

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: 000000055814-0

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 poplíteia e terço proximal da panturrilha esquerda com lesão grave de partes moles e desenlramento.

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 poplíteia 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

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 2 - CPF da vítima: 312.762.354-61 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

5 - Nome completo: Lucas Viana de Melo 6 - CPF: 312.762.354-61
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua: Professor Anderson Araújo 9 - Número: 730 10 - Complemento:
11 - Bairro: Dom Jaime Comares 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.628-501
15 - 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

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3064 CONTA: 55814 0 AGÊNCIA: CONTA: (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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairasor)? ☐ 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 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 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró 05 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante): Lucas Viana de Melo

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Maria Lúcia da Silva

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CIRURGIA GERAL - VERDE.

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

Nascimento: 06/11/2001

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: LUCINEIDE VIANA DE MELO

Pai: NADA CONSTA

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 10

CEP: 59607100

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.33153390

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	AmB	17	121		15	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora: 14:30

Reente vítima de colisão (carro - bicicleta) referindo dor intensa em perna esquerda. Com sintoma compressivo devido lesão corte contusa extensa em panturrilha E. Nega afolia, vômito, tontura e perda de consciência. Nega alergia a medicação. Apresenta limitação de movimento em joelho e perna E. Repouso em pé E. Em protocolo do SAMU.

① Arteriais e venozas, sem cianose. Em protocolo do SAMU.

② MV (+) em AHT sem R/A. FR: 16.

③ Dinamicamente estável, pulso cheio e rítmico.

④ ECG: 35 - pupilas anisocóricas e ptose esquerda.

⑤ Escoriações em cotovelo, joelho e perna direita. Lesão corte contusa extensa em perna esquerda, com uso de curativo compressivo.

⑥ D: Sólido Rx de pé, dupl. bacin, E Rx de perna ⑤ e pé ⑤

Diagn. Inicial: Trauma

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

① Dexta 300

② Tilatil 40mg + ABD

③ Dipirona 1g + ABD Agor

④ Algodão puro, limpa das escoriações

ALTA A CL CIRURGIA

Dr. Marcos Vinício Augusto Mendes
Cirurgião Geral - Especialista em Cirurgia Geral
CRM/RN 1677

Sfz. 7.16 50000 Alamo 16:42h

A Corta Cirurgia

Helene Reges GURGEL PAES
MÉDICO
CRM/RN 6786

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 15/09/19

SAME/ARQUIVO

mat. 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)

Helene Reges GURGEL PAES
MÉDICO
CRM/RN 6786

Sfz. 04980 50500



CIRURGIA GERAL - VERDE.

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

Nascimento: 06/11/2001

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: LUCINEIDE VIANA DE MELO

Pai: NADA CONSTA

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 10

CEP: 59607100

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.33153390

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - BICICLETA

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:

PESO:

01/09/2019 14:16:37

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora: 14:30

Reente vítima de colisão (carro - bicicleta) referindo dor intensa em perna esquerda. Com sintoma compressivo devido lesão corte contusa extensa em panturrilha E. Nega afolia, vômito, tontura e perda de consciência. Nega alergia a medicação. Apresenta limitação de movimento em joelho e perna E. Repouso em pé E. Em protocolo do SAMU.

① Arteriais e venozas, sem cianose. Em protocolo do SAMU.

② MV (+) em AHT sem R/A. FR: 16.

③ Dinamicamente estável, pulsos cheios e rítmicos.

④ ECG: 35 - pupilas anisocóricas e ptose esquerda.

⑤ Escoriações em cotovelo, joelho e perna direita. Lesão corte contusa extensa em perna esquerda, com uso de curativo compressivo.

⑥ Sólido Rx de pé, dupl. bacin, Rx de perna ⑤ e pé ⑤

Diagn. Inicial: Trauma

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

① Dexta 300

② Tilatil 40mg + ABD

③ Dipirona 1g + ABD Agor

④ Algodão puro, limpa das escoriações

ALTA CL. Cirurgião

Dr. Marcos Vinício Augusto Mendes
Cirurgião Geral - Especialista em Cirurgia
CRM/RN 1677

Sfz. 7.16 50000 Alamo 16:42h

A Corta Cirurgião

Mé. Renato GURGEL PAES
MÉDICO
CRM/RN 6766

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 15/09/19

SAME/ARQUIVO

mat. 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)

Mé. Renato GURGEL PAES
MÉDICO
CRM/RN 6766

Sfz. 04980 50500



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 60215 /2019

Admissão: 01/09/2019 14:18:52

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 48368 - LUCAS VIANA DE MELO (17 a 9 m 29 d)

Nascimento: 06/11/2001

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898050083832752

CPF: 71276235461

Prof:

Mãe: LUCINEIDE VIANA DE MELO

Pai: NADA CONSTA

Logradouro: PROFESSOR ADERSON ARAUJO, 730

CEP: 59628501

Bairro: DOM JAIME CAMARA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.96314033

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora: _____

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

*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 05 de Setembro de 2019.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORO 05/09/19[Assinatura]
[Carimbo]
MUL. 160.343-0

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.

Lucas Viana de Melo

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - N.º 101

04/09/19

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
BAME MOSSORÓ 05/09/19

Francisco Kennedy de Almeida
BAME / ARQUIVO

mt. 150.243-0

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

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

2 - CNES
2503689

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 - RAÇA/COR
PARDA

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, Nº, BAIRRO)
ANTONIO VIEIRA DE SA, 10 - AEROPORTO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240800

18 - UF
RN

19 - CEP
59607100

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
At a lesão grave de polí. molar e desmembramento da pele no foc. posterior de punho e no 1/3 proximal do polegar, sem entumescimento presente

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO
Necessidade de uso de ATB EV - Hongo

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
Análise + exame por + foto

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

24 - CID 10 PRINCIPAL
S82.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
408050500

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
04875138431

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
KEILTE RENES GURGEL PAIVA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
01/09/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO B.O. / B.O. Nº

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORO 05/09/19

Assinatura: *[assinatura]*
SOME / ARQUIVO
mat. 150.2130

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4585 /2019

Prontuário: 209403

Paciente: 48368 - LUCAS VIANA DE MELO

Cartão SUS:

CPF:

Dt Nasc: 06/11/2001

Idade: 17 anos 9 meses 25 dias Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LUCINEIDE VIANA DE MELO

Nome do pai: NADA CONSTA

Rua/Av: ANTONIO VIEIRA DE SA

Complemento:

Nº: 10

Bairro: AEROPORTO

CEP: 59607100

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 33153390 84 33153390

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS MASCULINA

Leito: 1. 36E

Responsável: LUCINEIDE VIANA DE MELO -

Usuário: ANTONIO HELIO DA SILVA

Admissão: 01/09/2019 16:49:30

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
408050500 -

HISTORIA CLINICA

MOSSORO, 01 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 05/09/19

Francisco Kennedy S. Moraes

SAME / ARQUIVO

mat. 150.343-6



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Lucas Viana de Melo Reg Nº 20.94.03

Diagnóstico pré-operatório: Lesão grave de partes moles do membro superior

Indicação terapêutica: Amputação + sutura de pele

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Robson Costa

1ª Auxiliar: Beltrami

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesiologista: _____

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

- Devido ao nível da amputação

- Amputação + sutura + curativo

- Lavagem extensiva do local

- Imobilização

- Sutura do pele e Nylon 2.0.

- Curativo

- AGR em BGG

Fco. Robson S. Costa
Proprietário e Responsável
CRM: 10.389 / CRM-EB: 7436
TEOD 12217 / RQE 324

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ

SANE / ARQUIVO

Mat. 150.3430



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

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente LUAS VIANA DE MELO Sexo M Idade 011 Prontuário N° 20.94.03
Estado Físico 1 2 3 4 5 X IEI Ur Em
Diagnóstico Pré-Operatório FERIMENTO Cirurgia Proposta TTT CIRÚRGICA
Diagnóstico Pós-Operatório FERIMENTO Cirurgia Realizada TTT CIRÚRGICA
Cirurgião DR. ROSSON Auxiliares X
Anestesiologia NEI / 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 ☐ Prévias ☐ Transf. Sanguínea Prévia ☐ Anestesia Prévia ☐
Local ☐ Bloqueio Espinhal ☐ Plexo Braquial ☐ Geral ☐
Outros dados MEGA COMORBIDADES E ALERGIAS
EXAME FÍSICO Peso (Kg) 220 Temperatura (°C) 36,2 Pressão Arterial (mmHg) 130 x 80
Estatura (cm) 170 Frequência Respiratória (IPM) 12 Frequência cardíaca 70
Broncoespasmo ☐ Sopro Cardíaco ☐ Arritmias ☐ Veias Acessíveis ☐
Permeabilidade Vias Aéreas ☐ Coluna c/ Deformidades ☐ Local punção Intectado ☐ Prótese ☐
Cor Corado ☐ Pálido ☐ Ictérico ☐ Cianótico ☐
Paresias ☐ Paralisias ☐ Área Queimada ☐ Gestação ☐
Meses. Outros Dados _____
EXAME LABORATORIAIS Classificação ABO e Rh ☐ Leucograma ☐ Hematócrito ☐
ECG ☐ Risco Cirúrgico ☐ Rx Tórax ☐ TGO ☐ Uréia ☐
Creatinina ☐ Bilirrubinas ☐ Fosfatase Alcalina ☐ Amilase ☐ Proteínas ☐
Glicemia ☐ Ultrassonografia ☐ Tomografia ☐ Cateterismo cardíaco ☐
Valores Alterados ou relevantes/Outros Exames SLEXAMES
Pré-Anestésico AD Efeito Satisfatório ☐ Regular ☐ Nenhum ☐
Técnica Anestésica indicada RAQUIANESTESIA
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	Dispneia, 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 ☐ Cianose ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Ret. Urinária ☐ Hipertensão ☐
Hipertensão ☐ Arritmias ☐ Dor ☐ Dif. respiratório ☐ Sangramento ☐ Cefaléia ☐
Parada cardíaca ☐ Óbito ☐ Outros _____

Alta da sala de recuperação

Para enfermagem ☐ Alta Hospitalar ☐ Transferência ☐ UTI ☐ Óbito ☐

Anestesiologista _____

RESUMO

Paciente HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA Idade _____ Estado Físico _____
História D. Atual ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
Cirurgia DR. ROSSON Cirurgião DR. ROSSON
Anestesia RAQUIANESTESIA Anestesiologista DR. ROSSON

mat. 150.343-0

20.74.V5

Data 07 09 19 Anestesiologista

TÉCNICA ANESTÉSICA

Geral ☐ Raquianestesia ☒ Peridural ☐ Peixe Braquial ☐ Bier ☐ Local ☐ Nervo Periférico ☐

Outra: Geral Endovenosa ☐ Inalatória ☐ Balanceada ☐ Associada a Bloqueio ☐ Bloqueio Espinhal ☐

Intubação ☐ Nível de Função ☐ Agulha n° 27 Posição ☒ Nível de Bloqueio ☐

Intubação P. Endo. sel. Intuboscopia ☐ Axilar ☐ Kulemkampf ☐ Lado D.E.

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 ☐

Outras anotações importantes

Final 21:15
Início 20:00
Total 2:00

Oxigênio ☒ Hipnótico ☒ Narcótico ☒ Rel. Muscular ☒ Anest. Local ☒ Atropina ☒ Protiqme ☒ Hidratação ☒ Sangue ☒

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE ALMEIDA
ESTÁ CONFORME O LAUDO

Francisco Kennedy de Faria
BAME/ARQUIVO
MME-150.345-0

Hora - Agente - Dose
20:00 5mg
21:00 7,5mg
21:15 5mg

Outras Informações

Anestesiologista CRM 5000

20.44.03

DATA: 03/09/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA 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

MOSSORO- RN

CODIGO: 48368

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

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SF 0,9 % 2000ML EV P/24	
3	DIPIRONA 1G VO 6/6 HORAS SN	1º 2º 3º 4º
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SN	SN
5	OMEPRAZOL 40MG DILUIDO EV 1X/DIA	SN
6 D2	OXACILINA 500MG - 02 AMPOLAS DILUÍDAS EV 6/6 HS	06
7	SULFATO FERROSO 40MG - 01 COMP 12/12 HORAS	10 16 22
8 D2	TILATIL 40MG EV 1X/DIA	10 22
9	CURATIVO DIARIO	19
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 CONFORME O ORIGINAL
DAME MOSSORO, 05/09/19

Aracelis de Almeida P. Almeida
SAME / ARQUIVO
mat. 150.345-0

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

007.677.729

18/06/2015

LUCAS VIANA DE MELO

LUCIENE VIANA DE MELO

08/11/2001

CEP: DE REGISTRO L-8-170 F-295 08-76296

REGISTRO Nº-2 CARIÓTIPO

Josephas Ferreira de N. Junior

Is. VILA

CÓDIGO DE CONTROLE

893B.7356.9981.0529

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

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

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEMAN QUINTO

Lucas Viana de Melo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

062.354-61

Nome

LUCAS VIANA DE MELO

Nascimento

06/11/2001

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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 Jaime Câmara, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.628.501,
portador(a) do RG nº 003.677.720, SSP/ RN e CPF nº 712.762.354-61

Outorgado:

Juana Luciana da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteira,
profissão Autônoma, residente e domiciliado à Rua Professor Anderson Araújo,
Nº 730, Bairro Dom Jaime Câmara, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.628.501,
portador(a) do RG nº 161.0277, SSP/ RN e CPF nº 012.927.714-29

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 invalidez, 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.



Mossoró-RN, 18 de novembro de 2019

Lucas Viana de Melo
Outorgante

CPF Nº 712.762.354-61

OBS: Reconhecer firma em cartório

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS DE MOSSORÓ - RN
Rua Santos Dumont, 10 - Centro - Titular: LUCIENE BEZERRA DE MENDONÇA FERNANDES
Cont: (84) 33213312 E-mail: cartorio2mossoro@hotmail.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: LUCAS VIANA DE MELO [712.762.354-61]
Confira em: <https://selodigital.tirn.jus.br>
Selo Digital: RN20190094946003/773JVQM
Mossoró-RN, 27 de novembro de 2019 15:15
Luana Kariny Mendonça Fernandes - Tabeliã Substituta
Op: Joao victor Email: 2.611552@... TOTAL: 2,27

AB109712

**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 poplíteia e terço proximal da panturrilha esquerda com lesão grave de partes moles e desenlucamento.

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 poplíteia 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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.



Dr. Luis F. C. Nascimento
MÉDICO EM TRANSITO
CRM-4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN