

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00336-0

CONTA: 000000050075-5

---

Nr. da Autenticação 7B57AF3F4F9AE147

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200283980 **Cidade:** Lagarto **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA **Data do acidente:** 22/03/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO. ALTA.  
P 2/3/4/22/36/37\*/55/

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** IMAGEM P 56/57 SEM IDENTIFICAÇÃO.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283980

Vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data do Acidente: 22/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LAERTE PEREIRA FONSECA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000336-0

Conta: 0000050075-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 013.388.435-08 4 - Nome completo da vítima: Reginaldo Pereira da Silveira

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

5 - Nome completo: Reginaldo Pereira da Silveira 6 - CPF: 013.388.435-08  
7 - Profissão: Ladrão 8 - Endereço: Estrada de Louro 9 - Número: 345 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Lagarto 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49400-000  
15 - E-mail: laerta.laertsonsele.ade.br 16 - Tel (DDD): (79) 99955-2089

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0236 0 CONTA: 50075 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Lagarto, 05/04 de agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
SUPERINTENDÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - ARACAJU - SE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050549/2020

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2020 20:07:53 Data/Hora Fim: 11/07/2020 20:07:53  
Origem: Pessoa Física - Particular Nº do Documento: 132076 Data: 10/07/2020  
Delegado de Polícia: Nalile Bispo de Castro

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Regional de Lagarto - Aisp

Data/Hora do Fato: 22/03/2020 17:30 (Hora Aproximada)

## Local do Fato

Município: Lagarto (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: TREVO LAGARTO/ITABAIANA

CEP: 49.400-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

## ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 19/10/1982	Idade: 37
Profissão: Agricultor		Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Lagarto	
Nome da Mãe: Maurina Pereira da Silveira		Nome do Pai: Jose da Silveira	

## Documento(s)

CPF: 013.388.435-08

## Endereço

Município: Lagarto - SE

Logradouro: TRAVESSA SÍTIO DE LOURO

Bairro: HORTA

CEP: 49.400-000

Email: reginaldogerente1@gmail.com

Telefone: (79) 99804-8323 (79) 99886-3056

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

## RELATO/HISTÓRICO

"Relata que na tarde do dia 22/03/2020 por volta das 17:30h, estava na garupa de uma motocicleta (honda/nxr160 bros ssd, cor branca, placa policial QKR-2372, chassi 9C2KD0800FR026226, licenciada em nome de Fábio Silva Almeida - CPF: 836.643.355-20) conduzida por FÁBIO SILVA ALMEIDA (CPF: 836.643.355-20) quando ao passar por um buraco perdeu o equilíbrio e acabou caindo na pista de rolamento, ficando lesionado. Que, foi conduzido por terceiros para o Hospital Regional de Lagarto, onde foi atendido e diagnosticado com FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR ESQUERDO, conforme Prontuário Médico de NÚMERO 054815/6. Que, a vítima foi submetida a procedimento cirúrgico no dia 27/03/2020 na mesma unidade hospitalar."

Este registro de ocorrência tem origem no boletim n.º 132076 da delegacia Virtual (em anexo), em atendimento a portaria N 004/2020, tendo em vista plano de ação da polícia civil para contenção da propagação e contágio do corona virus.



Impresso por: Luciene Santos Silva

Data de Impressão: 13/07/2020 12:01:51

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA CIVIL

SUPERINTENDÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - ARACAJU - SE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050549/2020

## ASSINATURAS



Reginaldo Pereira da Silveira

Reginaldo Pereira da Silveira  
Vilma, Comunicante

\*Declaração para os fins legais: esta é uma campanha que não tem caráter comercial. Não há intenção de arrecadar dinheiro e não há distribuição de valores em espécie. A campanha é organizada por voluntários e não há remuneração para os participantes. A campanha é organizada por voluntários e não há remuneração para os participantes. A campanha é organizada por voluntários e não há remuneração para os participantes.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Laerte Pereira Fante inscrito (a) no CPF 019.990.785, 28  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Reginaldo Pereira da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 013.388.455, 08 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima  
Reginaldo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.388.455, 08, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Av. Felino Fontes</u>		Número	<u>41</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Loganito</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>laerte@laertepereira.adv.br</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(79)99935-2089</u>		

Loganito de 08 de 2020  
Local e Data  
Assinatura do Declarante



Nome REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA	Nome Social [ ]	Prontuário 54815/6
Nome Mãe MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA	Sexo Masculino	Estado Civil Solteiro
		Dt Nascimento 19/10/1982
Nome Pai JORGE DA SILVEIRA	Data cadastro 06/04/2019	Data recadastro 22/03/2020
		Pront. Família [ ]
RG 20110162	CPF 013.388.435-08	Cartão SUS [ ]
Nome Anterior [ ]	Cidade de nascimento LAGARTO	UF SE
Grau Instrução 1º Grau Incompleto	Nacionalidade BRASILEIRO	
Profissão [ ]	Código da profissão [ ]	Cor Parda
		Fone ou Recado 79-998863056

Logradouro: TRAVESSA SITIO DE LORO

Posto de Referência: [ ]

Número 435	Complemento [ ]	Bairro HORTA
Cidade LAGARTO	UF SE	CEP 49400-000

Identificador  
TAMIRES SANTOS RIBEIRO

Área Cadastradora  
CENTRO CUSTO 1

Observação  
ocupação: encostado (lavador de carros)

Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.

Lagarto

( )	( )	( )	( )
Paciente	Pai	Mãe	Representante Legal

Hospital Univ Monsenhor Joao Batista

Boletim de Identificação de Paciente



# Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

## Identificação do Paciente

Nome: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Chegada: 22/03/2020 19.07.10  
 Sexo: MASCULINO Idade: 37  
 Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 19/10/1982

## Classificação de Risco

Queixa Principal:	Vítima de queda de moto há 1h, refere ter ingerido bebida alcoólica, apresenta ferimento em queixo e dor em MIE, nega alergias										
Fluxograma:	Cirurgião					Discriminador: Dor leve recente					
Parâmetros:	Glicemia Capilar					Escala de Coma de Glasgow:					15
	Pulso		62		Ritmo:			Sat O2 (%):			100
	Temperatura Timpânica			36		Escala de Dor:			6		PA
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos		MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		BRANCO
Fluxo Interno:	Cirurgião										
Classificador:	JOSIVALDO DIAS DA CRUZ					COREN / CRM:		230693/SE		Hora de Início CR:	Hora de Fim CR:
										22/03/2020 19.09.39	22/03/2020 19.13.11

## Reclassificação

Queixa Principal:											
Fluxograma:						Discriminado					
Parâmetros:	Glicemia Capilar					Escala de Coma de Glasgow:					
	Pulso					Ritmo:			Sat O2 (%):		
	Temperatura Timpânica					Escala de Dor:			PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos		MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		BRANCO
Fluxo Interno:											
Classificador:						COREN / CRM:				Hora de Início CR:	Hora de Fim CR:
										:	:

# Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASILIA S/N BAIRRO SANTA TEREZINHA 49040000 LAGARTO SERGIPE BRASIL  
CEP 49400-000 - Lagarto - SE - Brasil CNES: 6568343

## CONSULTAS AMBULATORIAIS

1

1

193300 - 22/03/2020 - Cirurgia Geral - Equipe: Drª. Katarine Carvalho Caetano - Drª. Katarine Carvalho Caetano  
Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Prontuário: 054815/6 Unidade Funcional: PRONTO SOCORRO

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO SEM CAPACETE, ALCOOLIZADO, VEIO POR MEIOS PRÓPRIOS, SEM HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITO. QUEIXA-SE DE DOR EM BRAÇO ESQUERDO E HEMITORAX ESQUERDO.

EF:

A: VIAS AERIAS PÉRVIAS, INDOLOR A PALPAÇÃO DE VERTEBRAS CERVICAIS E MUSCULATURA PARAVERTEBRAL, NEGA DOR A MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA

B: EXPANSIBILIDADE TORÁCICA SIMÉTRICA, FR: 16 INC/MIN, SEM DOR A PALPAÇÃO DE ARCOS COSTAIS

C: PELE QUENTE E SECA, FC 78 BPM, SEM SANGRAMENTOS EXTERNOS ATIVOS

D: GLW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

E: ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, FCC EM

CD: LIMPEZA DE FERIMENTO

CURATIVO

RX DE COXA ESQUERDA

*SV da Ortopedia - Tratamento de fratura*

Elaborado e assinado por Drª. Iuri Marcel Alves Prates, CRM 5198 em 22/03/2020 19:52

Procedimentos Realizados:

CURATIVO POR PACIENTE, quantidade: 1

SUTURA DE FERIMENTOS EXTERNOS, COM OU SEM DEBRIDAMENTO , quantidade: 1

*Iuri Marcel Alves Prates*  
CRM/SE 5198

*22:00*

*Abandono do atendimento*

*para observação*

**Breno Gallo**  
Ortopedista Infantil  
CRM: 3647 SBOP: 768

# Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASÍLIA S/N BAIRRO SANTA TEREZINHA 49040000 LAGARTO SERGIPE BRASIL  
CEP 49400-000 - Lagarto - SE - Brasil CNES: 6568343

## CONSULTAS AMBULATORIAIS

1 1

193300 - 22/03/2020 - Cirurgia Geral - Equipe: Drª. Katarine Carvalho Caetano - Drª. Katarine Carvalho Caetano

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Prontuário: 054815/6 Unidade Funcional: PRONTO SOCORRO

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO SEM CAPACETE, ALCOOLIZADO, VEIO POR MEIOS PRÓPRIOS, SEM HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITO. QUEIXA-SE DE DOR EM BRAÇO ESQUERDO E HEMITORAX ESQUERDO.

EF:

A: VIAS AERIAS PÉRVIAS, INDOLOR A PALPAÇÃO DE VÉRTEBRAS CERVICAIS E MUSCULATURA PARAVERTEBRAL, NEGA DOR A MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA

B: EXPANSIBILIDADE TORÁCICA SIMÉTRICA, FR: 16 INC/MIN, SEM DOR A PALPAÇÃO DE ARCOS COSTAIS

C: PELE QUENTE E SECA, FC 78 BPM, SEM SANGRAMENTOS EXTERNOS ATIVOS

D: GLW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

E: ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, FCC EM

CD: LIMPEZA DE FERIMENTO

CURATIVO

RX DE COXA ESQUERDA

Elaborado e assinado por Drª. Iuri Marcel Alves Prates, CRM 5198 em 22/03/2020 19:52

Procedimentos Realizados:

CURATIVO POR PACIENTE, quantidade: 1

SUTURA DE FERIMENTOS EXTERNOS, COM OU SEM DEBRIDAMENTO , quantidade: 1

CID: S72.2 - FRATURA SUBTROCANTÉRICA

### Nota(s) adicional(is):

ortopedia - paciente ainda alcoolizado, mas responde à questionamentos  
fratura fechada de fêmur esquerdo subtrocantérica.

faço internamento

nega alergia medicamentosa. nega uso de medicação regular.

Elaborado e assinado por Dr. Breno Gomes Gallo, CRM 3647 em 22/03/2020 20:44

  
**Breno Gallo**  
Ortopedista Infantil  
CRM: 3647 RBO: 768



Códig

1402

PRONTUÁRIO

548156

NOME

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Unidade de Origem

AZUL ADULTO

Data Solicitação

23/03/2020

Hora Solicitação

Prioridade

(3) Média

Unidade de Destin

CLÍNICA CIRÚRGICA

Data Liberação

24/03/2020

Hora Liberação

Status da Solicitação

Liberado

Leito Liberado

400D

Hora Admissão

Lidiane Assis dos Santos  
COREN-SE 429738-ENFMayara C. Lima.  
Responsável do NIR

Enfermeiro Setor de Origem

Lidiane Luz Barros  
ENFERMEIRA  
COREN-SE 429738-ENF

Enfermeiro Setor de Destino

Identificação do Paciente

Paciente: 88466 Prontuário: 0054815/6  
Nome: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA  
Nome Mãe: MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA  
Endereço: TRAVESSA SITIO DE LORO Cartão SUS:  
Número: 435 Complemento: Telefone: 79 998863056  
Bairro: HORTA  
Cidade: LAGARTO UF: SE Cep: 49.400-000  
Data Nasc.: 19/10/1982 Idade: 37 Sexo: Masculi Cor: Parda Est. Civil: Solteiro  
Profissão:  
Naturalidade: LAGARTO UF Nascimento: SE  
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:  
Endereço:  
Cidade: UF: CEP: Fone:

Dados de Internação

Data Intern: 22/03/2020  
Procedência: Demanda Espontânea Local Atendimento: No próprio estabelecimento  
Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar  
CID Principal: S72.2 FRATURA SUBTROCANTÉRICA  
CID Secundário: Y69 ACIDENTE NÃO ESPECIFICADO DURANTE A PRESTAÇÃO DE CUIDADO MÉDICO  
Procedimento: 408050616 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA  
Clínica: Dif. Classe: N Acompanhante: N  
Andar: 1 Ala: 1 Quarto: Leito: Convênio: 1/1 SUS - INTERNAÇÃO  
Unidade: UNIDADE AZUL Acomodação:  
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Carater de Internação: URGENCIA  
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 6 Dia(s)  
Nro. Atendimento:

Equipe Médica

Equipe: BRENO GOMES GALLO  
CRM: 3647 CPF: 145212530  
Chefe da Equipe ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA : AGHUHRL  
CRM: 123456 SE 64059155063

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: SAMUEL DOS SANTOS ANDRADE

C. Ponto: 300 33698

Observação

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - UNIDADE AZUL

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Data da Internação: 22/03/2020

Folha 1/2

Validade: de 24/03/2020 16:00 h a 25/03/2020 16:00 h

## DIETA

## Aprazamento

1. Livre obs.: LAXATIVA; ZERO A PARTIR DAS 0H

ATENÇÃO

## CUIDADOS

## Aprazamento

2. Repouso no leito - com medidas antiescara, contínuo

I= T= CONTÍNUO

## MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
3. RINGER C/ LACTATO DE SÓDIO 500 ML	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas.	500 500
4. DAPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9Kg	20 02 02 14
5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	00 02 02
6. TRAMADOL INJETAVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV lento 30-60min. IV SE DOR INTENSA	SOS
7. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL S/N	SOS
8. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas.	06
9. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL	Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE	SOS

Elaine de O. Barbosa Amorim  
COREN-SE 14465-1

**H+**  
Hospital Universitário  
Lagarto  
**PRESCRIÇÃO**

**REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA**

Data de Nascimento: 19/10/1982

Unidade: AZUL 6003

## Identificação

Volante Mano de Corvo  
COREN SE 14465-1

Marco Freire Vieira  
CRM-SE 5452  
MR Ortopedia e traumatologia

054815/6



## PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - UNIDADE AZUL

CID FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Data da Internação: 22/03/2020

Folha 2/2

Validade: de 24/03/2020 16:00 h a 25/03/2020 16:00 h

### MEDICAMENTOS

POSOLOGIA		DOSAGEM	APRAZAMENTO
10.	CAPTOPRIL 25 MG 25 mg	Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100	A CRITÉRIO MÉDICO
11.	GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL	Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60	A CRITÉRIO MÉDICO
12.	INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL	Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs.: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar	A CRITÉRIO MÉDICO

### PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

13. Fisioterapia respiratória

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

24/03/2020 06:37h

Marco Freire Vieira  
CRM-SE 5452  
MR Ortopedia e traumatologia

  
Hospital Universitário  
Lagarto  
**PRESCRIÇÃO**

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Unidade: AZUL

Identificação

054815/6



陳國治

國立中央大學政治學系教授

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA SUBTROCANTERICA

Folha 1/2

Data da Internação: 22/03/2020

Validade: de 26/03/2020 11:00 h. a 27/03/2020 11:00 h.

**Aprazamento**

**DIETA**

1. Livre obs.: LAXATIVA, ZERO A PARTIR DAS 08H

**Aprazamento**

**CUIDADOS**

2. Repouso no leito - com medidas antiescaras, contínuo

I= T=

## MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
3. RINGER C/LACTATO DE SODIO 500 ML	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas.	2000h 5h00 20h00
4. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9Kg	2000h 5h00 20h00
5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	2000h 5h00 20h00
6. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV lento 30-60min. IV SE DOR INTENSA	5h
7. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL S/N	5h
8. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas.	5h
9. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL	Administrar 1 AMP. IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE	5h

Angela Vieira dos Santos  
COREN - SE 1217315 - FE

Hospital Universitário  
Lagarto

## PRESCRIÇÃO

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação

Reginaldo Freire Vieira

CRM - SE 5452

M/R Ortopedia e traumatologia

Carla M. de Santa Cruz  
Enfermeira  
COREN - SE 159906

054815/6

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA SUBTROCANTERICA

Folha 2/2

Data da Internação: 22/03/2020

Validade: de 26/03/2020 11:00 h. a 27/03/2020 11:00 h.

## MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
10. CAPTOPRIL 25 MG 25 mg	Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100	A CRITÉRIO MÉDICO
11. GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL	Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60	A CRITÉRIO MÉDICO
12. INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL	Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs.: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar	A CRITÉRIO MÉDICO

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

13. Fisioterapia respiratória

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

26/03/2020 09:37h

Marco-Freire-Vieira

CRM: 5452

MR Ortopedia e traumatologia

Ata de Supra-Serviço  
Realizado em 26/03/2020  
CRM: 5452

Condição: 03.03.2020  
Enfermagem: 03.03.2020  
CRM: 185906

H+  
Hospital Universitário  
Lagarto

## PRESCRIÇÃO

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação

Ata de Supra-Serviço  
Realizado em 26/03/2020  
CRM: 5452

054815/6

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/3

Data da Internação: 22/03/2020

Validade: de 27/03/2020 14:50 h. a 28/03/2020 11:00 h.

## DIETA

## Aprazamento

SND

## CUIDADOS

## Aprazamento

1. Livre obs.: LAXATIVA; livre após recuperação da anestesia

I= T=

Manuten

2. Repouso no leito - com medidas antiescaras, contínuo

h

3. Curativo pequeno, 1 x ao dia

## MEDICAMENTOS

### POSOLOGIA

### DOSAGEM

### APRAZAMENTO

4. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 ML

Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas,

500 580

5. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL

Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9Kg

26 82 08 14

6. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg

Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).

62 14

7. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL

Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV lento 30-60min. IV SE DOR INTENSA

SN

8. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL

Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL S/N

SN

9. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg

Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,

66

10. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL

Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE

SN



Hospital Universitário  
Lagarto

## PRESCRIÇÃO

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

## Identificação

Dr. Glauber Barboza  
CRM-SE 5293  
TEOT 15308

Luciane Souza de  
COSTA  
CRM-SE 33888

054815/6



# PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Data da Internação: 22/03/2020

Folha 2/3

Validade: de 27/03/2020 14:50 h. a 28/03/2020 11:00 h.

## MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
11. CAPTOPRIL 25 MG 25 mg	Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100	A CRITÉRIO MÉDICO
12. GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL	Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60	A CRITÉRIO MÉDICO
13. INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL	Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs.: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar	A CRITÉRIO MÉDICO
14. ENOXAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg	Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas, obs.: Deverá ser administrado por via subcutânea, na região ântero-lateral do abdômen, alternando a cada aplicação os lados direito e esquerdo.	06
15. CEFAZOLINA 1 g	Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Administração: EV: Direta de 3-5 minutos; Diluído de 30-60 minutos; IM: Administrar em áreas de grande massa muscular. A solução pode se tomar amarelo mais forte chegando a amarelo amarronzado, sem redução da eficácia do produto.	06 06 14

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

16. Fisioterapia respiratória

**H+**  
Hospital Universitário  
Lagarto  
**PRESCRIÇÃO**

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação

Dr. Glauber Barbosa  
CRM-SE 5293  
TEOT 15008

Luciano Souza da Silva  
COREN-SE 52748-1/2016

054815/6

**Anamnese****Dados do Paciente**

Referência: 22/03/2020

Leito: 0000

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: UNIDADE AZUL

Data Criação: 22/03/2020 22:16 Atendimento: 143406

Nome do Responsável: BRENO GOMES GALLO

Data Confirmação: 22/03/2020 22:17

CRM: 3647

PACIENTE COM QUADRO DE FRATURA SUBTROCANTERICA  
EF- NEUROVASCULAR PRESERVADO  
CD- INTERNAMENTO PARA TTO CIRÚRGICO

Notas Adicionais:

Dr. Gil  
CD- INTERNAMENTO  
TTO CIRÚRGICO



Hospital Universitário  
Lagarto

**ANAMNESE****Identificação**

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

**Evolução - MEDICINA****Dados do Paciente**

Referência: 22/03/2020

Prontuário: 54815/6

Leito: 400D

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Nome Social:

Data de Nascimento: 19/10/1982

Nº do Cartão SUS:

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 23/03/2020 10:36

Atendimento: 143406

Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 23/03/2020 12:05

MEDICINA

**Evolução:****#FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR ESQUERDO****>História da admissão**

Paciente vítima de queda da própria altura no dia 22/03/2020, com Fratura subtrocanterica do fêmur esquerdo.

**>Evolução Médica Diária**

Paciente em leito, hemodinamica estável, colaborativo, com queixas de dor em MIE, interage bem com examinador, apetite e sono preservados. Boa diurese e dejeções sem alterações. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

>Exame Físico: BEG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO

AVC: RCR, BNF 2T, SEM SOPROS

AR: MV+ AHT, SEM RA

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR, RHA +, SEM VISCEROMEGALIAS

EXT:em uso de tala inguinomaleolar; equimose em região inguinal esquerda, edema +/4+; impotência funcional do membro afetado; dor a mobilização; neurovascular preservado; força muscular grau 3; sensibilidade mantida

**>CONDUTA:**

- MANTENHO PRESCRIÇÃO
- ANALGESIA SISTEMÁTICA
- SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS
- AGUARDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
- SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA CLÍNICA CIRÚRGICA

**Notas Adicionais:**

Marco Freire Vieira  
CRM-SE 5452  
MR Ortopedia e traumatologia



Hospital Universitário

Lagarto

**Evolução - MEDICINA**



## Evolução

## Dados do Paciente

Referência: 25/03/2020

Leito: 400D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 25/03/2020 17:30 Atendimento 143406

Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 25/03/2020 17:33

CRM: 5452 SE

## Evolução:

## #FRATURA SUBTROCANTÉRICA + TERÇO MÉDIO DO FÊMUR ESQUERDO

## &gt;História da admissão

Paciente vítima de queda da própria altura no dia 22/03/2020, com Fratura subtrocanterica do fêmur esquerdo.

## &gt;Evolução Médica Diária

Paciente em leito, hemodinamica estável, colaborativo, com queixas de dor em MIE, interage bem com examinador, apetite e sono preservados. Boa diurese e dejeções sem alterações. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

\*\*Procedimento cirúrgico suspenso dia 25/03/2020 por necessitar de placa DCS longa, contudo percebeu-se que a mesma estava contaminada, e por ser única no estoque, necessita nova esterilização. Procedimento reagendado para 27/03/2020

## &gt;Exame Físico: BEG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO

EXT:em uso de tala inguinomaleolar; equimose em região inguinal esquerda, edema +/4+; impotência funcional do membro afetado; dor a mobilização; neurovascular preservado; força muscular grau 3; sensibilidade mantida

## &gt;CONDUTA:

- MANTENHO PRESCRIÇÃO
- ANALGESIA SISTEMÁTICA
- AGUARDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira  
CRM 5452 SE  
Médico Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário  
Lagarto  
**EVOLUÇÃO**

25/03/2020 17:33

## Identificação

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6