

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: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS VIANA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 00000055814-0

Nr. da Autenticação 8DFA2D227D7F789E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022499 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS VIANA DE MELO **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferida corto-contusa extensa em região poplítea e terço proximal da panturrilha esquerda com lesão grave de partes moles e desenlavamento.

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta cicatriz de sutura compatível com o procedimento realizado. Tornozelo esquerdo com diminuição de força muscular articular com limitação de flexão dorsal esquerda . Movimentos do joelho esquerdo preservados.

Resultados terapêuticos: Vítima com ferida corto contusa em região poplítea e terço proximal da panturrilha esquerda, foi levado ao bloco cirúrgico onde realizou limpeza cirúrgica mecânica, desbridamento e sutura. Permaneceu internado por 02 dias e obteve alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200022499 Vítima: LUCAS VIANA DE MELO

Data do Acidente: 01/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA LUCIA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS VIANA DE MELO

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

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: **LUCAS VIANA DE MELO**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000055814-0

Tipos: CONTA POUPANCA

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

1 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 712.762.354-61 4 - Nome completo da vítima: Lucas Viana de Melo

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

- Nome completo: Lucas Viana de Melo 6 - CPF: 712.762.354-61
 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua: Professor Anderson Araújo 9 - Número: 730 10 - Complemento:
 1 - Bairro: Dom Jaime Camara 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59628-501
 5 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 99631-4033

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

7 - Nome completo do Representante Legal:

8 - 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).

10 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- RECUSO INFORMAR R\$1.00 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: 3064 CONTA: 55814 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 (no 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 nascituro (varas): 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró, 05 de Fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Lúcia da Silva

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 48368 - LUCAS VIANA DE MELO (17 a 9 m 25 d)

Nascimento: 06/11/2001 Natural: MOSSORÓ.BRASIL

CNS: CPF: Prof:

Mãe: LUCINEIDE VIANA DE MELO

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 10

CEP: 59607100 Bairro: AEROPORTO

Telefone: 84.33153390

Sexo: M Cor: PARDA

Pai: NADA CONSTA

Cidade: MOSSORÓ

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - BICICLETA

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:
01/09/2019 14:16:37

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
14:00	110/70		99	11m3	17	121		15	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO CARRO X BICICLETA. APRESENTA LESÃO LACERANTE EM PANTURRILHA ESQUERDA

Hora: 14:30

Branco intima da cicatriz (cane-bicicleta) referindo dor intensa em perna esquerda. Com curativo compressivo devido lesão contusão extensa em panturrilha E. Nega febre, náusea, tontura e perda de consciência. Nega alergia a medicamentos. Apresenta limitação do movimento em joelho e perna E. Reagiu doloroso pele E. Com protocolo do SAMU.

- Ⓐ Fries cérebro peitos, sem circulação. Com protocolo do SAMU.
 - Ⓑ HV+ em AHT sem R/A. FR: 36.
 - Ⓒ Hemodinamicamente estável, pulso cheios e simétricos
 - Ⓓ ECG: ST: pupilas isocônicas e ptôniais.
 - Ⓔ Lesões ósseas em cérebro, joelho e perna direita. Lesão contusão extensa em perna Esquerda, com uso de curativo compressivo.
 - Ⓕ Soclito Rx de pele, duplo bacino, E Rx de perna Ⓛ e pé Ⓜ
- Socorro para o Ortopedista

Diagn. Inicial: Trauma

PRESCRIÇÃO:

- ① Ductape
- ② Tilatil 40mg + ABD
- ③ Dipivasa 1g + ABD Agua
- ④ Agimido paracet, limpeza das escoriações
- Alga ou cl cizuraria

Dr. MATEUS MUNIZ SOARES
Centro Odontológico Dr. Mateus
CRM/RN 6766

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

EV 15:15

EV 0

580.9.6.5000 C. Alano 16:42

Dr. Couto Lúcio

Ateliene Reis GURTEL PAIXÃO
MÉDICO
CRM/RN 6766

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAMU MOSSORÓ 051 6979

SAMU ARARIPE 051 6979

MOT. 150.243-0

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

CID

Proc.

Data:

/

/19.

Hr:

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 01 de Setembro de 2019.

(Assinar e Carimbar)

582.0.0408050500

Ateliene Reis GURTEL PAIXÃO
MÉDICO
CRM/RN 6766



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 48368 - LUCAS VIANA DE MELO (17 a 9 m 25 d)

Nascimento: 06/11/2001 Natural: MOSSORÓ.BRASIL

CNS: CPF: Prof:

Mãe: LUCINEIDE VIANA DE MELO

Pai: NADA CONSTA

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 10

CEP: 59607100 Bairro: AEROPORTO

Sexo: M Cor: PARDA

Telefone: 84.33153390

Compl:

Cidade: MOSSORÓ

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - BICICLETA

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:
01/09/2019 14:16:37

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
14:00	110/70		99	11m3	17	121		15	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO CARRO X BICICLETA. APRESENTA LESÃO LACERANTE EM PANTURRILHA ESQUERDA

Hora: 14:30

Branco intima da cicatriz (cane-bicicleta) referindo dor intensa em perna esquerda. Com curativo compressivo devido lesão contusão extensa em panturrilha E. Nega febre, náusea, tontura e perda de consciência. Nega alergia a medicamentos. Apresenta limitação do movimento em joelho e perna E. Reagiu doloroso pele E. Com protocolo do SAMU.

- Ⓐ Fries cérebro peitos, sem circulação. Com protocolo do SAMU.
 - Ⓑ HV+ em AHT sem R/A. FR: 36.
 - Ⓒ Hemodinamicamente estável, pulso cheios e simétricos
 - Ⓓ ECG: ST: pupilas isocônicas e ptôniais.
 - Ⓔ Lesões ósseas em cérebro, joelho e perna direita. Lesão contusão extensa em perna Esquerda, com uso de curativo compressivo.
 - Ⓕ Soclito Rx de pele, duplo bacino, E Rx de perna Ⓛ e pé Ⓜ
- Socorro para o Ortopedista

Diagn. Inicial: Trauma

PRESCRIÇÃO:

- ① Ductape
- ② Tilatil 40mg + ABD
- ③ Dipivasa 1g + ABD Agua
- ④ Agimido paracet, limpeza das escoriações
- Alga ou cl cizuraria

Dr. MATEUS MUNIZ SOARES
Centro Odontológico Dr. Mateus
CRM/RN 6766

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

EV 15:15

EV 0

580.9.6.5000 C. Alano 16:42

Dr. Couto Lúcio

Ateliene Reis GURTEL PAIXÃO
MÉDICO
CRM/RN 6766

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 05/09/19

DR. MATEUS MUNIZ SOARES

MEDICO CRM/RN 6766

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

05/09/19

Prontuário: 209403



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **LUCAS VIANA DE MELO** (Fia: 4585/2019), CPF: .

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

Mossoró/RN, 01 de Setembro de 2019.

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EMERGÊNCIA E M
04.09.19
PACIENTE

Lucas Viana de Melo
Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05.09.19

Marcelo Reis de Almeida
BANE ARQUIVO
num. 150.343-0

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES

2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES

2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LUCAS VIANA DE MELO (8 - 4585/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

209403

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/11/2001

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

3

10 - RACA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

LUCINEIDE VIANA DE MELO

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

84

33153390

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

LUCINEIDE VIANA DE MELO

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

84

33153390

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

ANTONIO VIEIRA DE SA, 10 - AEROPORTO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORÓ

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59607100

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Mt a bet graxa da palh. molha e desprendimento da
 palh me fee puturas de pano e no 1/3 proxim
 ao fórum, sem embarras e queimadura

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Necessidade de uso de ATB Bv - Hanger

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

Anamnese + exame fisi + lax

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

24 - CID 10 PRINCIPAL

S82.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

408050500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

CIR

2

() CNS (X) CPF

04875138431

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

KEILERTE RENES GURGEL PAIVA

01/09/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGUROADORA

40 - Nº DOSEME

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

(X) CNS () CPF

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

NAME MOSSORÓ 05/09/19

RECEBIDO 05/09/19

CRÉDITO 05/09/19

TEORIA 05/09/19

CORPO 05/09/19

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4585 /2019

Prontuário: 209403

Paciente: 48368 - LUCAS VIANA DE MELO

Cartão SUS:

Idade: 17 anos 9 meses 25 dias Sexo: M

Nome da mãe: LUCINEIDE VIANA DE MELO

Nome do pai: NADA CONSTA

Rua/Av: ANTONIO VIEIRA DE SA

Complemento:

CEP: 59607100

Telefone: 84 33153390 84 33153390

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Responsável: LUCINEIDE VIANA DE MELO -

Usuário: ANTONIO HELIO DA SILVA

CPF:

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 06/11/2001

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº:10

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORÓ

Unidade: OBS MASCULINA

Leito:1. 36E

Admissão: 01/09/2019 16:49:30 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

408050500 -

HISTORIA CLINICA

MOSSORÓ, 01 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MELO

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 05/09/19

Leticia Ferreira J. Melo

SAME / ARQUIVO

Int. 150-313-6



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Lucas Viana da Mota Reg N° 20.94.03

Diagnóstico pré-operatório: Lixo grande de porta mala do carro perturbado
Indicação terapêutica: Limpagem + sutura da pele

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Robson Cunha

1º Auxiliar: Gilvane

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

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

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

- Deixado desse lado representava

- Ambulário + escuro + cheiro

- Lixos exames vis (lixo)

- Ambulatório

- Sutura da pele e Nylon 2.0.

- Curativo

- Agora em BEG

Foto: Robson S. Cunha
CRNEC: 10389 C.R.N.E.C.: 7436
TEOT: 12/11/1997

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 12/11/97

Sameiro Furtado P. Lameiro
Same / Arquivo
Mat. 150.343-0



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

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente LUCAS VIANA DE MELLO Sexo M / F Idade 0117 Prontuário N° 20.94.05
Estado Físico 1 2 3 4 5 EI Ur Err

Diagnóstico Pré-Operatório FERIMENTO Cirurgia Proposta TTT CIRÚRGICO

Diagnóstico Pós-Operatório FERIMENTO Cirurgia Realizada TTT CIRÚRGICO

Cirurgião DR. ROBSON Auxiliares /

Anestesiologia NET / EDILSON Enfermeira ARIANE

HISTÓRIA CLÍNICA D. Neurológica Convulsão D. Respiratória Fumo
Alergias D. Cardíaca Hipertensão D. Hepática D. Renal
Diabetes Alcoolismo Câncer Sangramentos Medicamentos
Uso de Drogas Cirurgia Prévia Transf. Sanguínea Prévia Anestesia Prévia
Local Bloqueio Espinhal Plexo Braquial Geral

Outros dados MEGA COMORBIDADES E ALÉRGIAS

EXAME FÍSICO Peso (Kg) 220 Temperatura (°C) 36,2 Pressão Arterial (mmHg) 130 x 80

Estatura (cm) Frequência Respiratória (IPM) Frequência cardíaca 64

Broncoespasmo Sopro Cardíaco Arritmias N Veias Acessíveis

Permeabilidade Vias Aéreas Coluna c/ Deformidades Vocal punção intactado Prótese N

Cor Corado S Pálido N Ictérico N Clanótico N

Paresias N Paralisias N Área Queimada N Gestação N

Meses. Outros Dados _____

EXAME LABORATORIAIS	Classificação ABO e Rh <input type="checkbox"/>	Leucograma <input type="checkbox"/>	Hematrócito <input type="checkbox"/>
ECG <input type="checkbox"/>	Risco Cirúrgico <input type="checkbox"/>	Rx Tórax <input type="checkbox"/>	Uréia <input type="checkbox"/>
Creatinina <input type="checkbox"/>	Bilirrubinas <input type="checkbox"/>	Fosfatase Alcalina <input type="checkbox"/>	Amilase <input type="checkbox"/>
Glicemia <input type="checkbox"/>	Ultrassonografia <input type="checkbox"/>	Tomografia <input type="checkbox"/>	Cateterismo cardíaco <input type="checkbox"/>

Valores Alterados ou relevantes/Outros Examens

S/ EXAMES

Pré-Anestésico Efeito Satisfatório Regular Nenhum

Técnica Anestésica indicada RAQUIANESTÉSIA

Outros Comentários importantes JEJUM COMPLETO

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

HORA E DATA DE ADMISSÃO _____ HORA E DATA DE SAÍDA _____

Atividade				
Respiração				
Circulação				
Consciência				
Cor				
ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
s/ mov. membros	Apnéia, obstrução	P. A. Variando + 50%	Não responde	Cianótico
mov. 02 membros	Displégia, obst. Par.	P. A. Var. 20-50%	Responde a Chamadas	Pálido, icterico
mov. 04 membros	Respira bem, tosse	P.A. Estável + 20%	Acordado	Corado

COMPLICAÇÕES

Laringoespasmo <input type="checkbox"/>	Cianose <input type="checkbox"/>	Náuseas <input type="checkbox"/>	Vômitos <input type="checkbox"/>	Ret. Urinária <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>
Hipertensão <input type="checkbox"/>	Arritmias <input type="checkbox"/>	Dor <input type="checkbox"/>	Dif. respiratório <input type="checkbox"/>	Sangramento <input type="checkbox"/>	Cefaléia <input type="checkbox"/>
Parada cardíaca <input type="checkbox"/>	Obito <input type="checkbox"/>	Outros _____			

Alta da sala de recuperação

Para enfermaria Alta Hospitalar Transferência UTI Óbito

Anestesiologista _____

RESUMO

Paciente HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA Idade _____ Estado Físico _____

História D. Atual ESTÁ CONFIRMADA O ORIGINAIS SAMM MOSSORÓ P5-09-77 Cirurgião _____

Cirurgia Dr. ROBSON Anestesia DR. ROBSON Anestesiologista _____

Anestesia DR. ROBSON Anestesiologista _____

DATA 150.343-0

22.74.VS

Data 01/09/1974 Anestesiologista *[Signature]*

TÉCNICA ANESTÉSICA

Geral Raquianestesia Peridural Pelve Braquial Bier Local Nervo Periférico

Cirurgia

Central Endovenosa Inalatória Balanceada Associada a Bloqueio Bloqueio Espinal

Autônoma Nível de Função Agulha n° 22 Posição Nível de Bloqueio

Intubação Endotracheal intubação Axilar Kulemkampf Lado DIF

Bloqueio IV Peritoneal

Sistema de Anestesia Circular Bain Baraka Rubem Outro _____

Intubação Fácil Difícil Sonda n° Orotraqueal Nasotraqueal Fluxo sob máscara

Traqueostomia Outro _____

Ventilação Controlada Assistida Espontânea Manual Ventilação Mecânica

Volume corrente (ml) Ciclos por minuto

	Anestesia	Cirurgia	Outras anotações importantes
Final	21:15		
Início	00:00		
Total	21:15		

Oxigênio	<i>padrão</i>	<i>padrão</i>	Hora - Agente - Dose
N.º Duplicado	<i>padrão</i>	<i>padrão</i>	ANESTÉSICO Sopro
Hipnótico	<i>padrão</i>	<i>padrão</i>	MIDAZOLAM 7,0 mg
Narcótico	<i>padrão</i>	<i>padrão</i>	ENALFETINA
Rel. Muscular	<i>padrão</i>	<i>padrão</i>	
Anest. Local	<i>padrão</i>	<i>padrão</i>	
Atropina	<i>padrão</i>	<i>padrão</i>	
Prostigmine	<i>padrão</i>	<i>padrão</i>	
Hidratação	<i>padrão</i>	<i>padrão</i>	
Sangue	<i>padrão</i>	<i>padrão</i>	

Anestesia	200		
X	180		
Cirurgia	160		
O	140		
Pulso	120		
Respiração	100		
O	80		
P. A. Sist. V	60		
P. A. Diast.	40		
Garrote G	20		

Temperatura

Posição DDH DVH DLE LITOMIA Renal Sentado

Monitores P. A. Estetoscópio ECG Est. Nervo Periférico

Oxímetro PVC PAM Outros _____

Sangramento (mls) Diurese (mls)

Complicações Hipotensão Choque Hipertensão Náuseas

Vômitos Convulsão Laringoespasmo Laringoespasmo Oligúria

Hipoxemia Cianose Arritmias Desconexões do Sistema

Parada Cardíaca Óbito Outros _____

Extubação Em Plano c/ reflexo Acordado

Total do Soro mls Total do Sangue mls

Encaminhamento SRPA UTI Alta Transferência Óbito

Outras Informações

Anestesiologista CRM *5000*HOSPITAL REGIONAL TARCÍZIO MOURA
ESTÁ CONCEDENDO AUTORIZAÇÃO

SAMM MOSSORÓ

Francisco Henrique L. Ferreira

SAMM ARQUIVO

MAB-160-343-0

20.44.03

DATA: 03/09/2019

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

Nome: LUCAS VIANA DE MELO

17 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC

Leito: 306-1

DATA DA ADMISSÃO: 01/09/19

MOSSORÓ- RN CODIGO: 48368

DATA	EVOLUÇÃO
	2º DIH: LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM REGIÃO POSTERIOR DA Perna ESQUERDA COM DESENLUVAMENTO DA PELE + LIMPEZA E SUTURA
	QP: SEM QUEIXAS
	EF: BEG, COTE, AAA. NORMOCORADO E HIDRATADO ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF AR: MV+ EM AMBOS OS HEMITORAX, SRA ABDOMÉ: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPACAO. RHA+ NEUROVASCULAR DE MEMBRO ACOMETIDO PRESERVADO
	SITUAÇÃO: LABORATORIO 02/09: HB:11.1 HT:32.7 LEUCO:9400 PLAQ:210000 AGUARDA TEMPO DE ANTIBIOTICOTERAPIA E RESOLUÇÃO DA LESÃO CD: VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SF 0,9% - 2000ML EV P/24	1º 2º 3º 4º
3	DIPIRONA 1G VO 6/6 HORAS SN	SN
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8 HORAS SN	SN
5	OMEPRAZOL 40MG DILUIDO EV 1X/DIA	06
6 D2	OXACILINA 500MG - 02 AMPOLAS DILUIDAS EV 6/6 HS	10 16 22
7	SULFATO FERROSO 40MG - 01 COMP 12/12 HORAS	10 22
8 D2	TIATIL 40MG EV 1X/DIA	10 22
9	CURATIVO DIARIO	10
10	SSVV + CCGG (CURVA TERMICA 6/6H E ANOTAR NO PRONTUARIO)	10 16 22 04

Manoel Fernandes da Silveira
 - Ortopedia e Traumatologia -
 CRM-RN 2999

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFIRMADA A CONSULTA
 SAME MOSSORÓ 05/09/19

Manoel Fernandes da Silveira
 SAME / ARQUIVO
 MAT. 150.345-0

ESTADO DA UNIÃO DA BAHIA
003-677-72

18/01/2015

LUCAS VIANA DE MELO

LUCAS VIANA DE MELO

00350000000000000000000000000000

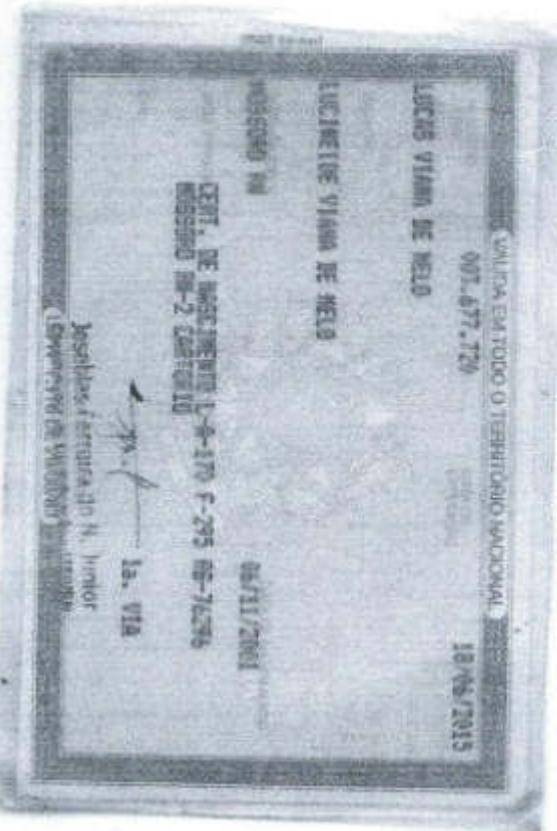
06/11/2015

LEITURA DE MATERIAIS
MISSAO N-2 DA TECNICO

1a. VIA

José das Lages Ferreira da N. Júnior

MISSAO N-2 DA TECNICO



VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

06/11/2015
Número

LUCAS VIANA DE MELO
Nome

712.762.354-61
Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:40:10 do dia 06/01/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

PROCURAÇÃO

Outorgante:

Lucas Viana de Melo, brasileiro(a), estado civil Solteiro,
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Professor Anderson Araújo,
Nº 730, Bairro Dom Bosco, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59628.501,
portador(a) do RG nº 003.677.720, SSP/ RN e CPF nº 712.762.354-61

Outorgado:

Maria Lucia da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteiro,
profissão Autônoma, residente e domiciliado à Rua Professor Anderson Araújo,
Nº 730, Bairro Dom Bosco, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59628.501,
portador(a) do RG nº 161.024-7, SSP/ RN e CPF nº 012.327.714-29

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura 712.762.354-61, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Lucas Viana de Melo, ocorrido em 02 / 09 / 19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

SEGURO
ÓFICIO
DE NOTAS

Manaus - AM, 18 de novembro de 2019

Lucas Viana de Melo
Outorgante

CPF Nº 712.762.354-61



OBS: Reconhecer firma em cartório

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200022499**

Nome do(a) Examinado(a): **LUCAS VIANA DE MELO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Professor Aderson Araújo, 730 - Mossoró - RN - CEP 59628-501

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /RN**] **003.677.720**

Data e local do acidente: [**01/09/2019**] **BR 110,Km 52,Mossoró,RN**

Data e local do exame: [**18/02/2020**] **Mossoró [RN]**

Resultado da Avaliação Médica

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

Ferida corto-contusa extensa em região poplítea e terço proximal da panturrilha esquerda com lesão grave de partes moles e desenluvamento.

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

Ao exame apresenta cicatriz de sutura compatível com o procedimento realizado. Tornozelo esquerdo com diminuição de força muscular articular com limitação de flexão dorsal esquerda . Movimentos do joelho esquerdo preservados.

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

[] Sim [] Não

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

Vítima com ferida corto contusa em região poplítea e terço proximal da panturrilha esquerda, foi levado ao bloco cirúrgico onde realizou limpeza cirúrgica mecânica, desbridamento e sutura. Permaneceu internado por 02 dias e obteve alta.

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

[] Sim [] Não

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN