

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.750,44

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIONE GREGORIO ANTUNES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02035-4

CONTA: 000010062594-0

Nr. da Autenticação 552615B2D67FDEF3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375156 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIONE GREGORIO ANTUNES **Data do acidente:** 20/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 5,7,16.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190375156

Vítima: LUCIONE GREGORIO ANTUNES

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIONE GREGORIO ANTUNES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190375156

Vítima: LUCIONE GREGORIO ANTUNES

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIONE GREGORIO ANTUNES

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

Multa:	R\$ 56,29
Juros:	R\$ 6,65
Total creditado:	R\$ 1.750,44

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: LUCIONE GREGORIO ANTUNES

Valor: R\$ 1.750,44

Banco: 001

Agência: 000002035-4

Conta: 000010062594-0

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	481.158.194.68	LUCIONE GREGÓRIO ANTUNES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
LUCIONE GREGÓRIO ANTUNES	481.158.194.68	
Profissão:	Endereço:	Número:
PESCADOR	RUA RAIMUNDO B. CAVALCANTI	266
Bairro:	Cidade:	Estado:
MONTÊ CASTELO	PARNAMIRIM	RN
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
FABY.10.ANTUNES@HOTMAIL.COM	59.146.275	(84) 99461.3806

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

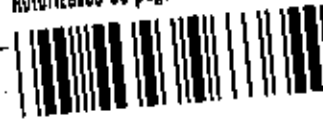
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2025 (9) CONTA: 62594 (9)
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0150 (0150)
(informar o dígito se existir)

Autorização de pagamento



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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucione Gregório Antunes
 Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorabider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

31/05/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:56:11
483317927 0118

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POSFANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: LUCIONE GREGORIO ANTUNES

AGENCIA: 2035-4 CONTA: 62.594-9 VAR:51

DATA 31/05/2019
NR. DOCUMENTO 48.331.792.700.118
VALOR DINHEIRO 2,00
VALOR TOTAL 2,00

NR. AUTENTICACAO 6.066.3FC.824.FA7.7B7

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703,

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE MACAU
Rua Dr. Abefardo de Melo, s/nº Valadão - Macau/RN, CEP 59500-000, TELEFAX 3521-6475.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 259/2019

RECEBIDO

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO/DPVAT		04 JUN 2019
Local: BR 406 SALINOPOLIS		
Data do Fato: 20 / 10 / 2018	Horário: 21:00h	Seguradora Lider/DPVAT
COMUNICANTE: LUCIONE GREGORIO ANTUNES		Fone: 84 996067579
Filiação: LUIZ GREGORIO ANTUNES e JOANA CORINGA ANTUNES		
Naturalidade: MOSSORO RN	Nacionalidade: BRAS.	
Nascido: 30 / 08 / 1965	Idade: 53 Anos	RG: 003.309.869
Endereço: BR 406 SALINOPOLIS 21 MACAU RN		
Estado Civil: VIUVO	Profissão: SERVENTE	
VITIMA: COMUNICANTE	Fone:	
Filiação:		
Naturalidade:	Nacionalidade: BRAS.	
Nascido em:	Idade: ANOS	RG:
Endereço:		
Estado Civil:	Profissão:	
ACUSADO: NÃO IDENTIFICADO	Fone:	
Filiação:		
Naturalidade:	Nacionalidade: BRAS.	
Nascido em:	Idade: ANOS	RG:
Endereço: RUA		
Estado Civil:	Profissão:	Boletim de ocorrência

HISTÓRICO



COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O COMUNICANTE OCASIAO NA QUAL RELATOU QUE FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A BR406 NA SITUAÇÃO VINHAM DOIS VEICULOS QUE O DA FRENTE LHE LIVROU, POREM O SEGUNDO VEICULO QUE VINHA POR TRAS NÃO O VIU E NÃO TEVE MAIS DE TEMPO LIVRA LO, QUE O COMUNICANTE NÃO CONSEGUIU IDENTIFICAR O ATROPELADOR, POIS O MESMO NÃO PAROU, SE EVADINDO DO LOCAL.

O COMUNICANTE FOI ATENDIDO PELA AMBULANCIA DA SAMU E IMEDIATO CONDUZIDO AO HOSPITAL WALFREDO GURGEL/NATAL ONDE DE ENTRADA AS 00:23 H DO DIA 21/10/2018

As informações são de inteira responsabilidade do comunicante.



Registrado em: 22 /03/2019

Hora: 11:40h

Lucione Gregorio Antunes
Assinatura do Comunicante

122766-1
Servidor e Matrícula

José Wilson Dantas da Silva
Agente de Polícia Civil
Mat. 122.766-1



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

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO

ATO

Declaro para os devidos fins que se fizeram necessários, que foi encontrado a ocorrência Nº 97499/1 referente ao paciente **LUCIONE GREGORIO ANTUNES**, 53 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 20/10/2018 em Macau. Conforme ficha anexa.

Natal, 19 de março de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.750,44

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIONE GREGORIO ANTUNES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02035-4

CONTA: 000010062594-0

Nr. da Autenticação 552615B2D67FDEF3



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LUCIONE GREGÓRIO ANTUNES, portador da carteira de identidade nº 003300869 e inscrito no CPF/ME sob o nº 481358394-68, residente e domiciliado na RUA RAFAEL B CAVALCANTE 256 MONTE CASATO, Cidade PARANAMIRIM, Estado PA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Lucione Gregório Antunes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Paranamirim, 31/05/19

Local e data

COSERN

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Almeida, 150, Bairro Nova - RJ CEP 69005-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | INSC. EST. 2055193-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
LUCIANO GREGÓRIO ANTUNES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA RAIMUNDO B CAVALCANTI 268

CPF 202 706 074-04
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Monte Castelo Maria Liriana
PARRAMIRIM RN
59145-275

ESPÉCIE DE TENDIMENTO	MODAL	PERÍODO
023007848	UNICA	2004/2018
023007848	023007848	023007848
25/04/2018	200403441	1152507

0847237010	04/2018
08/05/2018	28/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	202,95

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alim (Wh)	271,00	0,65695730	177,73
Consumo Ilum (Wh)			19,71
Multa por atraso (R\$)			3,26
Juros por atraso (R\$)			1,15
Atualização ICP (R\$)			1,08

Consumo Alim (Wh)
Consumo Ilum (Wh)
Multa por atraso (R\$) 020445091 - 26/03/18
Juros por atraso (R\$) 020445091 - 26/03/18
Atualização ICP (R\$) 020445091 - 26/03/18

Comprovante de residência



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO	Tipo de	Anterior	Atual	Nº de	Constante	Ajuste	Consumo (Wh)		
023007848	CA1	24-01-2018	24-04-2018	28	1,0000		271,00		

Resumo do Consumo		Resumo do Valor		Resumo do Preço	
Consumo	Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo Alim (Wh)	177,73	Consumo Ilum (Wh)	19,71	Consumo Alim (Wh)	177,73
Consumo Ilum (Wh)	19,71	Consumo Alim (Wh)	177,73	Consumo Ilum (Wh)	19,71
Consumo Alim (Wh)	177,73	Consumo Ilum (Wh)	19,71	Consumo Alim (Wh)	177,73
Consumo Ilum (Wh)	19,71	Consumo Alim (Wh)	177,73	Consumo Ilum (Wh)	19,71

ATENÇÃO: COSERN SPONSA QUE PODE POSSUIR CONTAS EM ABERTO
PARTEIS DAS DEBENTURAMENTOS CAUSAM O CUSTO
Multa por atraso (R\$) 020445091 - 26/03/18
Juros por atraso (R\$) 020445091 - 26/03/18
Atualização ICP (R\$) 020445091 - 26/03/18

ATENÇÃO: COSERN SPONSA QUE PODE POSSUIR CONTAS EM ABERTO				
Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor
023007848	200403441	200403441	200403441	200403441

ATENÇÃO: COSERN SPONSA QUE PODE POSSUIR CONTAS EM ABERTO				
Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor
023007848	200403441	200403441	200403441	200403441

ATENÇÃO: COSERN SPONSA QUE PODE POSSUIR CONTAS EM ABERTO				
Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor
023007848	200403441	200403441	200403441	200403441

ATENÇÃO: COSERN SPONSA QUE PODE POSSUIR CONTAS EM ABERTO				
Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor
023007848	200403441	200403441	200403441	200403441

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 97499/1

Data: 20/10/2018

CHAMADO

TARM: ARTHUR DE OLIVEIRA SOARES

Médico Regulação: CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ

Rádio Operador: GHUTEMBERG DIAS FERREIRA

Médico Cena: REGINA COELI DE FREITAS

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 24 (MACAU)

Equipe VTR: MARCOS OTTO PEREIRA FAGUNDES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
PATRICIA DANIELA DA ROCHA GOMES - TÉCNICO DE ENFERMAGEM* REGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: MACAU

Nome do Solicitante: ERONILDO

Telefone: (84) 99663-6785

Documentação médico - hospitalar

Nome do Paciente:

LUCIAN GRIGORIO ANTONIO



Idade: *

53 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço: BR 406

Nº: VP

Bairro:

Outro Bairro: SALINÓPOLIS

Referência/Complemento: DISTRITO DE SALINÓPOLIS ;; PX AO COLEGIO SALINÓPOLIS ;; PX A LOMBADA ELETRONICA

Unidade de Destino Transferência: HOSP. MUNICIPAL ANTONIO FERRAZ

Observações Rádio Operador: PACIENTE ENTREGUE À USA 09 APÓS PONTO DE ENCONTRO NO HOSPITAL REGIONAL DE JOÃO CÂMARA.

Observações TARM: NAO ESTA NO LOCAL

Queixa Primária: ATROPELAMENTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

20/10/2018 19:26:16 - Dr(a). ALDECI DANTAS DE SOUZA JUNIOR

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: SOLICITANTE NÃO ESTÁ NO LOCAL. INFORMA OUTROS POPULARES NO LOCAL, AO REDOR DO PACIENTE. VIU QUE ELE ESTAVA CONSCIENTE, FALANDO COM POPULARES. MANTENHO FICHA ABERTA AGUARDANDO RETORNO DE ALGUÉM QUE ESTEJA NO LOCAL.

20/10/2018 19:36:31 - Dr(a). CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO. PACIENTE ENCONTRASSE AO SOLO, RESPIRANDO, RESPONDE A PERGUNTAS, PORÉM NÃO CONSEGUE SE MOVER. NÃO SABEM EXPLICAR AS SOLICITAÇÕES, SOBRE A GRAVIDADE DO PACIENTE, E O IMPACTO DO ACIDENTE ACIONOU USB EM COD 3

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 20/10/2018 19:41:24 Usuário: (RADIO OPERADOR) HONDINELY FREITAS DE ARAÚJO

Observação: Controle de frota: USB 24 EM QTI DO PA

Data: 20/10/2018 20:30:39 Usuário: (TARM) ARTHUR DE OLIVEIRA SOARES

Observação: RECEPCIONISTA ANIELE INFORMA QUE O PCT JÁ CHEGOU

Data: 20/10/2018 23:04:44 Usuário: (RADIO OPERADOR) GHUTEMBERG DIAS FERREIRA

Observação: Controle de frota: PACIENTE ENTREGUE À USA 09 APÓS PONTO DE ENCONTRO NO HOSPITAL REGIONAL DE JOÃO CÂMARA.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
20/10/2018
19:23:54Regulação Médica:
20/10/2018
19:36:32Solicitação VTR:
20/10/2018
19:40:15Saída VTR:
20/10/2018
19:41:13Chegada Local:
20/10/2018
19:48:00Saída Local:
20/10/2018
20:15:00Chegada Destino:
20/10/2018
22:28:00Liberação Destino:
20/10/2018
23:04:40Liberação VTR:
20/10/2018
23:04:41

Observação do Apolo:

CONDUTA

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

20/10/2018 20:21:01 - ALDECI DANTAS DE SOUZA JUNIOR
AVP SF + IMOBILIZAÇÃO + QTI H. LOCAL

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

MACAU - HOSP. MUNICIPAL ANTONIO FERRAZ

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

20:21



Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54596 /2018
Admissão: 21/10/2018 00:23:21

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 97951 - LUCIONE GREGORIO ANTUNES (53 a 1 m 22 d)
Nascimento: 30/08/1965 Natural: MOSSORO, BRASIL
CNS: 700502558056859 CPF: 48115819468
Mãe: JOANA CORINGA ANTUNES Pai:
Logradouro: MACAUZINHO, 91
CEP: 59500000 Bairro: ZONA RURAL
Telefone: 84 994214852 Compl:

Sexo: M Cor: PARDA

Cidade: MACAU

Motivo: CARRO X PEDRESTRE
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIAL

*Empresa:

Realizado em: 21/10/18

Técnico:

RAIOS-X

Horas:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 21/10/2018 00:20:27

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP	Glasgow	RTS
02h	90x54					98	ULTRA	V.S.	
04:30	110x80		92%			110	DATA 21/10/18		
							Tipo de Exame:	HORA:	
							Técnico:		

HISTORIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA EM MID POS ATROPELAMENTO

Hora: 02h - Paciente vítima de atropelamento trazido pelo SAMU c/ fratura de pelve, já diagnosticada c/ escoriações em abdome, mas não relata trauma. Apresenta dor em MID. e em face.

ULTRA

EXAME FISICO (PRIMARIO)

A VAP c/ cervicalgia
B Espregueço MV + simetria x/ PA
C HD estável FC: 100
D ECG: 13
E Escoriações em abdome, fx em MID

DATA 21/10/18 HORA: 01:00
Tipo de Exame: FAST
Técnico: [assinatura]

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome: doloroso
Pelve: instável

RAIOS-X

Realizado em: 21/10/18
Técnico:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS, Impresso em 21 de Outubro de 2018.

RAIOS-X

Realizado em: 21/10/18 Hora: 00:40

Técnico: Lara e Jackson

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de pelve AP
 Rx coxa D e E AP e perfil
 Rx perna D e E AP e perfil
 Rx pé D e E AP e oblíquo

CONDUTA PRIMÁRIA-MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

USG FAST

Rx de torax AP

TC de crânio e cervical

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Ht + tipagem

OUTROS

3:50 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

USG: mínima quantidade
 de líquido em pelve
 após punção

Re não ser punção

1. Digitar 02 Agt. NABO R. notou em hematuria

2. Transf. 02 Agt. 1000 ml CN. Obstrução p/b

3. CH 02 bolus p/b

4. Morte 02 bolus p/b

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

NCR

HORA:

00h/45

DATA:

21/10/18

ESPECIALISTA 2

ORTOP.

HORA:

00h/45

DATA:

21/10/18

ESPECIALISTA 3

BNF

HORA:

00h/45

DATA:

21/10/18

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

OBITO: DATA / / HORA

Nome do paciente <i>Luciano Augusto Antunes</i>			Nº prontuário		
Data operação <i>23/01/2015</i>		Enf		Leito	
Operador <i>Marcos Paulo</i>		1º auxiliar			
2º auxiliar		3º auxiliar		Instrumentador	
Anestesiologista <i>Guah</i>		Tipo de anestesia			
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura do plano do fêmur medial D</i>					
Tipo de operação <i>Trat. cir. fix. externo D.</i>					
Diagnóstico pós-operatório					
Relatório imediato do patologista					
Exame radiológico no ato <i>Sim</i>					
Acidente durante a operação					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) *Incisão longitudinal curvada*
- 2) *avulsão lateral*
- 3) *abertura da apófise clavicul*
- 4) *da fratura*
- 5) *redução + fixação*
- 6) *fechamento do plano*
- 7) *curativo*

Pedro Ferreira de Melo Filho
 Ortopedista - CRM 1308
 TEOT 1327

1	CIRURGIAS MULTIPLES
1	(0415010012)
1	POLITRAUMATIZADO
1	(0415030013)
1	PROC. CLÍNICO
1	PROC. CIRÚRGICO
1	0405050537
1	CBO. 225225
1	CBO. 225270
1	DIAS
1	ICD 582

CONFERE COM ORIGINAL

DATA: *23/01/2015*

ASSINATURA: *[assinatura]*

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																																																																																																																																																																								
Nome					Idade	Sexo	Cor																																																																																																																																																																																																							
Data 07.11.18	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																																																																																																																																																																																																								
Tipo sanguíneo	Hemáties	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia																																																																																																																																																																																																									
	Urina																																																																																																																																																																																																													
Ap. respiratório					Asma	Bronquite																																																																																																																																																																																																								
Ap. circulatório					Eletrocardiograma																																																																																																																																																																																																									
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																																																																																																																																																																																									
Estado mental			Alergias	Corticoides	Alergia		Hipotensores																																																																																																																																																																																																							
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco																																																																																																																																																																																																							
Anestésias anteriores																																																																																																																																																																																																														
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																																																																																																																																																																																																									
09:20 10:20 11:20 <table border="1"> <tr> <td>Agentes Anestésicos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="16"> Oper. ☐ Anest. ☒ Q Resp. ☐ P Pulso ☒ </td> <td>260</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td>250</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>240</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>230</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>220</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>210</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>190</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>180</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>170</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>160</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>150</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>140</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>130</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								Agentes Anestésicos								Líquidos								Oper. ☐ Anest. ☒ Q Resp. ☐ P Pulso ☒	260							250							240							230							220							210							200							190							180							170							160							150							140							130							120							110							100							90							80							70							60							50							40							30							20							10						
Agentes Anestésicos																																																																																																																																																																																																														
Líquidos																																																																																																																																																																																																														
Oper. ☐ Anest. ☒ Q Resp. ☐ P Pulso ☒	260																																																																																																																																																																																																													
	250																																																																																																																																																																																																													
	240																																																																																																																																																																																																													
	230																																																																																																																																																																																																													
	220																																																																																																																																																																																																													
	210																																																																																																																																																																																																													
	200																																																																																																																																																																																																													
	190																																																																																																																																																																																																													
	180																																																																																																																																																																																																													
	170																																																																																																																																																																																																													
	160																																																																																																																																																																																																													
	150																																																																																																																																																																																																													
	140																																																																																																																																																																																																													
	130																																																																																																																																																																																																													
	120																																																																																																																																																																																																													
	110																																																																																																																																																																																																													
100																																																																																																																																																																																																														
90																																																																																																																																																																																																														
80																																																																																																																																																																																																														
70																																																																																																																																																																																																														
60																																																																																																																																																																																																														
50																																																																																																																																																																																																														
40																																																																																																																																																																																																														
30																																																																																																																																																																																																														
20																																																																																																																																																																																																														
10																																																																																																																																																																																																														
SÍMBOLOS	Monitorização / ventilação prévia / respiração espontânea / pressão arterial, sítio, monitorizado bta, pressão venosa e oxigênio 27 de O₂, saída de ltra clau. ventoso, ígna de R + B.																																																																																																																																																																																																													
ANOTAÇÕES																																																																																																																																																																																																														
POSICÃO	bth																																																																																																																																																																																																													
Agentes	Propofol 15mg + bupivacaína 0.5%																																																																																																																																																																																																													
Técnica	Rogantio																																																																																																																																																																																																													
Operação																																																																																																																																																																																																														
Cirurgiões	Dr. Jinnah Han																																																																																																																																																																																																													
Anestesiistas	Jinnah - Médica Anestesiologista CRM/RN - 7089 CPF: 062.307.854-63																																																																																																																																																																																																													
Observações																																																																																																																																																																																																														
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							Perda sanguínea																																																																																																																																																																																																							



Hospital

Novembro

Nome do paciente		LUCIONE GREGÓRIO ANTUNES		Nº prontuário	
				162.929	
Data operação	30/10/18	Enf.		Leito	
Operador	DR. MARCELO NOBREGA		1º auxiliar	DR. TÁCITO JERÔNIMO	
2º auxiliar	3º auxiliar		Instrumentador		
Anestesista			Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório: FRATURA PLATO TÍBIAL DIREITO					
Tipo de operação: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO					
Diagnóstico pós-operatório					
Relatório imediato do patologista					
Exame radiológico no ato					
Acidente durante a operação					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL.
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA.
3. CAMPOS ESTÉREIS.
4. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.
5. CURATIVO.
6. TALA TUBO D.
7. BOA PERFUSÃO DISTAL.
8. CRO.
9. RX.

Tácio S. Jerônimo
Ortopedista e Traumatologista
CRM - RJ 6638

☐	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
☐	(M15010012)
☐	FOLITRAUMATIZADO
☐	(M15030013)
☐	PROC. CLÍNICO
☒	PROC. CIRÚRGICO
☐	CEB. 225225
☒	CEB. 225270
☐	DIAS
☐	CID 784.1

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 30/10/18

29/10/18

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																																																																																																																																						
Nome					Idade		Sexo	Cor																																																																																																																																																																					
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso		Outros																																																																																																																																																																						
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Urbia																																																																																																																																																																								
	Urina																																																																																																																																																																												
Ap. respiratório					Asma		Bronquite																																																																																																																																																																						
Ap. circulatório					Eletrocardiograma																																																																																																																																																																								
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																																																																																																																																																								
Estado mental			Ataxias	Corticoides	Alergia		Hipotensores																																																																																																																																																																						
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco																																																																																																																																																																						
Anestésias anteriores																																																																																																																																																																													
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td rowspan="2">8</td> <td colspan="40"></td> </tr> <tr> <td colspan="40"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td></td> <td colspan="40"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="40"></td> </tr> </table>									Agentes Anestésicos	8																																																																																	Líquidos																																																																																		
Agentes Anestésicos	8																																																																																																																																																																												
Líquidos																																																																																																																																																																													
Oper. ☐ Anest. ☒ O Resp. ☐ P Pulso ☒		260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10																																																																																																																																																																											
SIMBOLOS																																																																																																																																																																													
E																																																																																																																																																																													
ANOTAÇÕES																																																																																																																																																																													
POSIÇÃO																																																																																																																																																																													
Agentes		CONFERE COM ORIGINAL																																																																																																																																																																											
Técnica		DATA: <u>19/06/11</u>																																																																																																																																																																											
Operação		Assinatura																																																																																																																																																																											
Cirurgiões		19/06/11																																																																																																																																																																											
Anestésistas																																																																																																																																																																													
Observações																																																																																																																																																																													
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																																																																																																																																																													
Perda sanguínea																																																																																																																																																																													



SUS 700502558056850

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARANAMIRIM / RN

MAC João Carlos Cordeiro Antunes 33
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº

NOME: Loureiro Gregório Antunes
IDADE: 30/08/1985 SEXO: M ESTADO CIVIL: Viúvo
NATURALIDADE: Mossoró / RN PROFISSÃO: Do lar PROCEDÊNCIA: Ort
ENDEREÇO: Sítio Macaizinho 91 BAIRRO: Zona Rural
CIDADE: MACAIZINHO DATA: 25/10/2018 HORA: 20:29

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRÁGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

História de tropeçamento,
apresentando fratura luxação do joelho
há ± 5 dias

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 25/10/2018

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura-luxação do joelho

EMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

Terminar Data em 7.05 Dr. Guilherme Palitot
MÉDICO
CRM-RN 8477

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ OBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐
JOANNEZIMMO BARETO Ortopedia e Traumatologia MÉDICO (CRM-RN 8439)		CONFERE COM ORIGINAL DATA: 05/05/2019 CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo) Assinatura



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIAREGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 162829	
DATA 25/10/2018	HORA 20:54	CATEGORIA 1	GH
PACIENTE LUCIONE GREGORIO ANTUNES		DATA DE NASCIMENTO 30/08/1965	
ESTADO CIVIL VIVO		PROFISSÃO	
ENDEREÇO (RUA, Nº) SI MACAUZINHO, 91			
MUNICÍPIO MACAU	BAIRRO ZONA RURAL	UF RN	CEP 59500000
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO LUIZ GREGORIO ANTUNES JOANA CORINGA ANTUNES			
RESPONSÁVEL O MESMO			TELEFONE 994214552
ENDEREÇO O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

09-11-2018

HISTÓRIA CLÍNICA

fratura - ossos do joelho
Apresentando fratura do platô tibial
Internado p/ Trat - cirurgico

CONFERE LUIZ GREGORIO ANTUNES
DATA: 09/11/2018

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

7- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

LUCIONE GREGORIO ANTUNES

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

162 009

7- CARTÃO NACIONAL SUS

700 5025 5805 6859

8- DATA DE NASCIMENTO

30/08/1965

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

LUIZ GREGORIO ANTUNES

12- TELEFONE DE CONTATO

894214552

13- NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SI MACAUZINHO, 91

16- MUNICÍPIO

MACAU

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

58500000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

História de atropelamento
Apresentando fratura do platô tibial e
história de luxação.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesões funcionais

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

Uc + Rx

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura platô tibial

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. cirúrgico e fixação do
platô tibial

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ÓRGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE ORIGINAL
DATA: 10/09/2011

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

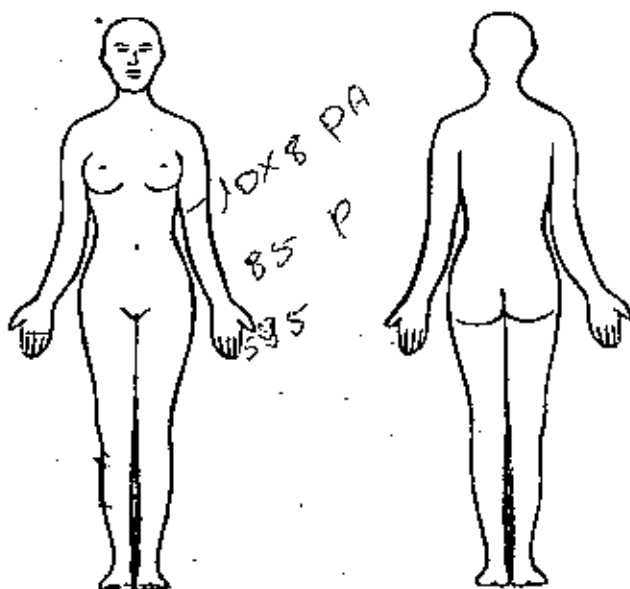
FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Leandro Gregório A. Soares
DATA DE NASCIMENTO: 30/08/1965 IDADE: 53
REGISTRO: 1171.930 HORA: 05:44
DATA DE ADMISSÃO: _____
ADMISSÃO DO PACIENTE: _____
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (X) HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM () NÃO (X) ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: med. e insulina
CIRURGIAS ANTERIORES: med
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (X) NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote: 001035 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab.: 27/08/2018 Val.: 09/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3338-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 001035 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab.: 27/08/2018 Val.: 09/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3338-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 001035 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab.: 27/08/2018 Val.: 09/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO
Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3338-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 001035 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab.: 27/08/2018 Val.: 09/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO
Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3338-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 001035 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab.: 27/08/2018 Val.: 09/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO
Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3338-1910 info@sartori.ind.br

JALECO Nº 20 ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADO: feito
CIRCULANTE: _____
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (X) PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. Felipe
INÍCIO DE ANESTESIA: 05:50
TÉRMINO DE ANESTESIA: _____
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina 2 g Bivolt
HORA: 05:50

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 21/10/2013 Alta: _____
Nome: Homerson Gregório Antunes Naturalidade: Mossoró/RN
Idade: 53 anos Sexo: ☒ Masculino () Feminino Data de Nascimento: 30/08/1965
RG: 003.309869 SSP/RN Estado Civil: Divorçado Nível de Instrução: analfabeto
Filiação: Pai: Roberto Gregório Antunes
Mãe: Leane Balduino Antunes
Endereço: Rua do Macaú, nº 76, Bairro São
Nobres Cidade: Macaú/RN
Telefone: 994861002 Kallan (nora) () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Reside com 1 filho + nora
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool ☒ Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

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

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento ☒ Trazido por familiares ☒ Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios _____
() Encaminhado: Hospital de origem: Macaú/RN

CrITÉRIOS para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Leane Balduino Antunes
Parentesco: filha Telefone: 994861002 / 998364141
Endereço do Responsável: Macau

Evolução

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

5ª de 53 anos, sofreu um abalo emocional que afetou a saúde e o humor inferior direito e teve solicitação de documentação gerada.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Luciano Gregório Antunes Reg. Nº FA 10797/2018

Diagnóstico pré-operatório: Fratura/luxação fechada do joelho (O)

Indicação terapêutica: redução e fixação Urgência (X) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 23/10/18 Início: Término: Duração:

Operador: Dr Hugo Pereira CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: Dr Felipe CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Paciente em ODH, sob requisição
- 2) Anestesia + antibioticoprofilaxia
- 3) Campos estéreis
- 4) Redução fechada da fratura/luxação
- 5) Fixação com 02 fios do Schanz na tíbia e 02 no fêmur (O) + estabilização com 04 bornes transarticulares.
- 6) Observo estabilidade de joelho (O)
- 7) Observo boa perfusão distal e pulsos palpáveis
- 8) Anestesia estéril
- 9) Fim do procedimento.

04.08.05.059-4(3) 3820 391,15)

P143 SEM (O) (O) (O)

Dr. Hugo Pereira da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 6865 / FCO 0531NATAL 19/03/2018
MAT. Nº 5482272
ASSINATURA

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

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



GOV. DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Luciano Gregório Antunes

Leito:

Idade:

NR Registro: FA 30797/2018

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
25/10/18	ORTOPEDIA - OPORTO: Paciente submetido à redução de luxação / fratura do joelho direito + fixação externa transosticular. Sem intercorrências. Fratura do osso epifísico (D), em estabilidade. CD: Afirmação NIR - Transfusão por procedimento cirúrgico definitivo. Dr. Hugo Pereira da Silva Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 6865 / TEOT 15517 CURRÊTA GERAL 21/10/18 Paciente encaminhado pelo internista, vítima de atropela- mento. USG a administração com líquido perivisceral. Fez 12 corr. Ao exame: BCG, corado, hidratado. FC 88 bpm Abdomen discretamente doloroso em baixo ventre. CD: tálito hot no transverso após nove USG (12:00h) USG mostrando líquido livre + de transverso perivisceral + hot aumentou em 1 ponto após transverso. CD: mantido em obs pela CP Giuliana Petri D. de Medeiros MEDICA



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

EXAMES COMPLEMENTARES

NOME _____

LEITO: _____

REGISTRO: _____

IDADE: _____

Grávida 36al#
Paciente evolui estavel e sem queixa a palpacao
abdominal, discreta de a discompenso
co. Soluto USG control e Hemograma

[Signature]
Dr. Ana Cecilia Matias
MEDICA
CRM-RN 9154

NOTA: A ESTA FOLHA DEVEM SER COLOCADO OS DIVERSOS EXAMES COMPLEMENTARES.

O PRIMEIRO RESULTADO DEVE SER COLOCADO NA ÚLTIMA LINHA

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome:

Luciane Gregório Antunes

Leito:

Idade:

Nº Registro:

FIA 10797/2018

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

21/10/18

Hora:

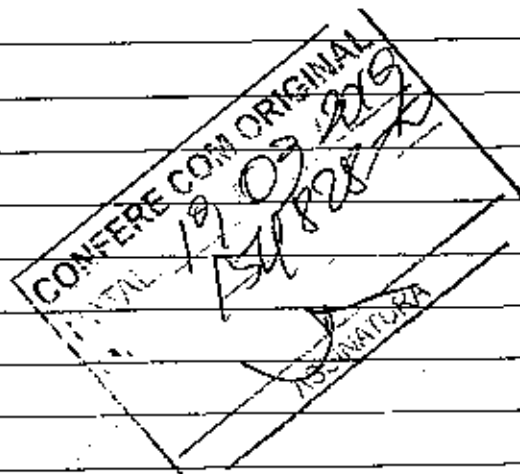
XADT PED 1A #

Paciente com fratura/luxação
fechada do joelho direito.
Fratura do ramo anterior fêmur distal.
EF: Boa perfusão distal.
Pulsos periféricos palpáveis.
Sem distúrbios motor ou sen-
sitivos.

Sem sinais de TUP ou
síndrome compartimental.

CO: Redução imediata +
fixação externa.

Jr. Hugo Pereira da Silva
Ortopedista / Traumatologia
CRM-RN 6865 / TEO 15517



IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL	CNES:	2653923
Unidade Executante:	HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL	CNES:	2653923
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	AV SENADOR SALGADO FILHO - S/N - TIROL	Município Executante	NATAL
Central Reguladora	NATAL		
Data de Solicitação	21.10.2018 - 09:51:57	Operador	91415330468JOANE
Data de Autorização	21/10/2018 - 10:11:18	Operador	62725246334WENDEL
Data de Reserva	26.10.2018		
Data de Internação	21.10.2018	Operador	IVONEGONCALVES
Data Prevista de Alta	26.10.2018		
Data de Alta	24/10/2018 - 14:48:17	Operador	IVONEGONCALVES
Motivo da Alta	3.1 TRANSFERIDO PARA OUTRO ESTABELECIMENTO		

DADOS DO PACIENTE

CNS:	700502558056859	Nome Social/Apelido:	---
Nome do Paciente	LUCIONE GREGÓRIO ANTUNES	Naturalidade:	MOSSORO - RN
Nome da Mãe	JOANA CORINGA ANTUNES	Raça:	PARDA
Sexo:	MASCULINO	Tipo Sanguíneo:	---
Data de Nascimento:	30/08/1965 (53 anos)	Logradouro:	DAS BEGONHAS
Tipo Logradouro:	RUA	Complemento:	
Número:	906	Bairro:	COHAB
País de Residência:	BRASIL	Município de Residência:	MACAU
Telefone(s):	(84) 3521-6669 (Exibir Lista Detalhada)	UF:	RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	80999050753	Nome do Médico Solicitante:	CLAUDIO JOSE POLEY GUZZO	Status da Solicitação:	APROVADA
CPF do Médico Executante:	80999050753	Nome do Médico Executante:	CLAUDIO JOSE POLEY GUZZO		
Diagnóstico Inicial - CID:	S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA				
Caráter	11 - Urgência	Classificação de Risco	Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato		
Clínica:	ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	Clínica Complementar:	Nenhuma		
Procedimento Solicitado:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	Código:	0408050551		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTANDO FRATURA / LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

ANAMNESE+EXAME FÍSICO+ EXAMES COMPLEMENTARES

Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA

PARECER**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

21.10.2018 - 09:51:57

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10797 /2018

Prontuário: 1176930

Paciente: 97951 - LUCIONE GREGORIO ANTUNES

Cartão SUS: 700502558056859

CPF: 48115819468

Dt Nasc: 30/08/1965

Idade: 53 anos 1 mes 22 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: JOANA CORINGA ANTUNES

Nome do pai:

Rua/Av: MACAUZINHO

Nº: 91

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 59500000

Cidade: MACAU

Telefone: 84 994214652 84 994214652

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1019

Responsável: LUCIONE GREGORIO ANTUNES -

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Admissão: 21/10/2018 03:24:52

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA
408050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 21 de Outubro de 2018
154828
19.05.2019
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 21 de Outubro de 2018.

cod 261617644

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Identificação da FIA

Nº FIA: 10797 /2018

Prontuário: 1176930

Paciente: 97951 - LUCIONE GREGORIO ANTUNES
Cartão SUS: 700502558056859 CPF: 48115819468 Dt Nasc: 30/08/1965
Idade: 53 anos 1 mes 22 dias Sexo: M Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome da mãe: JOANA CORINGA ANTUNES
Nome do pai:
Rua/Av: MACAUZINHO Nº: 91
Complemento: Bairro: ZONA RURAL
CEP: 59500000 Cidade: MACAU
Especialidade: ORTOPEDICA Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1019
Telefone: 84 994214652 84 994214652
Responsável: LUCIONE GREGORIO ANTUNES -
Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

transf. 25-10-18

Admissão: 21/10/2018 03:24:52 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Procedimento da Internação: 408050551 - @FIA_DS_SSM@

OBSERVAÇÕES:
*Destinado ao SAME

R6- 003309869

PRONTUÁRIO REVISADO POR:
H. S. L. L. L.
EM 11/04/19

SUSLaudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 3920 / 2018**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **97951 LUCIONE GREGORIO ANTUNES**

Prontuário: _____

CNS: 700502558056859

Nascimento: 30/08/1965 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: JOANA CORINGA ANTUNES

Pai: _____

Endereço: SITIO MACAUZINHO, 91 - ZONA RURAL - MACAU

Fone: 994214652 /

Município: MACAU

Código Municipal IBGE: 240720

UF: RN

CEP: 59500-000

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTANDO FRATURA/LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA*40B050551. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO

Profissional Solicitante / Assistente:

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

Dr Judson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6892 / RN
CBO 31211010

6892 / RN

Data da Solicitação 21/10/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
() Acidente de Trabalho Trajeto

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

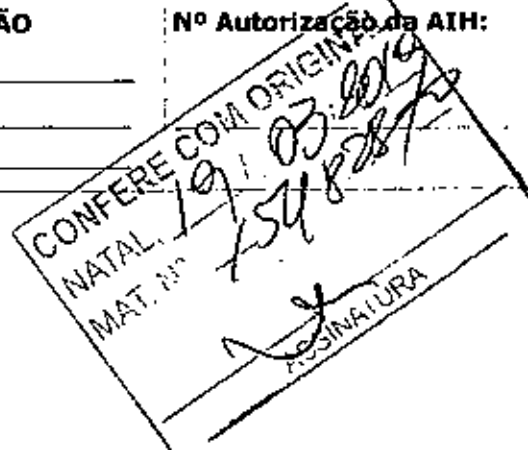
AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH: _____

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Interato
 Paciente vítima de estupro
 unilateral atendido pela cirurgia geral
 sob o cuidado da ortopedia, durante
 internação em Hotel Policlínico e Lar D

EXAME FÍSICO

*Der a palpção do Surto Pêlvica
 Exame em pelvis D + 1/4.*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

*Rx do Bacia AP / Inferior 10x40
 Rx do Joelho D AP / Perfil
 Rx do Cotovelo D AP / Perfil*

LABORATÓRIO
*(Fratura do Râmnor, 2º grau, fútil do hule D
 Sem instabilidade do unil Pêlvico
 Sem lesão posterior)*

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

*At: Ao Centro Cirúrgico
 N° Redução e controle do Râmnor em pelvis D*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr Judson V. Azevedo

Ortopedia e Traumatologia
 CREMER 6882
 TEF 14819

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

Ortopedia

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Dr Judson V. Azevedo
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMER 6882
 TEF 14819

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

DESTACAR

MINNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

0420 PA: 112/82
R. 100

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 19/05/2019
13/8/2019

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Oftos se abrem espontaneamente.	4
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim, marque 4, se não 3.)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
Resposta verbal (RV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, data e hora, e dia e mês)	5
Consciente (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma distorção de conteúdo)	4
Palavras incoerentes (Fala solitária, mas sem coerência)	3
Sons ininteligíveis. (Responde com sons articulados)	2
Ausente.	1
Resposta motora (RM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz o correto simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza dor com o membro.	5
Resposta motora a dor.	4
Postura flexa a dor (Desorientação)	3
Postura extensora a dor (Desorientação)	2
Sem resposta motora.	1
TOTAL	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 04 - grave (necessidade de intervenção imediata)
05 - 6 - moderado
7 - 8 - leve

* Referência: TEASDALE G. JERDET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

* A escala proposta aplica-se à escala de coma de Glasgow e à escala de coma de Glasgow com o membro afetado. A escala de coma de Glasgow com o membro afetado é a escala de coma de Glasgow com o membro afetado.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Mor Perigosa
0	1	2	3	4

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Boa índice de sobrevivência para pacientes de trauma. Referência: Adaptado de Charlson M.R. Bacc W.L. Cepes, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 20(5) 424, 1989.



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA**

Nome: LUCIONE GREGÓRIO ANTUNES

Data: 21/10/2018

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL

Exame realizado em caráter de urgência

- Fígado de dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea e levemente hiperecogênica. Padrão bilio-vascular intra-hepático preservado. Veia porta de calibre normal.
- Vesícula biliar tópica, de dimensões normais, apresentando paredes finas/ regulares e conteúdo anecóico/ habitual.
- Hepatocolédoco de calibre normal.
- Pâncreas de morfologia, contornos, dimensões e ecotextura normais.
- Baço de dimensões normais, contornos regulares e textura sólida/ homogênea.
- Rins tópicos, de dimensões normais, apresentando regiões córtico-medular e seio renal bem definidas.
- Aorta abdominal e veia cava inferior de calibre normal ao ultra-som.
- Bexiga vazia, contendo balão de sonda em seu interior
- Mínima quantidade de líquido livre na pelve, perivesical, com volume estimado em 5 ml.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

- Sinais de infiltração adiposa hepática difusa leve.
- Bexiga vazia, contendo balão de sonda em seu interior.
- Mínima quantidade de líquido livre na pelve perivesical.


Thiago Lamartine Souza Paiva
Médico Radiologista
CRM 5654/RN



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: LUCIONE GREGORIO ANTUNES

Data: 23/10/2018

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME

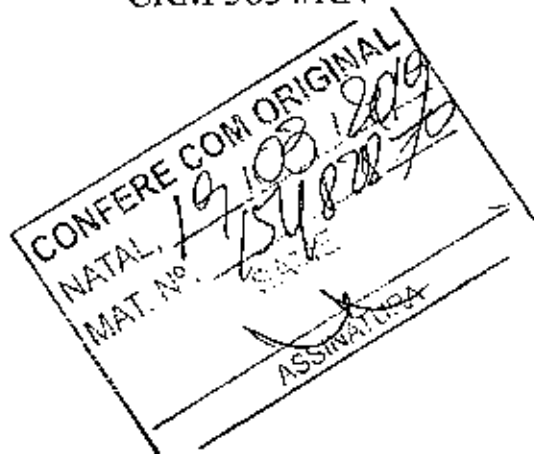
Exame realizado em caráter de urgência – FAST - controle

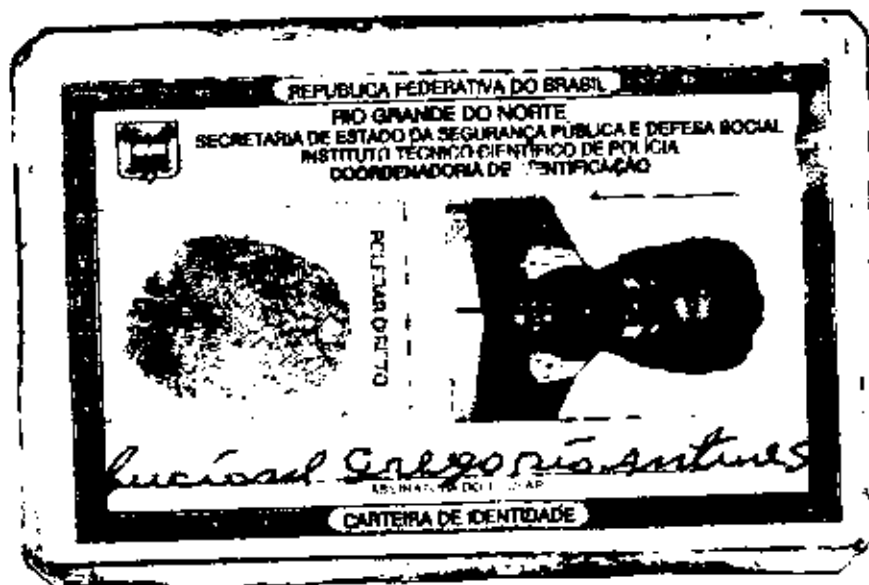
- Fígado, baço e rins sem sinais de alterações parenquimatosas decorrentes de trauma.
- Bexiga com repleção adequada, de paredes regulares e conteúdo habitual. Balão de sonda em seu interior.
- Ausência de líquido livre na cavidade abdominal.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

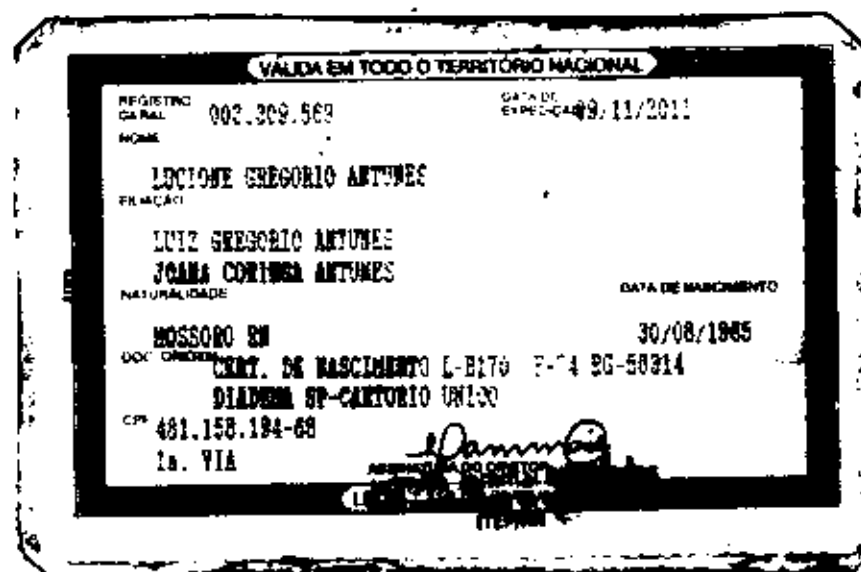
- Bexiga com balão de sonda em seu interior.
- Ausência de líquido livre na cavidade abdominal.


Thiago Lamartine Souza Paiva
Médico Radiologista
CRM 5654/RN





Documentos de identificacao



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198497/19

Vítima: LUCIONE GREGORIO ANTUNES

CPF: 481.158.194-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2018

Titular do CPF: LUCIONE GREGORIO
ANTUNES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



LUCIONE GREGORIO ANTUNES : 481.158.194-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: LUCIONE GREGORIO ANTUNES
CPF: 481.158.194-68

LUCIONE GREGORIO ANTUNES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375156 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIONE GREGORIO ANTUNES **Data do acidente:** 20/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 5,7,16.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198497/19

Vítima: LUCIONE GREGORIO ANTUNES

CPF: 481.158.194-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2018

Titular do CPF: LUCIONE GREGORIO
ANTUNES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LUCIONE GREGORIO ANTUNES : 481.158.194-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: LUCIONE GREGORIO ANTUNES
CPF: 481.158.194-68

LUCIONE GREGORIO ANTUNES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa