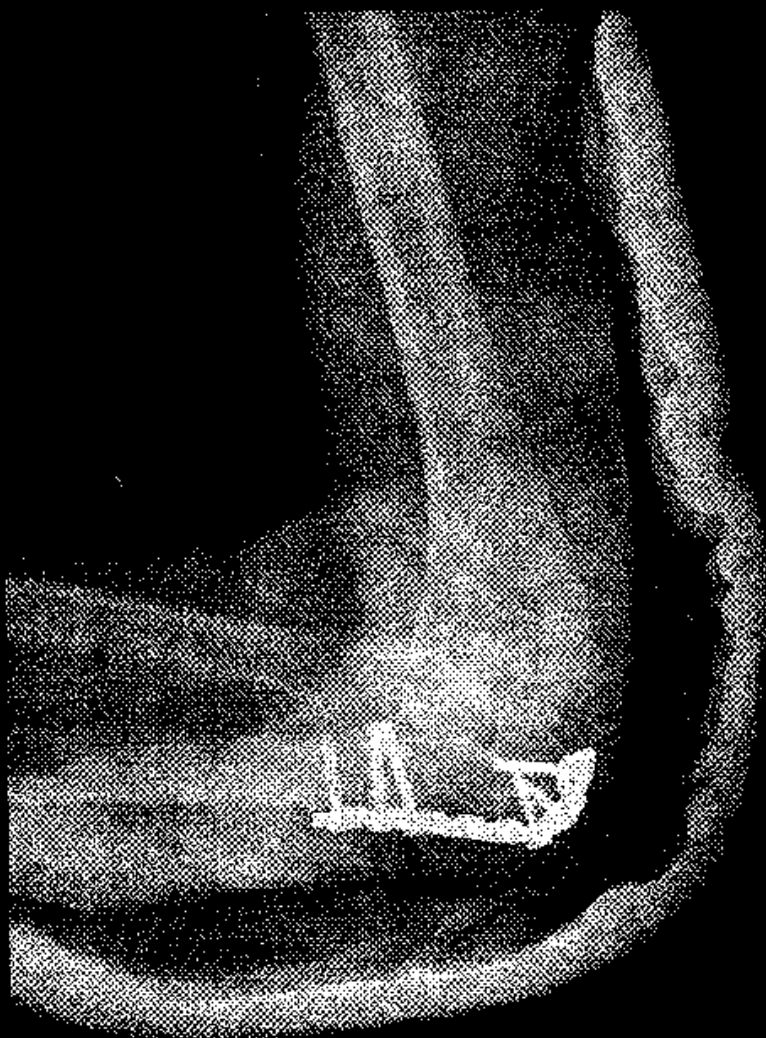
100 mm

L

F

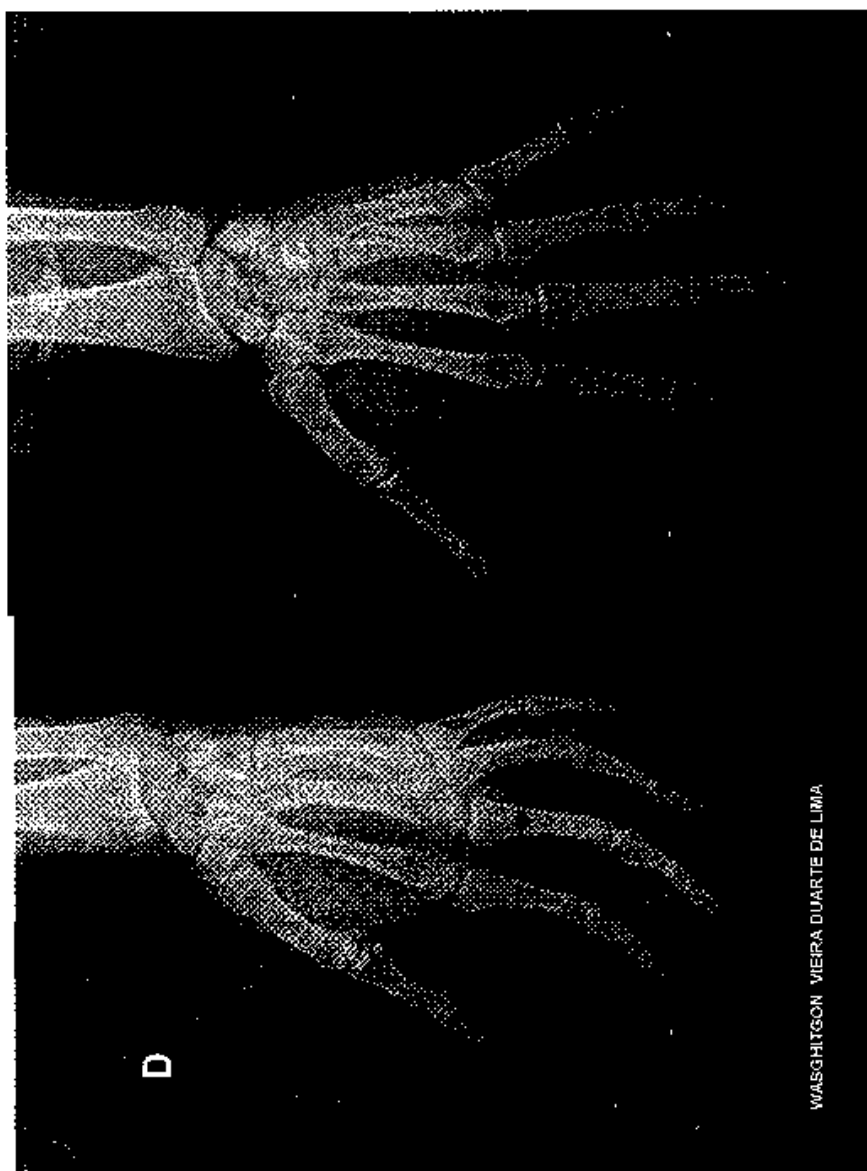
L = 128 W = 256



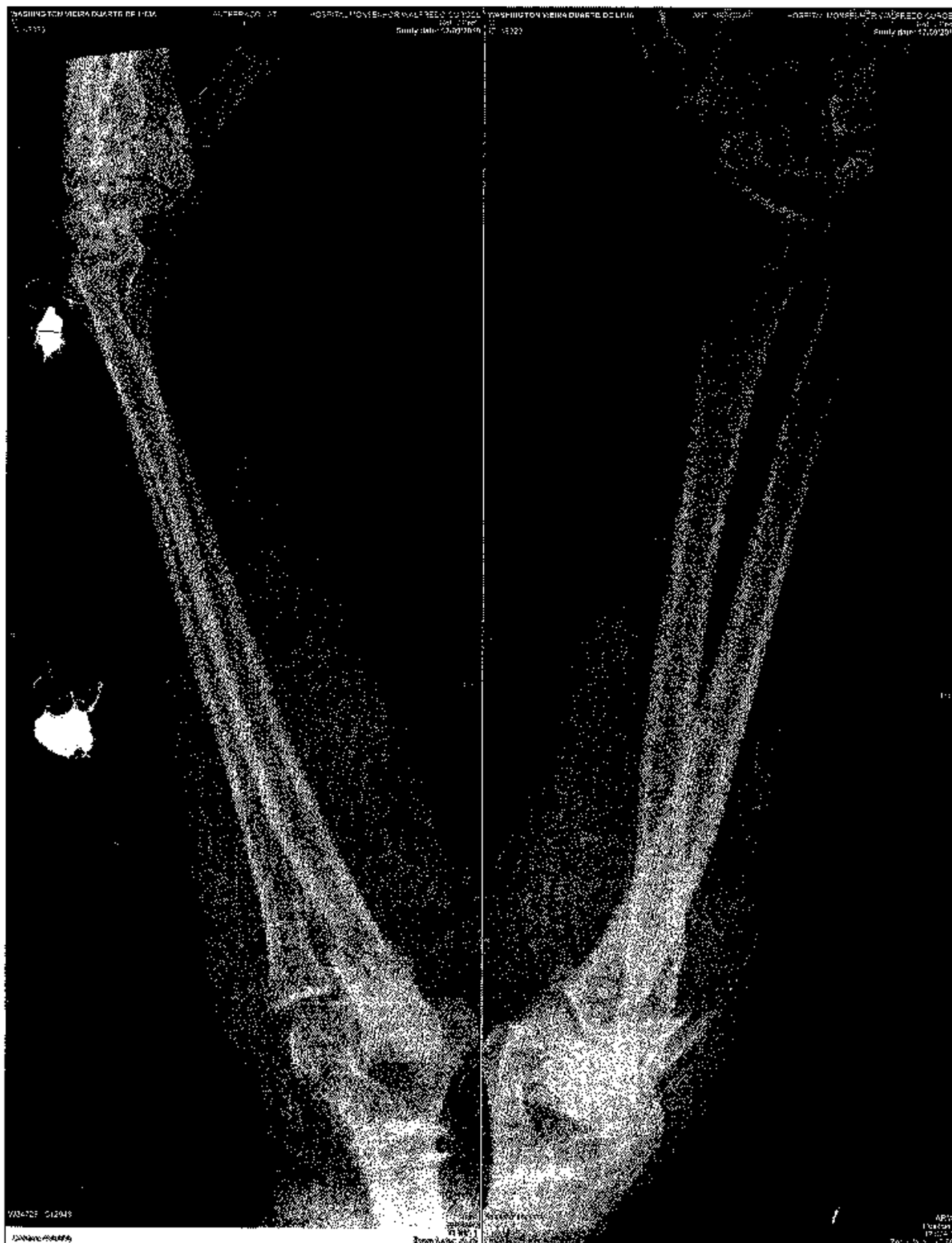


100 mm





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



Antebraccio Esquerdo

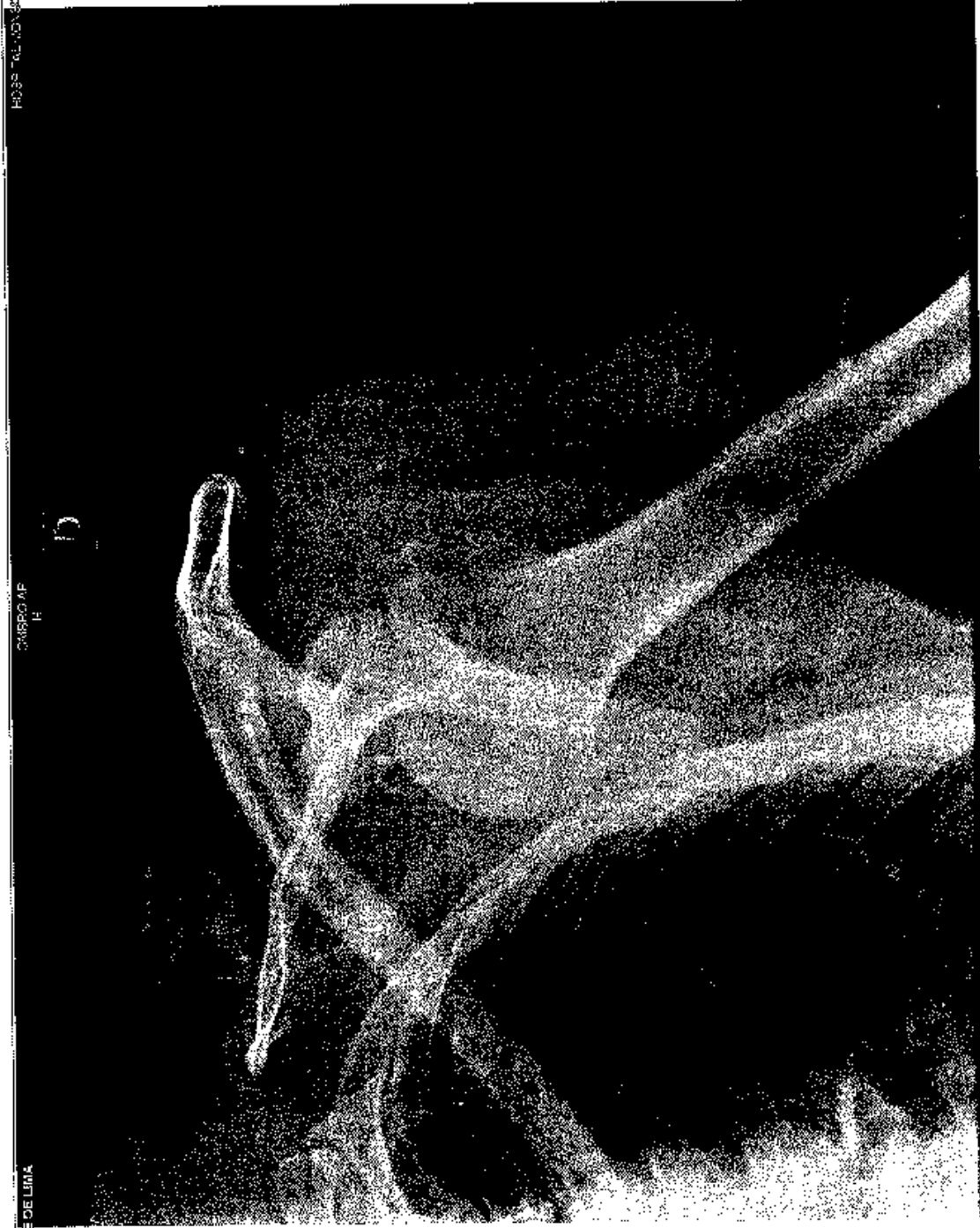


WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA, : DX n 17/09/2019

HOSP TAL DO SERRAVAL WILFEDO G. P. P. A.
RUA J. P. A.
S. J. P. A. 10000-000

4cm

CAPOEIRA DE
P. J. P. A.
S. J. P. A. 10000-000

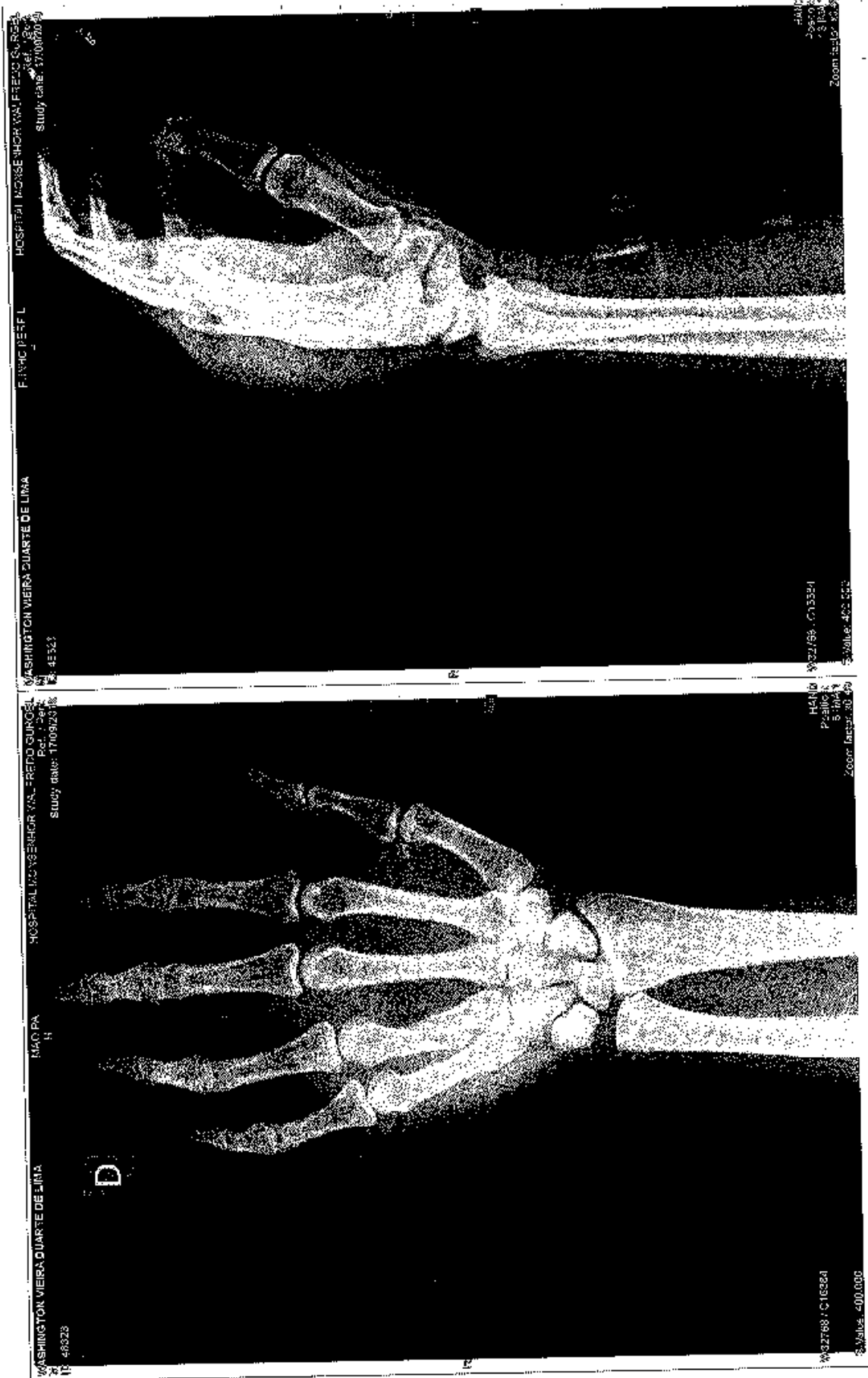


WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA
RUA J. P. A.
S. J. P. A. 10000-000

CAPOEIRA DE
P. J. P. A.
S. J. P. A. 10000-000



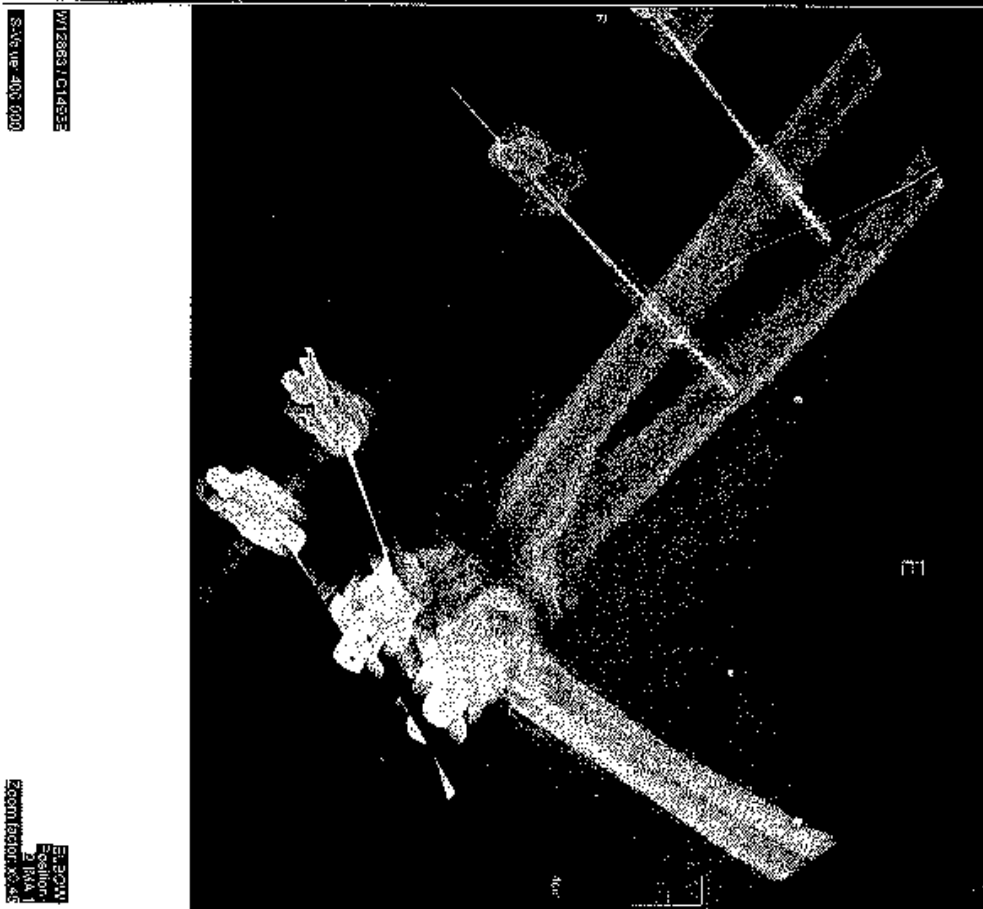
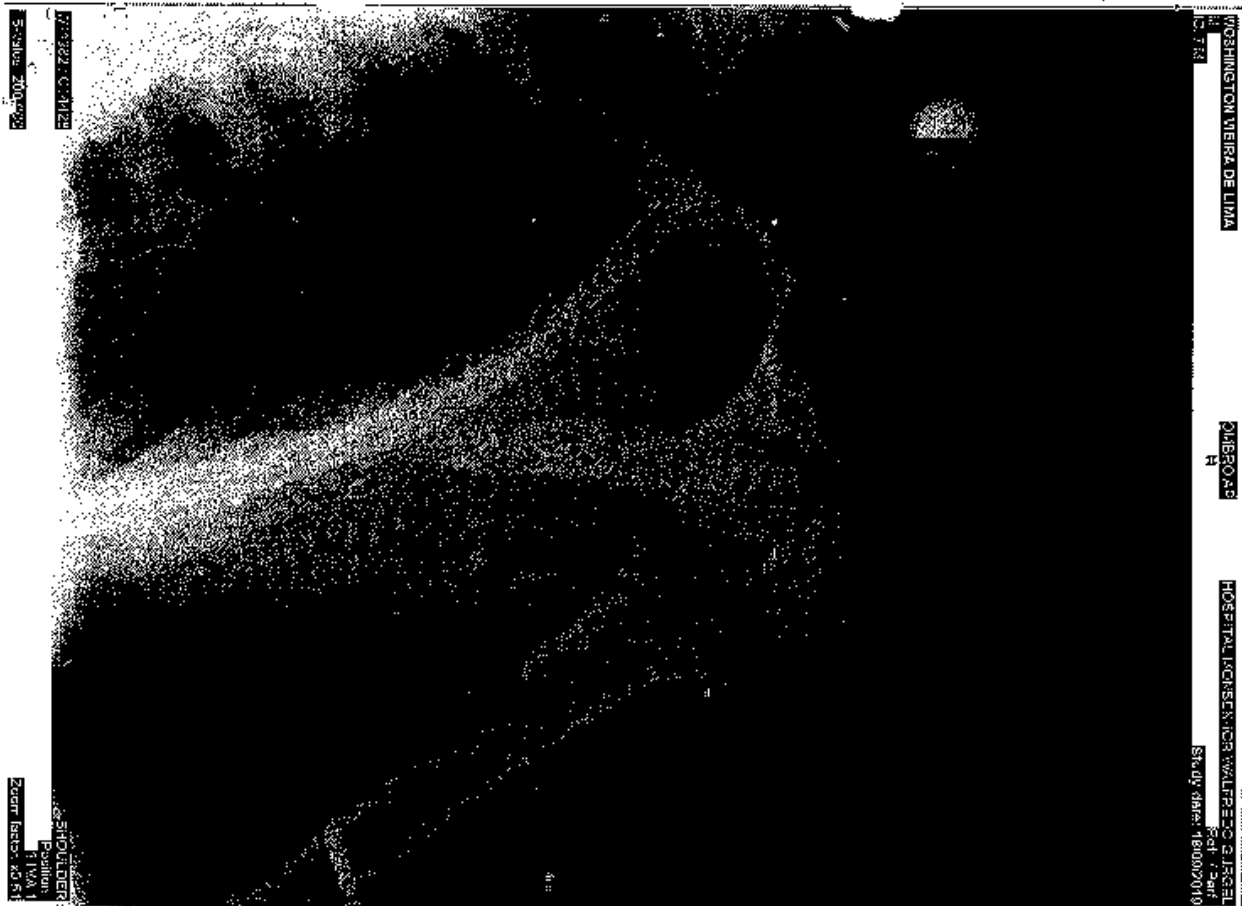
WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA, : D> em 17/09/2019



306

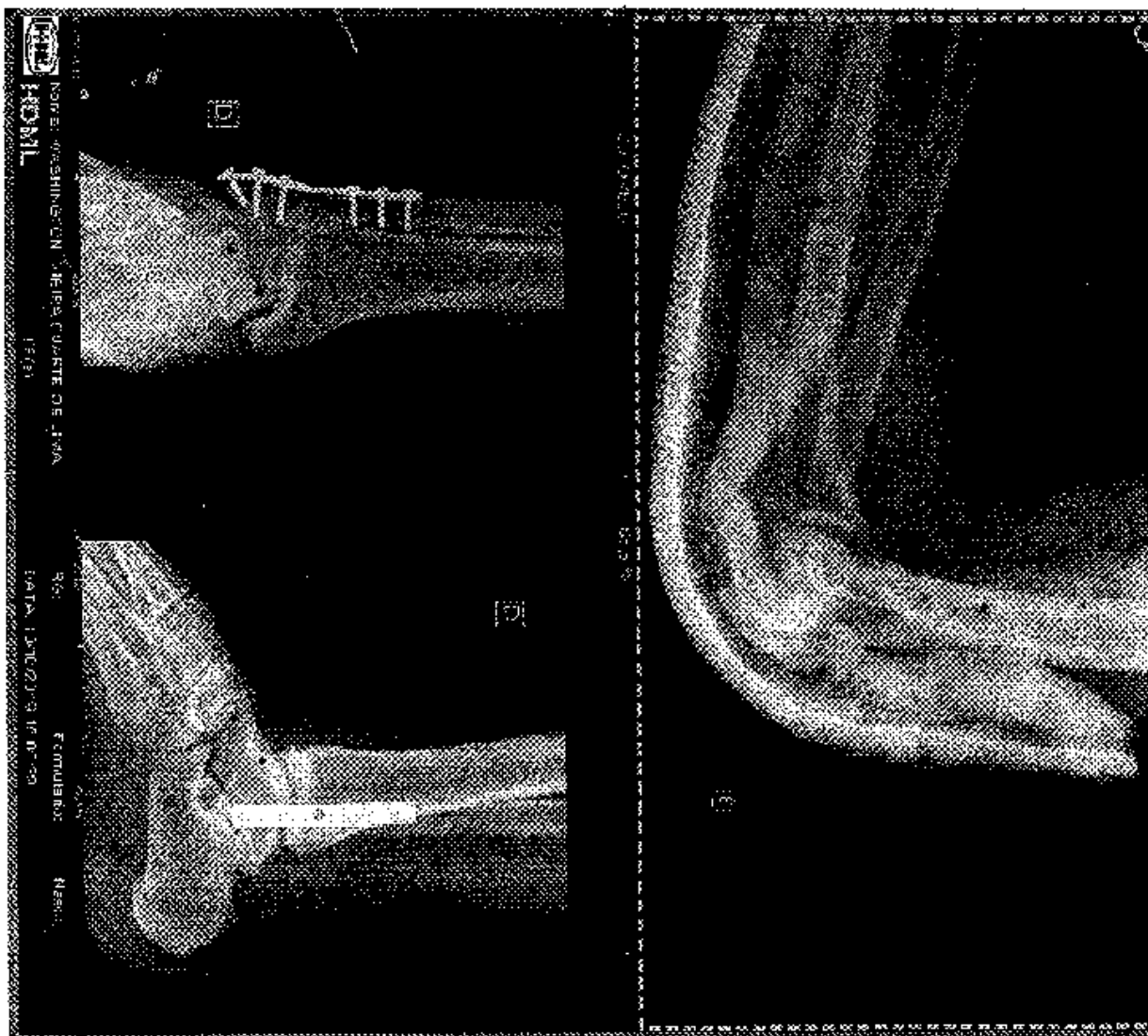
4cm

2001-10-20 15:04:40
FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES



306







PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL		OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 167753		
DATA 02/10/2019	HORA 17:34	CATEGORIA	GIH	
PACIENTE WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA			DATA DE NASCIMENTO 27/08/1977	
ESTADO CIVIL SOLTEIRO		PROFISSÃO COBRADOR		
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA CARAOCA 148				
MUNICIPIO NATAL	BAIRRO SATAREM	UF RN	CEP	
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE	
FILIAÇÃO MARIA IRENICE DUARTE		DACIONIO VIEIRA		
RESPONSÁVEL O MESMO			TELEFONE 988543389	
ENDEREÇO O MESMO				

DIAGNOSTICO PRELIMINAR

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

02.10.19.

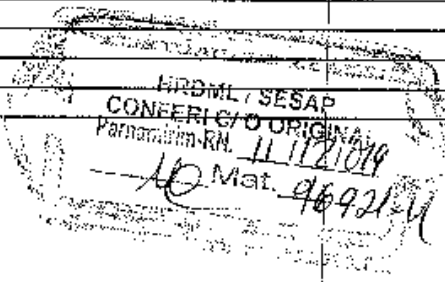
ALTA

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

Ortopedia - Traumatologia

OBS

HISTÓRIA CLÍNICA



11102: 1110000 1110000 1110000
CPF: 00824889 1103. ST. Carlos SUE 1988894-3389



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

HMWG

NOME:	Washington Vieira Duarte de Lima		
IDADE:	03/10/1994	SEXO:	M
COR:	Parda	ESTADO CIVIL:	Solteiro
NATURALIDADE:	Curitiba	PROFISSÃO:	Operador
PROCEDÊNCIA:	Curitiba		
ENDEREÇO:	Rua Coronado, 126		
BAIRRO:	Santarem		
CIDADE:	Natal	DATA:	02/10/19
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 <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------	------------------------------

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

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

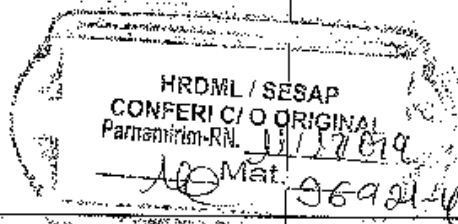
TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	TA
-------	------------	-------	----

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

ferimento superficial do
cotovelo E, e ferimento
profundo no antebraço, no do

EXAME FÍSICO

N.6.



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

ferimento superficial do cotovelo e ferimento profundo no antebraço





SUS
Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

167753

7- CARTÃO NACIONAL/US

700 6059 9341 7764

8- DATA DE NASCIMENTO

27/08/1977

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/DOR

PARDA

11- NOME DA MÃE

MARIA IRENICE DUARTE

12- TELEFONE DE CONTATO

988543389

13- NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA CARAOCA 146

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

SATAREM

18- UF

RN

19- CEP

Justificativa da Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Perda de peso e febre de 38,5°C
e tosse e fadiga intensa*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EC + ES IV

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

Infecção por HIV + Infecção por Toxoplasma

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CLÍNICA

29- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30- DOCUMENTO

31- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

32- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

35- CNPJ DA SEGURADORA

36- Nº DO BILHETE

37- SERIE

38- () AC. TRANSITO

39- () AC. TRABALHO TIPO

40- () AC. TRABALHO TRAJETO

41- CNPJ DA EMPRESA

42- CNAE DA EMPRESA

43- CBO

44- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

45- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46- COD. ORGAO EMISSOR

47- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

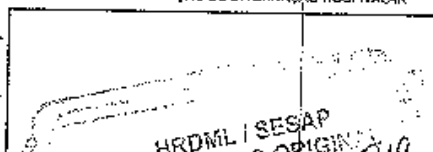
48- DOCUMENTO

() CNS () CPF

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital HOM L				Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome Washington Viana de Lima				Idade 42	Sexo M	Cor
Data 10/10/19	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	
	Urina					
Ap. respiratório OK				Aasma Neg		Bronquite Neg
Ap. circulatório OK				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo OK			Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental			Ataraxicos	Corticóides	Alergia Neg	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório Fatiga de tornozelo devido a maltrato laboral + f+decompos.					Estado físico	Risco
Anestésias anteriores						
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 11:00 12:20 </div>						
Agentes Anestésicos				<p>① Hemodinâmica + Resposta de Volemia MS O</p> <p>② Raqui-anestesia: Paciente sentado, assupção contralateral, punção de espaço subaracnóideo com agulha de Quincke 25G, punção de líquido cefalorraquidiano, injeção de 15 ml de bupivacaína hiperbárica + 0,5 mg de morfina em 10 ml de soro fisiológico.</p> <p>③ Paciente acordado, consciente e orientado, sem hemodinâmica instável, sem náuseas e vômitos.</p>		
Líquidos	<p>RS RS RS</p> <p>500 500 500</p>					
Oper	<p>280</p> <p>250</p> <p>240</p> <p>230</p> <p>220</p> <p>210</p> <p>200</p> <p>190</p> <p>180</p> <p>170</p> <p>160</p> <p>150</p> <p>140</p> <p>130</p> <p>120</p> <p>110</p> <p>100</p> <p>90</p> <p>80</p> <p>70</p> <p>60</p> <p>50</p> <p>40</p> <p>30</p> <p>20</p> <p>10</p>					
Anest.	<p>99% 99%</p>					
O Resp.	<p>Hand-drawn waveform graph.</p>					
P Pulso	<p>Hand-drawn waveform graph.</p>					
<p>SÍMBOLOS ① ②</p> <p>E</p> <p>ANOTAÇÕES</p> <p>POSICÃO Prone</p> <p>Agentes Atolab 25 Rompilina 500 Rupofol 30 Rupofol 30</p> <p>Técnica Atolab 25 Rompilina 500 Rupofol 30 Rupofol 30</p> <p>Operação Osteossintese de tornozelo c/pbco e parafusos + fixação de cápsula</p> <p>Cirurgiões Dr. Osvaldo / Dr. Alpin</p> <p>Anestésistas Dr. Sérgio</p> <p>Observações sem antieméticos e analgésicos</p> <p>Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias Perda sanguínea</p>						



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

Transferir p/ enfer

Edina M. Dantas
CRM-942
Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS		HORA ____ PARA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	HORA ____	
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	<i>Núcleo Interdisciplinar de Avaliação e Tratamento de Lesões de Mordida</i> NIR/HOJAL AUTORIZADO
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA			
Data operação	10/10/19	Enf.	Leito
Operador	1º auxiliar		
2º auxiliar	DR. ALIPIO	3º auxiliar	DR. OSVALDO LARA
Anestesiista	Tipo de anestesia		Instrumentador
Diagnóstico pré-operatório			
FRATURA DO TORNOZELO DIREITO (MALÉOLO LATERAL)+FT DE OLCRANO ESQ			
Tipo de operação			
TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE DO TORNOZELO COM PLACA E			
Diagnóstico pós-operatório			
PARAFUSOS+ RETIRADA DE SÍNTESE DE COTOVELO			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA.
2. ESVAZIAMENTO + GARROTEAMENTO
3. ASSESPIA E ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LATERAL + DISSECÇÃO POR PLANOS
5. LIMPEZA DE FOCO + VISUALIZADA COMINUIÇÃO LATERAL.
6. REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO 3,5 MM + PARAFUSOS
7. LAVAGEM
8. SUTURA
9. CURATIVO
10. RETIRA DE FIXADOR EXTERNO DE COTOVELO ESQ
11. SOLTURA GARROTE
12. ENFAIXAMENTO
13. CRO
14. RX

COM RX PO.

1	1 CIRURGIAS MÚLTIPLAS
	(#415010012)
1	1 POLITRAUMATIZADO
	(#415030013)
1	1 PROC. CLÍNICO
1	1 PROC. CIRÚRGICO
	0408050578
1	1 CBO. 225225
1	1 CBO. 225220
1	1 3 DIAS
1	1 CID S-824

PLANTONISTA
COOPERADO:

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



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria		Leito		Nº prontuário																																																																																																																																													
Nome <i>Washington Vieira de Lima</i>						Idade <i>36</i>		Sexo <i>M</i>		Cor																																																																																																																																											
Data <i>15.10.19</i>		Pressão arterial		Pulso		Respiração		Temperatura		Peso																																																																																																																																											
Tipo sanguíneo		Hemáticas		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Uréia																																																																																																																																											
		Urina																																																																																																																																																			
Ap. respiratório						Asma		Bronquite																																																																																																																																													
Ap. circulatório						Eletrocardiograma																																																																																																																																															
Ap. digestivo						Dentes		Pescoco		Ap. urinário																																																																																																																																											
Estado mental <i>Glasgow 15</i>						Atarácicos		Corticóides		Alergia <i>ning</i>																																																																																																																																											
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura de cotovelo e</i>						Estado físico <i>Bom</i>		Risco <i>ASA I</i>																																																																																																																																													
Anestesias anteriores																																																																																																																																																					
Modificação pré-anestésica						Aplicada às		Efeito																																																																																																																																													
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td colspan="11"> <i>8 cc, RISCORIS 12.5</i> </td> </tr> <tr> <td colspan="11"> <i>SO₂ 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8</i> </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Oper.</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anest.</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">O Reop.</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> </table>												Agentes Anestésicos	<i>8 cc, RISCORIS 12.5</i>											<i>SO₂ 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8</i>											Líquidos																							Oper.																							Anest.																							O Reop.																							P Pulso																						
Agentes Anestésicos	<i>8 cc, RISCORIS 12.5</i>																																																																																																																																																				
	<i>SO₂ 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8 1.8</i>																																																																																																																																																				
Líquidos																																																																																																																																																					
Oper.																																																																																																																																																					
Anest.																																																																																																																																																					
O Reop.																																																																																																																																																					
P Pulso																																																																																																																																																					
SIMBOLOS		<i>midazolam - 0.5mg</i>				<i>Ropi 1% - 0.1 FA</i>				<i>Ceftriaxona - 1g</i>																																																																																																																																											
E		<i>pentam - 60mg</i>				<i>dexametasona - 10mg</i>				<i>clindamicina - 600mg</i>																																																																																																																																											
ANOTAÇÕES		<i>Propofol - 200mg</i>				<i>diprione - 0.2g</i>				<i>RS - 1000ml</i>																																																																																																																																											
		<i>lidocaína 2% SW - 0.1 FA</i>				<i>Insulina - 40mg</i>																																																																																																																																															
POSIÇÃO		<i>DDH</i>																																																																																																																																																			
Agentes <i>ver acima</i>																																																																																																																																																					
Técnica <i>Bloqueio interescapular + Axilar Esquerda + Sedação</i>																																																																																																																																																					
Operação <i>TTO. Cirurgião da fratura de cotovelo</i>																																																																																																																																																					
Cirurgiões <i>Dr. Marcelo Nobrega + Dr. Hausmann</i>																																																																																																																																																					
Anestesistas <i>Dr. Joana Tomasi</i>																																																																																																																																																					
Observações <i>sem intercorrências</i>																																																																																																																																																					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																																																																																																																																					

CONFÉRIC / SESAP

Panamirim-RN, 15.10.2019

10/10/2019

Perda sanguínea

Larissa Tomasi
 Anestesiologia
 CRM RN 6270
 037701994-61





Hospital

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

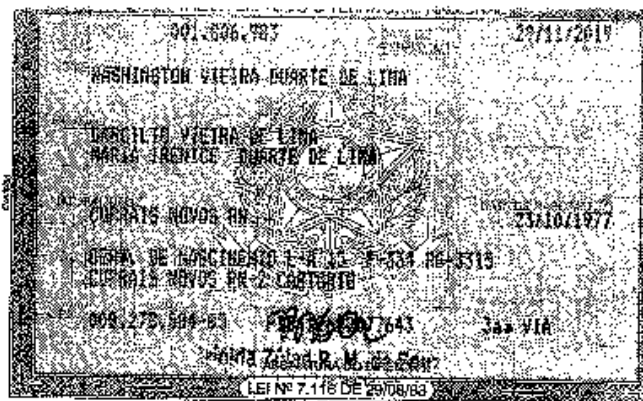
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APÓS ANESTESIA
2. GARROTE COM FAIXA DE ESMARCH
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. REALIZADO ACESSO AO COTOVELO ESQUERDO
5. VISUALISADO FRATURA COMUNITIVA DE OLECRANO COM PERDA OSSEA (FOI EXPOSTA A EPOCA)
6. REALIZADA FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO 3.5
7. MOVIMENTO SEM BLOQUEIO ARTICULAR APÓS FIXAÇÃO COM ARCO DE MOVIMENTO FUNCIONAL, LIMPEZA COM SF 0,9%
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVOS
10. RETIRADA DE GARROTE
11. BOA PERFUSÃO DISTAL

1 CIRURGIAS MULTIPLAS
(0415010012)
1 FOLITRAUMATIZADO
(0415030013)
1 PROC. CLINICO
18 PROC. CIRURGICO
0408020597
1 TGO. 225225
18 TGO. 225270
1 3 DIAS
1 CID S-52D

MÉDICOS COOPERADOS

Marcelo Nobrega Rocha
RPP 6433 / CRM 3522





Última



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO OLÉCRANO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO 4º METACARPO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	30 %	R\$ 4.050,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

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



São Gonçalo do Amarante em 17/12/19
Local e Data

WASHINGTON V.D. DE LIMA
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Comarca de São Gonçalo do Amarante - Rio Grande do Norte
Endereço: Av. ... nº 25 - Fone: (55) 3333-1234 - E-mail: ...@tjn.jus.br

WASHINGTON VIEIRA DUARTE DE LIMA

Registro: 0015 / 2019 - 08/14 CPF/MF: 008.278.584-85
Selo Digital: 00000000000000000000000000000000 (https://selodigital.tjn.jus.br)
São Gonçalo - RN 17 de dezembro de 2019
Op.: Ana Carolina

☐ Sérgio Luis de ... ☒ Brenda Carolina de Silva ☒ Paulo Sérgio de Moraes
Emolumentos R\$2,00 + R\$0,140 (R\$) - Total = R\$2,14 (R\$) nº 2.618/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO OLÉCRANO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO 4º METACARPO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	30 %	R\$ 4.050,00

