

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

07/11/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8158969

VALOR TOTAL:

675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

BANCO: 336

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000012001569

Número da Autenticação

FDB534D1352CC98B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220052695

Cidade: Parelhas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Data do acidente: 29/11/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA MÃO ESQUERDA COM FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO. PÁG 8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER. PÁG 4
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103002/21

Número do Sinistro: 3210125085

Vítima: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

CPF: 100.824.624-70

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/11/2020

Titular do CPF: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/05/2021
Nome: LILIAN DA COSTA TRINDADE
CPF: 054.922.864-04

LILIAN DA COSTA TRINDADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2021
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA



Govorno do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PARELHAS
Endereço: Rua Alexandrina Pereira, S / N, Centro, PARELHAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020130000975
1.2 Data de Expedição: 23/12/2020 15:39:23
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/11/2020 19:00:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Outro
2.7 Logradouro: RUA INÁCIO SOARES BARBOSA
2.8 Número: S/N
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO
2.13 Cidade: PARELHAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: EDUARDO GOMES DE ARAUJO
3.5 Etnia: Parda
3.6 Mãe: MARIA DO ROZARIO DE ALMEIDA ARAUJO
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 10082462470
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 13/01/1990
3.13 Profissão: MARTELEIRO
3.14 RG: 2997614 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s):
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 20
3.18 Naturalidade: PARELHAS - RN
3.19 Bairro: CRUZ DO MONTE
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: TV. ANTÔNIO EDMUNDO BEZERRA
3.23 Cidade: PARELHAS
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, NA DATA DE HOJE, PARA INFORMAR QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTO, RUA INÁCIO SOARES BARBOSA, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO UMA MULHER EM OUTRA MOTO ATRAVESSOU NA SUA FRENTE COLIDINDO DE FRENTE, QUE O ACUSADO FOI AO SOLO E SOFREU VÁRIAS LESÕES E FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR QUE PASSOU E LEVOU O DECLARANTE PARA O HOSPITAL DE PARELHAS, QUE O DECLARANTE NÃO SABE INFORMAR QUEM FOI A PESSOA QUE LHE SOCORREU, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS O DECLARANTE FOI ENCAMINHADO PARA O WALFREDO GURGEL NA CIDADE DE NATAL, QUE O DECLARANTE DEVIDO AO ACIDENTE TEVE UM DOS SEUS DEDOS AMPUTADO (DEDO MINDINHO DO MÃO ESQUERDA), QUE OS DADOS DA SUA MOTO SÃO: PLACA: MNM 3234, MARCA/MODELO: HONDA /BIZ 125 ES COR: PRATA ANO/MODELO: 2008 FABRICAÇÃO 2008, CHASSI: 9C2JA04206R845088 RENAVAL: 0088453421-9 PROPRIETÁRIO: RAELEMA KERCIA PEREIRA DA SILVA CONDUTOR: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE B.O. PARA FINS DE OBTENÇÃO SE SEGURO DPVAT

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 23/12/2020 15:39:23


Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2072106 - WILSON LIRA DA SILVA

Impresso por: 2072106 - WILSON LIRA DA SILVA em 23/12/2020 15:39:27

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Gomes de Araújo, Brasileiro(a), Estado Civil SOLTEIRO, Profissão MARTELEIRO, Residente e domiciliado à Rua ANTONIO EDUARDO BAZEMO, nº 01, Bairro CRUZ DO MONTE, Município de PARANHOS, Estado RN, Cep. 59.360.000, Rg nº 002.997.614, órgão emissor 22/12, e CPF nº 300.824.624.70

Outorgado(a): Juliana Maria da Silva Nascimento, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.691.044-60, Rg: 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira, Profissão: Empresária. Com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, Nº 78, Curado II, Jaboatão dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Francisco Gomes de Araújo, ocorrido em 29/11/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

SÃO PAULO = 25, de OUTUBRO de 20 22.

Francisco Gomes de Araújo

Outorgante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220052695

Cidade: Parelhas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Data do acidente: 29/11/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA MÃO ESQUERDA COM FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO. PÁG 8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER. PÁG 4
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO - CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II



POLEGAR DIREITO

Francisco Gomes du Araujo

SINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL
NOME
002.997.614

DATA DE EXPEDIÇÃO
22/12/2020

FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

FILIAÇÃO
EDUARDO GOMES DE ARAUJO
MARIA DO ROZARIO DE ALMEIDA ARAUJO

NATURALIDADE
PARELHAS - RN

DATA DE NASCIMENTO
13/01/1990

OGC ORIGEM
CERT. DE NASCIMENTO L. 7.116 F-206 RG-9790
PARELHAS - RN - UNICO

CPF
100.824.624-70

Brigida Zulad R.M. de Souza
Diretora do Instituto de Identificação VIA

ASSINATURA DO DIRETOR





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54497 /2020

Admissão: 30/11/2020 01:57:59

CIRURGIA GERAL - VERDE

71

Paciente: 195779 - FRANCISCO GOMES DE ARAUJO (30 a 10 m 17 d)

Nascimento: 13/01/1990 Natural: PARNAMIRIM, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704308524490597 CPF: 10082462470

Prof.:

Mãe: MARIA DO ROSARIO DA ALMEIDA ARAUJO Pai:

Logradouro: ANTONIO EDIMUNDO BEZERRA, 570

CEP: 59360000

Bairro: CENTRO

Cidade: PARELHAS

Telefone: 84 99671813

Compl.:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

BOLETIM FATURADO
AM. 23/11/2020
[Signature]

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 30/11/2020 01:51:48				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO X MOTO/ FRATURA EXPOSTA EM DEDO DA MÃO ESQUERDA

Hora: --- Paciente vindo em ambulância, vítima de colisão moto x moto. Apresenta fratura exposta em 5º DDE. Refere dor brava, usa TCE e quebras abdominais

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES: CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 27/10/22
MAT. Nº. 1528432
SAME
[Signature]
ASSINATURA

RAIOS-X
Realizado em 30/11/2020 Hora 02:21
F. SANTO

DIAGNOSTICO INICIAL - CID [Signature]

*Gerado via SX por HEBERT GONCALVES DE OLIVEIRA. Impresso em 30 de Novembro de 2020.

FIA / BAA: 11954 / 2020

Paciente: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Convênio: SUS

- Categoria: GRATUITO

Unidade: RPA

Quarto / Leito: 1 / 728

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1203492

Data Agendamento: 30/11/2020 10:30

Cirurgia: TTO CIR FRAT/LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)

Data Realização: 30/11/2020 09:15

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

Anestesista: ANDREA KARLA FONSECA PINTO

Tipo Anestesia:

Instrumentador:

Equipe:

Data do Relatório: 30/11/2020 10:15

Profissional: GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

Relato da Cirurgia: PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA OBSERVADO MA PERFUSÃO DA FALANGE DISTAL DO 5 DEDO COM FERIMENTO CIRCULAR REALIZADO LIMPEZA E DEGERMAÇÃO DO MSE LAVAGEM EXAUSTIVA ANTISEPSIA CAMPOS FIXAÇÃO COM FIOS K SUTURA POR PLANOS OBSERVADO MELHORA DA PERFUSÃO APOS O PROCEDIMENTO CURATIVO

[Handwritten signature of Gentil Fernandes de Araújo Filho]

RM. 5647 - GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

Gentil Fernandes de A. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRMOR - 5647

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 27/10/22
MAT. Nº 1528432
SANE
[Handwritten signature]
ASSINATURA

0408020539(2) SER. 6 (19260)

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SESAP - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL/CLOVIS SARINHO
 DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
 GERÊNCIA DO BLOCO CIRÚRGICO
 MATERIAL ESPECIAL - OPME

PACIENTE Francisco Gomes de Araújo DN 11/01/1990
 REG 195779 FIA 11954 DATA 30/11/2020 SALA 06

DIAGNÓSTICO Fratura exposta de dedo da Mão esquerda

PROCEDIMENTO REALIZADO Tratamento cirúrgico em fratura -
na exposta de 5.ª MP da Mão esquerda.

CAIXA CIRURGICA UTILIZADA Ortopedia delicada

CAIXA OPME - () PF () GF / COR _____

DESCRIÇÃO MATERIAL	Quantidade	ETIQUETA
Fio de Kirschner 1,5	1 Unid	
Fio de Kirschner 1,5	1 Unid	

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL. 27/10/22
 MAT. Nº 1528432
 SAME
[Signature]

ASSINATURA _____

Dávila Risocelli de O Costa
 ENFERMEIRO
 COREN - RN 298853

Imagem RX () SIM () NÃO

Assinaturas e carimbos

[Signature]
 FERNANDA DE A. FILHO
 Cirurgião e Traumatologista
 CRM - RN 2527
 CIRURGIÃO RESPONSÁVEL
[Signature] 473453
 INSTRUMENTADOR

ENFERMEIRO CENTRO CIRURGICO
[Signature] 411335
 CIRCULANTE

*PF (pequeno fragmento); GF (grande fragmento)
 *COR - item identificado na cx de placas e parafusos = GF - 4,5 (preta; verde-tilás; vermelha)
 = PF - 3,5 (laranja; verde; preta)

VIA / BAA: 11954 / 2020

Paciente: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Convênio: SUS

- Categoria: GRATUITO

Unidade: RPA

Quarto / Leito: 1 / 728

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1203492

Data Agendamento: 30/11/2020 10:30

Cirurgia: TTO CIR FRAT/LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)

Data Realização: 30/11/2020 09:15

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

Anestesista: ANDREA KARLA FONSECA PINTO

Tipo Anestesia:

Instrumentador:

Equipe:

Data do Relatório: 30/11/2020 10:15

Profissional: GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

Relato da Cirurgia: PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
OBSERVADO MA PERFUSÃO DA FALANGE DISTAL DO 5 DEDO COM FERIMENTO CIRCULAR
REALIZADO LIMPEZA E DEGERMAÇÃO DO MSE
LAVAGEM EXAUSTIVA
ANTISEPSIA CAMPOS
FIXAÇÃO COM FIOS K
SUTURA POR PLANOS
OBSERVADO MELHORA DA PERFUSÃO APOS O PROCEDIMENTO CURATIVO

RM. 5647 - GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

Gentil Fernandes de A. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRMORN - 5647

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 27/10/22
MAT. Nº 1528932
SAVE
W. Araujo
ASSINATURA

0408020539(2)SR.6(192,60)

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **9279 FRANCISCO GOMES DE ARAUJO**

CNS: 7.4.000.14490597

Nascimento: 13/01/1990

Sexo: Masculino

Prontuário:
Cor: PARDA

Mãe: MARIA DO ROSARIO DA ALMEIDA ARAUJO

Pai:

Endereço: RUA ANTONIO EDIMUNDO BEZERRA, 570 - CENTRO - PARELHAS

Fone: 99671813 /
CEP: 59360-000

Município: PARELHAS

Código Municipal IBGE: 240890 UF: RN

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEdia Laudo Nº 45418 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

acidente motociclístico,
dor + deformidade + lesão exposta em 5º qda,
fratura exposta f2 5º odo

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO.

as arime

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S62.6 FRATURA DE OUTROS DEDOS*403027342. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGE!

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

MAO, FX:2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes

Hipertensão

Obesidade

Faz Antibioticoterapia

Lesão por pressão

Usa Fixador Externo

Professional Solicitante / Assitente:

MATHEUS PASSOS MAIA COELHO

CRM: 8191 / RN

Data da Solicitação 30/11/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CPF da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CPF da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Professional Autorizante:

Data da Autorização:

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL: 27/10/1990

MAT. Nº: 4528432

NAME

Matheus Passos Maia Coelho

Número da Autorização:

Matheus Passos Maia Coelho
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 8191



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54497 /2020

Admissão: 30/11/2020 01:57:59

CIRURGIA GERAL - VERDE

71

Paciente: **195779 - FRANCISCO GOMES DE ARAUJO** (30 a 10 m 17 d)
Nascimento: 13/01/1990 Natural: PARNAMIRIM BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 704308524490597 CPF: 10082462470 Prof.
Mãe: MARIA DO ROSARIO DA ALMEIDA ARAUJO Pai:
Logradouro: ANTONIO EDIMUNDO BEZERRA, 570 Cidade: PARELHAS
CEP: 59360000 Bairro: CENTRO Compl:
Telefone: 84 99671813

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

BOLETIM FATURADO
EM 23/11/2020

Fluxograma					Discriminador:				
OBS					Classificação: 30/11/2020 01:51:48				
HORA	P.A	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO X MOTO/ FRATURA EXPOSTA EM DEDO DA MÃO ESQUERDA

Hora: *Paciente vindo em ambulância, vítima de colisão moto x moto. Apresenta fratura exposta em 5º D.D.E. Refere dor local. req TCE e queixas abdominais*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES: CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL: 27/10/22
 MAT. Nº: 1528432
 SAME
[Signature]
 ASSINATURA

Estimado: 20/11/2020
 Tóxico: F. SANTO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID *[Signature]*

*Gerado via SX por HEBERT GONCALVES DE OLIVEIRA impresso em 30 de Novembro de 2020

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Francisco Gomes de Araújo
 DATA DE NASCIMENTO: 13/10/1990 IDADE: 30 anos
 REGISTRO: 11954/2020
 DATA DE ADMISSÃO: 30/11/2020 HORA: 8h55

ADMISSÃO DO PACIENTE:
 CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Otorrinolaringologia

HIDRATAÇÃO: B.V. NÃO V.A. 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 Nega HIPERTENSO: SIM NÃO
 DIABÉTICO: SIM NÃO ASMÁTICO: SIM NÃO

DOENÇA RENAL: SIM NÃO OUTRAS PATOLOGIAS: Ansiedade

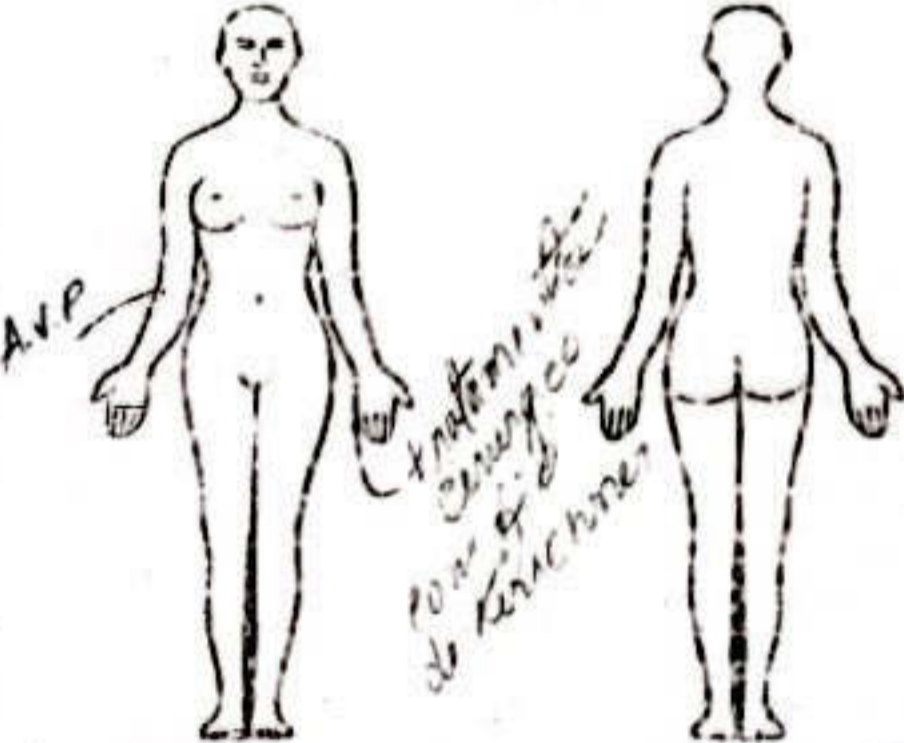
MEDICAÇÕES EM USO: Clonazepam

CIRURGIAS ANTERIORES: _____
 EXAMES COMPLEMENTARES: SIM NÃO

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
 ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



SSVV
 PA = 113 x 70 (85)
 SpO2 = 100%
 FC = 73

INSTRUMENTADA: lateral JALECO Nº: _____ ACESSO CENTRAL: _____

CIRCULANTE: por simetria

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

OBS: 200mg

ANESTESISTA: Dr. Anderson F. Pádua

INÍCIO DE ANESTESIA: 9h

TÉRMINO DE ANESTESIA: 9h50min

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: cefazolin 1g

HORA: _____

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL: 27/10/22
 MAT. Nº: 1528432
 SAME
Woull

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 11954 /2020

Prontuário: 1203492

Paciente: 195779 - FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Cartão SUS: 704306524490597

CPF: 10082462470

Dt Nasc: 13/01/1990

Idade: 30 anos 10 meses 17 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DO ROSARIO DA ALMEIDA ARAUJO

Nome do pai:

Rua/Av: ANTONIO EDIMUNDO BEZERRA

Nº: 570

Complemento:

Bairro: CENTRO

CEP: 59360000

Cidade: PARELHAS

Telefone: 84 99671813 84 99671813

Unidade: PS - ORTOPIEDIA

Leito: 1033

Especialidade: ORTOPIEDIA

Responsável: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO -

Usuário: HEBERT GONCALVES DE OLIVEIRA

Admissão: 30/11/2020 06:31:26

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S62.6 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
408020342 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 30 de Novembro de 2020.

ASSINATURA DO MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 27/10/22

MAT. Nº. 1528432

(SAME)

ASSINATURA

INICIO DE CIRURGIA: 9h 15 min.
CIRURGIÃO: Dr. Gentil Fernandes
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Tratamento cirúrgico de fratura
aberta do 5º POU da Mão esquerda.

TÉRMINO DE CIRURGIA: 9h 50 min.
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (✓)
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (✓)
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (✓) RX: SIM (✓) NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (✓) TIPO: _____
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (✓) TIPO: _____

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (✓) FEITO FICHA: SIM () NÃO (✓)
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (✓) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (✓)
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (✓) NÃO () QUANTIDADE: 10 unid.
GAZES CONFERIDAS: SIM (✓) NÃO () QUANTIDADE: 20 unidades.
CAIXA CIRÚRGICA: 1 roll de antepéδιο + antepéδιο de cada
COMPLETA: SIM (✓) NÃO () OBS.: _____
ÓBITO: SIM () NÃO (✓) HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO (✓)
RESPONSÁVEL PELA RCP: _____

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (✓) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (✓) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (✓)
ENTUBADO: SIM () NÃO (✓)
PREENCHIDO AIH: SIM (✓) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (✓) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (✓) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 8h 55 min. Admitida paciente no C.C na
Sala Operatória 06, posicionado em mesa operatória
na moldura, realizado anestesia do tipo
local + sedação, feita limpeza + antisséptico
e iniciada a cirurgia com introdução de
FIO de Kirschner + sutura curativa. Cren-
midade das curvas da SRPA. SSVU: SPO2 = 98%
FC = 88 bpm, PA = 114 x 87 (83) mmHg.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 27/10/22
MAT Nº 1528432
ASSINATURA

Dra. Rosângela de O. Costa
Enfermeira
COREN - RN 259.853
Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Téc. José Sandoval 11335
Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3 - ABARE VIA AEREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 5 - SE AFIRMAR, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSCULTAR, INICIE COMPRESSÕES TORÁICAS. INICIALMENTE, INICIE A COMPRESSÃO NA 1/3 SUPERIORES DO TÓRAX. 8 - DEJA DISPONÍVEL: ANALISE O RITMO, 9 - RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 PJ DEJA BIFÁSICO), E REINICIE RCP. 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP. 11 - AVALIE O RITMO A CADA 2 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR. 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: **ORTOPEDIA# -06:06**

ANAMNESE

Acidente motorístico no asfalto + 11 km/h
 Dor + deformidade + lesão exposta S. QDE.
 Rx: Instaurar F2 S. QDE (exposta)

EXAME FÍSICO

Ud.: RTB - Afalotm 26 + (REV)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Co. C.C.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Matheus Passos Maia Coimbra
 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 CRM/RN 2191

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 27/10/22

MAT. Nº 1528432

GAME

[Assinatura]

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura dos olhos (EO)	4
Outros se abrem espontaneamente	4
Outros se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, ou com o despertar de uma criança)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (responde corretamente a perguntas sobre seu nome, idade, endereço, mês, e ano, e dia e hora)	5
Compreensão de perguntas simples, mas há alguma desorientação e confusão	4
Palavras inapropriadas (fala deslizada, mas com traços conversacionais)	3
Sons ininteligíveis. (Comando com articulações palatais)	2
Silêncio	1
Movimentos	
Obedece comandos verbais (obediência)	6
Resposta localizada a dor	5
Reflexos de retirada	4
Reflexo extensor a dor (desorientação)	3
Reflexo extensor a dor (desorientação)	2
Reflexo extensor a dor (desorientação)	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	1-30 = 1
	31-90 = 2
	>90 = 3

CLASSIFICAÇÃO DO TCE, (ATLS 2009)

83 - 88 grave (necessidade de intubação imediata);
 69- 72 moderado;
 14-19 leve

* Referência: TEASDALE G., HENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:91-94

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Plc Pós
0	1	2	3	4

"Escala de Triagem Revisada (RTS): É um teste de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referências: Adaptado de Chesnut R.H., Sauer W.J. Copes, et al; A review of the Trauma score. J. Trauma 1983; 23:4, 192-1.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 100.824.624.70 4 - Nome completo da vítima: francisco gomes de araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: francisco gomes de araujo 6 - CPF: 100.824.624.70
 7 - Profissão: marleteiro 8 - Endereço: tv. antonio edmundo bezerra 9 - Número: 01 10 - Complemento:
 11 - Bairro: cruz do monte 12 - Cidade: parselhas 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59360-000
 15 - E-mail: contatocentralsegsp@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (11)99302-0685

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: RECLUSO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO C6 BANK

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0001 CONTA: 12001569 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (ou rascos)? 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 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

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, PARELHAS 26 DE OUTUBRO DE 2022

Francisco Gomes de Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220052695

Vítima: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 29/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **FRANCISCO GOMES DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **336**

Agência: **000000001**

Conta: **000012001569-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

