



Número: **0812977-49.2019.8.20.5124**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Parnamirim**

Última distribuição : **12/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.749,56**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIONE GREGORIO ANTUNES (AUTOR)		ROZICLEIDE GOMES DE PONTES (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57075873	25/06/2020 15:53	2728983_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14580099

Pag. 01785/01786 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00029/00030 - carta_15R - INVALIDEZ

00030015





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 481.158.194.68 Nome completo da vítima: LUCIONE GREGÓRIO ANTUNES

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

Nome completo: LUCIONE GREGÓRIO ANTUNES CPF: 481.158.194.68

Profissão: PESCADOR Endereço: RUA RAIMUNDO B. CAVALCANTI Número: 266 Complemento: _____

Bairro: MONTÊ CASTELO Cidade: PARANAMIRIM Estado: RN CEP: 59.146.275

E-mail: FABY.70.ANTUNES@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (84) 99461.3806

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

RENTA MENSAL:

☐ RECLUSO 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)

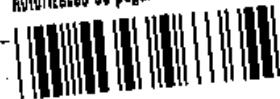
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2085 9 CONTA: 62594 9

AGÊNCIA: at.les.ban.

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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascit)? ☐ 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 da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º 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.

FPS.001 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): 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 POUPANCA
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: NAO IDENTIFICADO		Fone:
Filiação:		
Naturalidade:	Nacionalidade: BRAS.	
Nascido em:	Idade: ANOS	RG:
Endereço: RUA		
Estado Civil:	Profissão:	Boletim de ocorrencia

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

João Wilson Dantas da Silva
Servidor e Matrícula

João 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



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321



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 GREGORIO ANJUNES, portador da carteira de identidade nº 003300869 e inscrito no CPF/MF sob o nº 481358394-68, residente e domiciliado na RUA RAFAEL B CAVALCANTE 256 MONTE CASTELO, Cidade PARANAGUA, Estado PR, 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.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Paranaguá, 30/05/19

Local e data





DADOS DO CLIENTE
 JULIANO GREGORIO ALMEIDA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA RAFAELINO B. CAVALCANTI 765

CPF 202 706 074-UM

CLASSIFICATION
E1 RESIDENTIAL
RESIDENTIAL

MONTE CASTEL GARA ALIANA
PARADISE
08149-275

023087648	CRCA	280407018
TW93539340	MOUTELMONT	280407018
280407018	STROUD3441	1152507

08/47237010 04/2018
08/05/2018 28/05/2018
202.95

Consumo Agua (m³/m²)
 Contable: Ictm. Pú. B. Municipal
 Puntos por acceso: +F 000440091 - 2640218
 Juros por acceso: +F 020440091 - 2640218
 Equivalente a: +F 020440091 - 2640218

QUANTITY	PRICE (USD)	VALUE (USD)
271.000000	0.8595730	232.73
		19.71
		3.26
		1.15
		1.06

Comprobante de residencia

TOTAL DA FATURA						202.85	
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TÉO DA FURÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DO OMS	CONSTANTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
0000000001	CAT	24.01.2018	43.000,00	24.04.2018	12.052,00	28	1.0000
							271,85

REPORT OF THE COMMISSIONER OF THE GENERAL LAND OFFICE

STATE OF NEW YORK

REPORT OF THE COMMISSIONER OF THE GENERAL LAND OFFICE

FOR THE YEAR 1890

CONTENTS

CHAPTER	PAGES
CHAPTER I. GENERAL STATE OF THE LANDS OF THE STATE.	1
CHAPTER II. LANDS BELONGING TO THE STATE.	10
CHAPTER III. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL COUNTIES.	100
CHAPTER IV. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL TOWNS.	100
CHAPTER V. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL VILLAGES.	100
CHAPTER VI. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL CITIES.	100
CHAPTER VII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL TOWNSHIPS.	100
CHAPTER VIII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER IX. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER X. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XI. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XIII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XIV. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XV. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XVI. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XVII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XVIII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XIX. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XX. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXI. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXIII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXIV. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXV. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXVI. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXVII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXVIII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXIX. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXX. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXXI. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXXII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXXIII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXXIV. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXXV. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXXVI. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXXVII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXXVIII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XXXIX. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XL. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XLI. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XLII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XLIII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XLIV. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XLV. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XLVI. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XLVII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XLVIII. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER XLIX. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100
CHAPTER L. LANDS BELONGING TO THE SEVERAL PARISHES.	100

INDICAÇÕES IMPORTANTES

Este guia contém informações sobre o funcionamento do sistema de transporte público da cidade de São Paulo. Para obter mais detalhes, consulte o site www.sptrans.com.br ou ligue para o 0800-011-0000.

Este guia contém informações sobre o funcionamento do sistema de transporte público da cidade de São Paulo. Para obter mais detalhes, consulte o site www.sptrans.com.br ou ligue para o 0800-011-0000.

Este guia contém informações sobre o funcionamento do sistema de transporte público da cidade de São Paulo. Para obter mais detalhes, consulte o site www.sptrans.com.br ou ligue para o 0800-011-0000.

—¿TENDRÁS CHERNÓBYL EN CUENTA CUO VOCE PUEDE CONTAR EN ABERTO?

INVESTIGACIONES DE LOS ELEMENTOS CARBONILADOS

Unidad	Unidad	Unidad	Unidad
Unidad	Unidad	Unidad	Unidad

Este programa de M&D está dividido en dos partes principales: la M&D, o investigación y desarrollo, y la innovación. La innovación es el proceso de transformar los resultados de la investigación y desarrollo en productos o servicios nuevos. La innovación puede ser de producto, de proceso, de organización o de mercado. La innovación es un proceso continuo que requiere una inversión constante en recursos humanos, financieros y tecnológicos. La innovación es una de las principales fuentes de crecimiento y competitividad para las empresas y los países. La innovación puede ser impulsada por la necesidad, por la curiosidad o por la oportunidad. La innovación puede ser realizada por individuos, por equipos o por organizaciones. La innovación puede ser protegida por patentes, por derechos de autor o por secretos comerciales. La innovación puede ser comercializada a través de licencias, de franquicias o de venta directa. La innovación puede ser evaluada en términos de su impacto económico, social y ambiental. La innovación puede ser promovida por políticas gubernamentales, por organismos de financiación o por asociaciones empresariales. La innovación puede ser un desafío para las empresas y los países, pero también puede ser una gran oportunidad para el progreso y el bienestar.

RESEARCH PROJECT	NO. OF RESEARCH PROJECTS	LEADS RECEIVED	LEADS TIMELY	LEADS ADDED
ENC	0.00	0.00	10.00	30.00
ENC	0.00	0.00	0.00	12.00
ENC	0.00	0.00	0.00	0.00

8. und 9. EPK 12.37
 PLGD = Maß = ein Prozentsatz des Umsatzes, Steuersatz der Körperschaft des = 15% (2010)

THE 17th Annual Conference on the 20th of
January will be held at the University of
Oxford, England. It is a chance for the
European people to discuss the
state of the world and the
possibilities for a new
order. The conference will be
held at the University of
Oxford, England. It is a
chance for the European
people to discuss the
state of the world and the
possibilities for a new
order. The conference will
be held at the University of
Oxford, England. It is a
chance for the European
people to discuss the
state of the world and the
possibilities for a new
order.

ANO (AL. IV)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	1980-81	1982-83
720	207	291

ORDEN CONTRATO: 0647237010 MES/ANO: 04/2018 DATA DE VENCIMENTO: 06/05/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 202,80



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

Nome do Paciente:

LUCIAN GRIGORIO ANTONIO

Documentação médica - hospitalar



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: PACT VITIMA DE ATROPELAMENTO. PACT ENCONTRASSE AO SOLO, RESPIRANDO, RESPONDE A PERGUNTAS, POREM NAO CONSEGUE SE MEXER. NAO SABEM EXPLICAR AS SOLICITANTES, SOBRE A GRAVIDADE DO PACT, E O IMPACTO DO ACIDENTE ACIONO 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:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
20/10/2018	20/10/2018	20/10/2018	20/10/2018	20/10/2018
19:23:54	19:36:32	19:40:15	19:41:13	19:48:00
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberção Destino:	Liberção VTR:	
20/10/2018	20/10/2018	20/10/2018	20/10/2018	
20:15:00	22:28:00	23:04:40	23:04:41	



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 25/06/2020 15:53:39

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062515533879600000054850381

Número do documento: 20062515533879600000054850381

Observação do Apoio:

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:

Carga receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54596 /2018

Admissão: 21/10/2018 00:23:21

CIRURGIA GERAL - AMARELO

T2

Paciente: 97951 - LUCIONE GREGORIO ANTUNES (53 a 1 m 22 d)

Nascimento: 30/08/1965 Natural: MOSSORO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700502558056859

CPF: 48115819468

Prof:

Mãe: JOANA CORINGA ANTUNES

Pai:

Logradouro: MACAUZINHO, 91

CEP: 59500000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MACAÚ

Telefone: 84 994214652

Compl:

RAIOS-X

Motivo: CARRO X PEDRESTRE

Tipo: REFERENCIAL

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Realizado em: 21/10/18 Hora: 01:00
Técnico: [assinatura]

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		
04:30	110x80		93%			110	DATA 21/10/18		
							Tipo de Exame:		
							Técnico:		

HISTÓRIA - 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/ escorregões em abdome, mas não relata trauma. Apresenta dores em MID. e em face.

ULTRA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	VAP c/ cervicalgia	DATA 21/10/18	HORA: 01:00
B	Emprego MV + simetria x/ PA	Tipo de Exame: FAST	
C	AD estável FC: 100	Técnico: [assinatura]	
D	ECG: 23		
E	Escorregões em abdome, frax em MID		

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome: doloroso
Pelve: instável
CONFERE COM OFICIAL
NATAL 49/10/18
MAT Nº 37
RAIOS-X
Realizado em: 21/10/18 Hora: 01:00
Técnico: [assinatura]

*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: 01:00

Medico: [assinatura]



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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

3:50

USG: urina: quantidade
 de líquido em pelve
 repa. pericervical

Rx de torax sem pneumonia
 no pulmão em ventral

1. Dispositivo 07 Agt. APB 10.000 ml
 2. Transf. 07 Agt. 10.000 ml
 3. CF 99 X 10.000 ml
 4. CH 02 bolus 10.000 ml
 5. Morno 02 bolus 10.000 ml

CP: Obstrução plb
 Cx frágil

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 MEDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

O: DATA / / HORA





Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente: Luciana, Drogosie Antunes			
Data operação: 25/06/2020		Leito	
Operador: Marellis / Pedro		1º auxiliar	
2º auxiliar		3º auxiliar	
Anestesiologista: Guilherme		Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório: Fratura do plavista tibial medial D			
Tipo de operação: Trat. cir. fix. joelho D.			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato: Sim			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica, ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras
1) Incisão longitudinal curvada cintura lateral
2) Abertura da aponeurose clavicula da patela
3) Redução + fixação
4) fechamento da pele
5) Curativo

Pedro Ferreira de Melo Filho
Ortopedista - CRM 1308
TEO 1327

CIQUIRGIAS MULTIDISCIPLINARES
(0415010012)
POLITRAUMATIZADO
(0415030013)
PROC. CLINICO
PROC. CIRURGICO
0408050537
CBO. 225225
CBO. 225270
DIAS
CID 58.1

CONFERE COM ORIGINAL



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 20:20 11:20													
Agentes Anestésicos													
Líquidos		Rlow											
Oper													
Anest.													
O Resp.													
P Pulso													
SÍMBOLOS		Monitorização / ventilação prévia / requisição de Paciente nado, todo, realizado 6-14, prep. redonda 4 gusba 27 de Duro, saída de sua casa, vontade, joga de A + B.											
ANOTAÇÕES													
POSIÇÃO		bpm											
Agentes		Bupivacaína 15mg + bupivacaína 60mg											
Técnica		Rogner 60											
Operação													
Cirurgiões		Dr. Jinnah Hau											
Anestesiistas		Jinnah - Médica Anestesiologista CRM/RN - 7059 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 NÓBREGA			1º auxiliar	DR. TÁCITO JERÔNIMO		
2º auxiliar		3º auxiliar		Instrumentador	TÁCITO S. Jerônimo		
Anestesista				Tipo de anestesia	Ortopedia e Traumatologia		
Diagnóstico pré-operatório	FRATURA PLATO TIBIAL 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 ANTISSEPSIA.
3. CAMPOS ESTÉREIS.
4. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.
5. CURATIVO.
6. TALA TUBO D.
7. BOA PERFUSÃO DISTAL.
8. CRO.
9. RX.

TÁCITO S. Jerônimo
Ortopedia e Traumatologia
CRM - RJ 5688

☐	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
☐	(M15010012)
☐	POLITRAUMATIZADO
☐	(M15030013)
☐	PROC. CLÍNICO
☒	PROC. CIRÚRGICO
☒	0408060380
☐	REBO 225225
☒	REBO 225270
☐	DIAS
☐	ICID 784.1

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 10/11/18

DRCW



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria		Lote		Nº prontuário																																																																																																																	
Nome						Idade		Sexo		Cor																																																																																																															
Data		Pressão arterial		Pulso		Respiração		Temperatura		Peso																																																																																																															
Tipo sanguíneo		Hemátias		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Urôlia																																																																																																															
		Urina																																																																																																																							
Ap. respiratório						Asma		Bronquite																																																																																																																	
Ap. circulatório						Eletrocardiograma																																																																																																																			
Ap. digestivo				Dentes		Pescoço		Ap. urinário																																																																																																																	
Estado mental				Ataraxicos		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">b</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td rowspan="2"></td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Oper.</td> <td rowspan="2">O</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anest.</td> <td rowspan="2">X</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td rowspan="2">O Resp.</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> </table>												Agentes anestésicos	b																					Líquidos																						Oper.	O																					Anest.	X																					P Pulso	O Resp.																				
Agentes anestésicos	b																																																																																																																								
Líquidos																																																																																																																									
Oper.	O																																																																																																																								
Anest.	X																																																																																																																								
P Pulso	O Resp.																																																																																																																								
SIMBOLOS																																																																																																																									
E																																																																																																																									
ANOTAÇÕES																																																																																																																									
POSIÇÃO																																																																																																																									
Agentes						CONFERE COM ORIGINAL																																																																																																																			
Técnica						DATA: 25/06/2020																																																																																																																			
Operação						Assinatura																																																																																																																			
Cirurgiões						198607																																																																																																																			
Anestesiistas																																																																																																																									
Observações																																																																																																																									
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																																																																																																									
Perda sanguínea																																																																																																																									





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

Nome: João Carlos Cordeiro Antunes Nº 33
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Laurence Gregório Antunes
IDADE: 30/08/1985 SEXO: M ESTADO CIVIL: Viúvo
NATURALIDADE: MOSSORÓ - RN PROFISSÃO: Do lar PROCEDÊNCIA: Out
ENDEREÇO: SITIO MACAIZINHO 91 BAIRRO: ZONA RURAL
CIDADE: MACAÍ 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

ESCORE 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 A
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 A



EMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

Receber 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 ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE _____ A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐
JOANNE DINHO BARRETO Ortopedia e Traumatologia MÉDICO (CRM 55) 8477		CONFERE COM ORIGINAL DATA: <i>07/05</i> CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 162828	
DATA 25/10/2018	HORA 20:54	CATEGORIA	GMH
PACIENTE LUCIONE GREGORIO ANTUNES		DATA DE NASCIMENTO 30/08/1965	
ESTADO CIVIL VIUVO	PROFISSÃO		
ENDEREÇO (RUA, Nº) SI MACAUZINHO, 81			
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 - Luxação do joelho A
Apresentando fratura da patela
Inferido p/ fratura - cirurgia

[Assinatura]
LACONV

CONFERE LUGAR ORIGINAL
DATA: 11/11/2018





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
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 162 029	
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, 51			
16- MUNICÍPIO MACAU	17- BAIRRO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59500000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS História de tropeço Apresentando fratura do péto-fibular da extremidade de esquerda.			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Limitação funcional			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rx = +			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura péto-fibular	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Int. cirúrgica de fixação do péto-fibular		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO 2º 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- CBOE
38- () AC. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		CONFERE ORIGINAL DATA: 25/06/2020 1980W
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



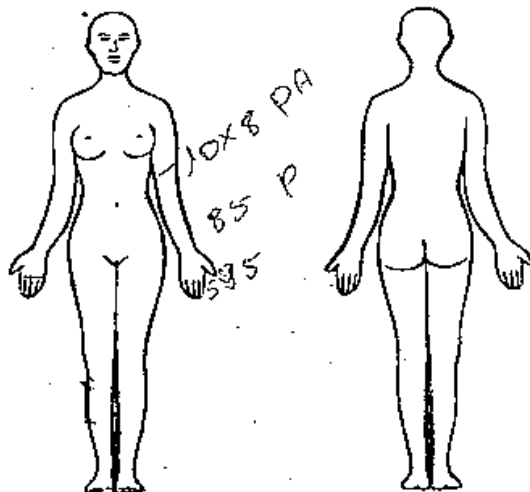


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Leopoldo Gregório A. Nunes
DATA DE NASCIMENTO: 30/08/1965 IDADE: 53
REGISTRO: 1174.930
DATA DE ADMISSÃO: _____ HORA: 05:45
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Onco-pedra
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: Insulina e hormônios
CIRURGIAS ANTERIORES: Ins
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: 12/08/2018 Val: 08/2023
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 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 001035 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab: 12/08/2018 Val: 08/2023
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 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 001035 Código: F08 2 109
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab: 12/08/2018 Val: 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Lote: 001035 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab: 12/08/2018 Val: 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

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 2x 1g
HORA: 05:55

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INICIO DE CIRURGIA: 06h

CIRURGIÃO: Dr. Hugo

1º AUXILIAR: -

2º AUXILIAR: -

3º AUXILIAR: -

TIPO DE CIRURGIA: Redução fixação externa na perna direita

TÉRMINO DE CIRURGIA: -

SONDAGEM VESICAL: SIM (x) NÃO ()

Nº DA SONDA: 18

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA: -

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO ()

RX: -

SIM (x) NÃO ()

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM (x) NÃO ()

NÃO ()

TIPO: -

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO ()

NÃO ()

TIPO: -

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO ()

NÃO ()

FEITO FICHA: SIM () NÃO ()

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x)

NÃO (x)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM () NÃO ()

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()

NÃO ()

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)

NÃO (x)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO ()

NÃO ()

QUANTIDADE: 20

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO ()

NÃO ()

QUANTIDADE: 30

CAIXA CIRÚRGICA: Base

COMPLETA: SIM (x) NÃO ()

NÃO ()

OBS: -

ÓBITO: SIM () NÃO ()

NÃO ()

HORA: -

REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP: -

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()

UTI ()

ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO ()

NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO (x)

NÃO (x)

PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()

NÃO ()

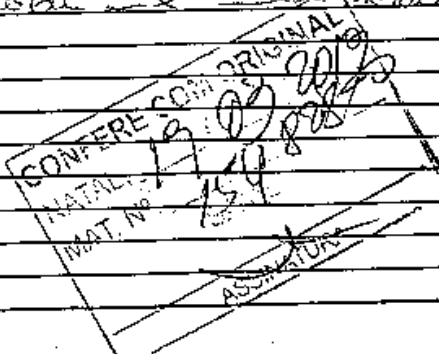
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM () NÃO ()

NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitida no Sal. Cirurgias por
cirurgia de Hugo para Sub-Redução + fixação
monostoma por via auxiliar no membro
direito. Cirurgia realizada com sucesso.
Cirurgia realizada com sucesso. -
por equipe multidisciplinar com a participação
orientada por Anestesiologia - x



Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





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: 21/10/2015 Alta: _____
Nome: Homelone Gregório Antunes Naturalidade: Mossoró/RN
Idade: 53 anos Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 30/08/1965
RG: 003.30986955/RN Estado Civil: Divorçado Nível de Instrução: Analfabeto
Filiação: Pai: Valter Gregório Antunes
Mãe: Yara de Araújo Antunes
Endereço: Parusado Macaúzenho nº 92 Bairro Gal-
nópolis Cidade: Macaú/RN
Telefone: 994864002 Kallam (Nota) ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Reside com 1 filho + novo
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
Intimação 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

Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? ☐ Não ☐ Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Física ☐ Mental
Responsável pelo paciente: Reinaldo Barbosa Antunes
Parentesco: filho Telefone: 99921-4559 / 99336 4141
Endereço do Responsável: Macau

Evolução

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

8ª de 53 anos, suf. em acompanhamento que alm-
ou a beber e número inferior direitos e
pelo. Solicitada a verificação de documentação
Geral de Saúde

Saída

óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

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





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

Luciane Gregório Antunes

Leito:

Idade:

Nº Registro: FA 30797/2018

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
25/10/18	ORTOPEDIA
	- OPERADO:
	Paciente submetido à
	redução de luxação/fatura
	do joelho direito + fixação
	externa transarticular.
	Sem intercorrências. Fratura
	distal, isolada (D), em estabilidade.
	CD: Afirmação NIR - Transfusão
	por procedimento cirúrgico
	definitivo.
	Dr. Hugo Pereira da Silva
	Ortopedia/Traumatologia
	CRM-RN 6865 / TEOT 15517
	CIRURGIÁ GERAL
21/10/18	Paciente operado pela ortopedia, vítima de atropelamento. Usa a administração com líquidos perivascular. Fez 12 conc. Ab exame: BGE, corado, hidratado. FC 88 bpm. Abdomem discretamente doloroso em baixo ventre.
	CD: Solicito het na transfusão
	solicitado hoje use
	Gislianna Pereira de Medeiros
	CRM-RN 6865
	(12:00h) USG mostramos líquidos livres na cavidade perivascular + het aumentou em 1 ponto após transfusão.
	CD: Mantida em obs pela CG
	Gislianna Pereira de Medeiros
	CRM-RN 6865

Aviso: O presente, no âmbito hospitalar, está sujeito à análise para adequação em termos de emergência, de acordo com as melhores práticas clínicas e comitê para o ensino e a pesquisa em saúde a fim de garantir a segurança e a qualidade.

em tempo



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 25/06/2020 15:53:39

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062515533879600000054850381>

Número do documento: 20062515533879600000054850381

Num. 57075873 - Pág. 29

(10:20h)

➤ CÍRURGIA GERAL ➤

Paciente refere dor em abdome inferior à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal ao exame.

Pulso: amplitude FC 77

• Murmure e ruídos normais, auscultando disto.
cd: saídas normais hematócritos - normal

Giuliana Petro D. de Menezes
MÉDICA
Cirurgiã Geral

+ Dr. Marcin

23.10.2018 ➤ Cirurgia Geral

Paciente segue estável, eufórico em O2 ambiente,
sem queixa de discreta dor abdominal e intensa
em membro inferior

Abdome plano, flácido RHA+, sem sinais de
peritonite

HT 24%. USG com líquido livre na cavidade

➤ Suspendo requisições de TC

Ata da Cirurgia Geral

Dr. Marcin
Cirurgião Geral
CRM 1818



**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: _____

Flamengo Glauco
Paciente adulto, masculino, sem queixa à admissão
abdominal, dor de cabeça e náuseas
ca. Soluto USG controle e Hematúria

Dr. Ana Cecília 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 ADMISSÃOIS

Data:

21/10/18

Hora:

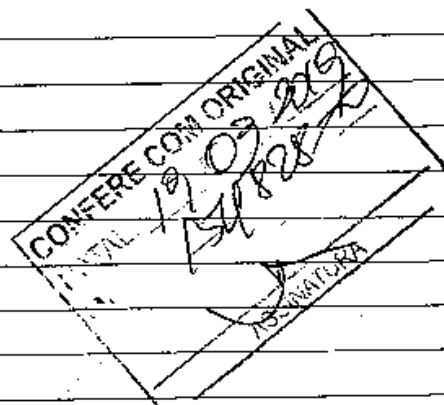
10:00 PM

Paciente com fratura/luxação
fechada do joelho direito.
Fratura do ramo anterior (pubis) - ortopedico
EF: Bica. Perfuração distal.
Pulsos Periféricos Palpáveis.
Sem déficit motor ou sen-
sitivos.

Sem sinais de TUP ou
síndrome compartimental.

CO: Redução imediata +
fixação externa.

Dr. Hugo Pereira da Silva
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RN 68654-TESTE 15517



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



Código Solicitação: 261617644

Número AIH: 241810091623-1

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

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

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apelido:
700502558056859	---
Nome do Paciente	Naturalidade:
LUCIONE GREGORIO ANTUNES	MOSSORO - RN
Nome da Mãe	Raça:
JOANA CORINGA ANTUNES	PARDA
Sexo:	Tipo Sanguíneo:
MASCULINO	---
Data de Nascimento:	Logradouro:
30/08/1965 (53 anos)	DAS SEGONHAS
Tipo Logradouro:	Complemento:
RUA	
Número:	Bairro:
906	COHAB
País de Residência:	Município de Residência:
BRASIL	MACAU
Telefone(s):	CEP:
(84) 3521-6669 (Exibir Lista Detalhada)	59500-000
	UF:
	RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

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

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

Data da Extração dos Dados: 29/10/2018 11:21:47



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
19.03.2019
15482877
NATAL
MACAU
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 21 de Outubro de 2018.



0001 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

Complemento:

Nº: 91

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 59500000

Cidade: MACAU

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1019

Especialidade: ORTOPEDICA

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. L. L. L.
EM 11/04/19

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



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

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 97951 LUCIONE GREGORIO ANTUNES

Prontuário:

CNS: 700502558056859

Nascimento: 30/08/1965 Sexo: Masculino

Cor: PARDAS

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:

ACIDENTE 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*408050551. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO

Profissional Solicitante / Assistente:

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

Dr. Judson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18319
CONSEME 6892

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

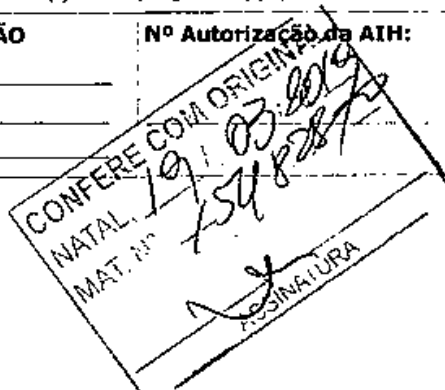
AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HIPERTENSÃO E PEÇA UM DESPACHADOR 3 - AVALIE RESPIRAÇÃO VER (VUVR, SENTIR) 4 - SE APNÉIA, ABOLUQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÃO VALVULA MÁSCULA) 5 - ANALE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL SUBGLOTEAL EM CASO DE APNÉIA 6 - SE NÃO RESPONDER, ABOLUQUE 300 7 - RITMO CHOCÁVEL, APPLIQUE 1 CHOCQUE 300 (200) P/ DEB. BIFÁSICO 8 - SE NÃO RESPONDER, ABOLUQUE 300 9 - RITMO CHOCÁVEL, APPLIQUE 1 CHOCQUE 300 (200) P/ DEB. BIFÁSICO 10 - SE NÃO RESPONDER, ABOLUQUE 300 11 - AVALIE O RITMO A CADA 3 CICLOS 12 - FAÇA RCP QUANDO A EQUIPE DE DUTR AVANÇADA ASSUMIR, DO CASO A VÍTIMA SE MELHORA 13 - CECIDUE A EM POS.

CASO O ESPALCO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRONHOS DO HOSPITAL, REQUERENDO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO D EOL 2011

MENTO ESPECIALIZADO 1

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

04-20 3A= 112/82
P. 100

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 19/03/2019
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 desparpar de uma pessoa adormecida, se assim, marque 4, se não 3.)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
Motor resposta verbal (MRV)	
Orientação (Resposta verbalmente e comportamentalmente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, mês e ano, e data e hora)	5
Consciência (Responde às perguntas verbalmente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Reflexos (Responde às perguntas verbalmente, mas sem traços de consciência)	3
Sem resposta verbal (Responde às perguntas verbalmente, mas sem traços de consciência)	2
Sem resposta verbal (Responde às perguntas verbalmente, mas sem traços de consciência)	1
Motor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordem verbal. (Não confundir com o desparpar de uma pessoa adormecida)	6
Localiza e resiste ao estímulo	5
Resiste localmente a dor	4
Resiste localmente a dor (Desorientação)	3
Resiste localmente a dor (Desorientação)	2
Resiste localmente a dor (Desorientação)	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RT"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 3-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4 >20 = 3 6-9 = 2 1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120 = 4 76-89 = 3 60-59 = 2 1-59 = 1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 08 - grave (necessidade de intervenção imediata)
09 - 12 - moderado
13 - 15 - leve

Referência: TEASDALE G, JEROME R. A approach of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:1031-34

A escala de coma de Glasgow é utilizada para avaliar o nível de consciência do paciente com trauma craniano. A pontuação máxima é de 15 pontos.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Per Fatal
0	1	2	3	4

*Escala de Trauma Revisada (RT): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma traço. Referência: Adaptado de Champion HL, Sacco WJ, Copes, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 2011; 72: 4, 1999.





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

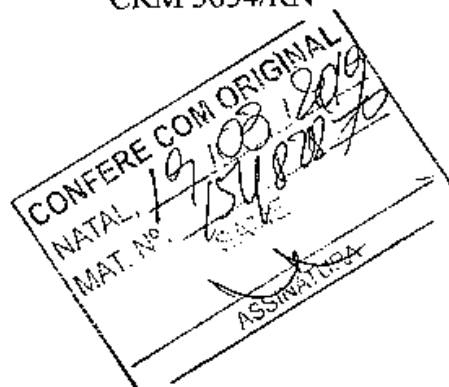
Exame realizado em caráter de urgência – FAST - controle

- 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

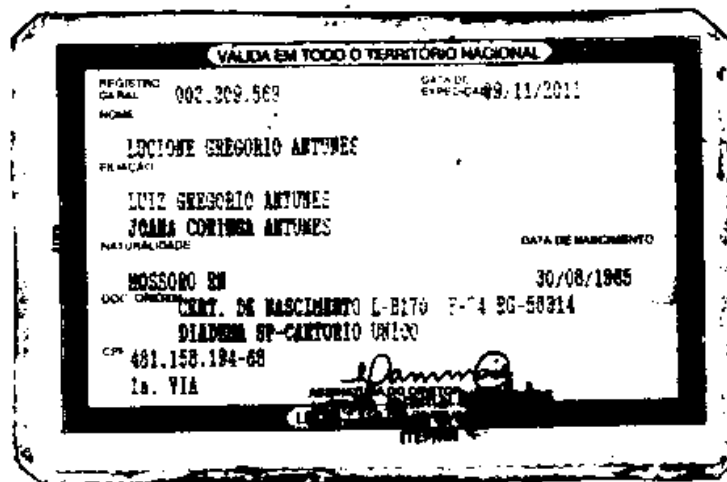
- Bexiga com balão de sonda em seu interior.
- Ausência de líquido livre na cavidade abdominal.


Thiago Lamartine Souza Paiva
Médico Radiologista
CRM 5654/RN





Documentos de identificação



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
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2018
CPF de: Próprio
Titular do CPF: LUCIONE GREGORIO ANTUNES

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 cancela 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUCIONE GREGORIO ANTUNES

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIONE GREGORIO ANTUNES

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

