

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: 00000050075-5

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

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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **013.388-433-08** 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: **Reginaldo Pereira da Silveira** 6 - CPF: **013.388-433-08**
 7 - Profissão: **Lavrador** 8 - Endereço: **Rua Brada de Louro** 9 - Número: **313** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Lagarto** 13 - Estado: **SE** 14 - CEP: **49400-000**
 15 - E-mail: **laert(a)bantonsela.adv.br** 16 - Tel. (DDD): **(49) 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:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **0236**

CONTA: **30073**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0236**

CONTA: **30073**

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 da requisição 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu ou 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)

40 - Local e Data, **Lagarto (SE) 04 de outubro de 2011**

Reginaldo Pereira da Silveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
SUPERINTENDÊNCIA GERAL DE PÓLICIA 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 N° 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

EN VOLVIDO(S)

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

Documento(s)

CPF: 013.388.435-08

Endereço

Município: Lagarto - SE

Logradouro: TRAVESSA SITIO DE LOURO

Bairro: HORTA

Email: reginaldogerente1@gmail.com

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

CEP: 49.400-000

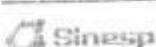
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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 brs, 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: 636.643.355-20) 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 FÉMUR 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.º 004/2020, tendo em vista plano de ação da polícia civil para contenção da propagação e contágio do coronavírus.



Impresso por: Luciene Santos Sáva

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

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050549/2020

ASSINATURAS



Reginaldo Pereira da Silveira
Vítima, Comunicante

"Declaro para os efeitos da lei que sou o(a) dono(a) do(a) animal (especie, nome comum e científico) que posso responder judicialmente pela perda ou morte do animal, conforme prevista na Lei nº 2019-Damier, com o Código de Defesa dos Animais e o Código Penal Brasileiro."



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Laerte Pereira, Fábio inscrito (a) no CPF 019 990 755 / 28, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Reginaldo Pereira da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 013 388 455 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura imobilizar da Vítima Reginaldo Pereira da Silveira 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>Profa Felino Rentes</u>	Número	<u>41</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Lagoa</u>	Estado
Email	<u>laerte@laserlambol.adv.br</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(49)99935-2089</u>	Telefone celular (DDD)

Logrinho/08 de maio de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Nome REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA	Nome Social [REDACTED]	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 [REDACTED]
RG 20110162	CPF 013.388.435-08	Cartão SUS [REDACTED]	UF SE
Nome Anterior [REDACTED]	Cidade de nascimento LAGARTO		
Grau Instrução 1º Grau Incompleto	Nacionalidade BRASILEIRO		
Profissão [REDACTED]	Código da profissão [REDACTED]	Cor Parda	Fone ou Recado 79-998863056
Logradouro TRAVESSA SITIO DE LORO	Posto de Referência : [REDACTED]		
Número 435	Complemento [REDACTED]	Bairro HORTA	
Cidade LAGARTO		UF SE	CEP 49400-000
Identificador TAMIRES SANTOS RIBEIRO			
Área Cadastradora CENTRO CUSTO 1			
Observação ocupação: encostado (lavador de carros)			
<p>Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.</p> <p>Lagarto</p> <hr/> <p>() Paciente () Pai () Mãe () Representante Legal</p>			
<p>Hospital Univ Monsenhor Joao Batista Boletim de Identificação de Paciente</p>			

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: Ciriúrgio 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	1149 x 112
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: Cirúrgio Josivaldo Dias da Cruz
COREN-SE 230693-4-NP Urgência Emergência

Classificador: JOSIVALDO DIAS DA CRUZ COREN / CRM: 230693 SE Hora de Início CR: 22/03/2020 19.09.39 Hora de Fim CR: 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: Dr^a. Katarine Carvalho Caetano - Dr^a. 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 AÉREAS 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 do Ortopedico - Fratura de fíbula

Elaborado e assinado por Dr^a. 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

Abertura interna fratura

para prótese

Breno Gallo
Ortopedista Infantil
CRM: 3647 SBOP: 768

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: Dr^a. Katarine Carvalho Caetano - Dr^a. 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 AÉREAS PÉRVIAS, INDOLOR A PALPAÇÃO DE VERTEBRAS CERVICais E MUSCULATURA PARAVERTÉBRAL, 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 Dr^a. 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 questionamento
fratura fechada de femur 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 SEOP: 168

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - CHEQUE DE VAGA DE LEITO



Códig

1402

PRONTUÁRIO

548156

NOME

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Unidade de Origem
AZUL ADULTOData Solicitação
23/03/2020

Hora Solicitação

Prioridade
(3) MédiaUnidade de Destin
CLÍNICA CIRÚRGICAData Liberação
24/03/2020

Hora Liberação

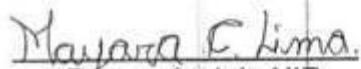
Status da Solicitação
LiberadoLeito Liberado
400D

Hora Admissão



Lídice Assis dos Santos
COREN-SE 429738-ENF

Enfermeiro Setor de Destino



Mayara C. Lima.
Responsável do NIR

Enfermeiro Setor de Origem

 Lise Luz Barros
 ENFERMEIRA
 COREN-SE 153.625

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 Assistêncial: Atenção Hospitalar
CID Principal: S72.2 FRATURA SUBTROCANTÉRICA
CID Secundário: Y69 ACIDENTE NÃO ESPECIFICADO DURANTE A PRESTAÇÃO DE CUIDADO MÉDICO
Procedimento: 408050616 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA
Clinica: 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 : AGHUUHL
CRM: 123456 SE 64059155063

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: SAMUEL DOS SANTOS ANDRADE

C. Ponto: 300 33698

Observação

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

CID: FRATURA SUBROCANTERICA

Folha 1/2

Data da Internação: 22/03/2020

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

DIETA

Aprazamento

1. Límite obs.: LAXATIVA, ZERO A PARTIR DAS 0H

ATÉURO

CUIDADOS

Aprazamento

2. Repouso no leito - com medidas antiescara, contínuo

I= T= CONTINUO

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
3. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 ML	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas.	500 500
4. 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	✓ ✓ 14
5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	✓ 12
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.	✓ SOS
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
CORENSE 04465-T



Hospital Universitário
Legarto

PREScrição

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Unidade: AZUL

Identificação
Valéria Viana de Contra
CIREN 30352

Marco Freire Vieira
CRM-SE 6452
MR Ortopedia e Traumatologia

054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

CID: FRATURA SUBTROCANTERICA

Data da Internação: 22/03/2020

Folha 2/2

Validade: de 24/03/2020 16:00 h. a 25/03/2020 18:00 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 CRITERIO 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
Leganó
PREScrição

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Identificação

Data de Nascimento: 19/10/1982

Unidade: AZUL

054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/2

Data da Internação: 22/03/2020

Validade: de 25/03/2020 17:28 h. a 26/03/2020 11:00 h.

DIETA

1. Livre obs.: LAXATIVA;

Aprazamento

CUIDADOS

2. Repouso no leito - com medidas antiescara, contínuo

Aprazamento

MEDICAMENTOS		DOSAGEM	APRAZAMENTO
POSOLOGIA			
3. RINGER C / LACTATO DE SODIO 500 ML		Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas,	<i>26/03/2020</i>
4. 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	<i>26/03/2020</i>
5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg		Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	<i>26/03/2020</i>
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	<i>SN</i>
7. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL		Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL S/N	<i>SN</i>
8. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg		Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	<i>06/04/2020</i>
9. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL		Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE	<i>SN</i>

Identificação

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Reginaldo Pereira da Silveira

Data de Nascimento: 19/10/1982

Reginaldo Pereira da Silveira

Leito: 400D

Hospital Universitário
Lagarto
PRESCRIÇÃO

Reginaldo Pereira da Silveira

054815/6

Reginaldo Pereira da Silveira

Marco Freire Vieira

CRM-SE 0452

Anestesia Várias das Santos

M&R Ortopedia e Traumatologia

054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRURGICA

CID: FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha: 1/2

Data da Internação: 22/03/2020

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

Apazamento

DIETA

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

CUIDADOS

1. Reposo no leito - com medidas antiescara, contínuo

Apazamento

I = T =

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA

3. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 ML

4. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/ml

Administrador 1.000 mL, IV, de 24/24 horas.

Administrador 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

5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg

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

6. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/ml

SE DOR INTENSA

Administrador 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL

7. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/ml

S/N

Administrador 40 mg, IV, de 24/24 horas.

8. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg

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

9. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/ml

S/N

APAZAMENTO

Apazamento

I = T =

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Angélica Vieira dos Santos
CRM-SE 1217335 - FÉ
Data de Nascimento: 19/10/1982
Lido: 400D



Identificação
Reginaldo Pereira da Silveira
CRM-SE 1217335
MR Ortopedia e Traumatologia

PREScrição

054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1.1 - CLÍNICA CIRURGICA

SÍN. FRANC. SIBTBOGANTÈBICA

卷三

BEGÄRTIGE 01722

www.mechanicscabinet.com 1-800-425-5253 2020 11:50 h

MEDICAMENTOS		DOSAGEM	APRAZAMENTO
POSOLOGIA			A CRITÉRIO MÉDICO
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

13 | Fisioterapia respiratória

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

26/03/2020, 09:37h

~~Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR Ortopedia e Traumatologia~~

Entfernen Sie
nicht

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

PRESSCRIÇÃO

Universitário

05481516

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRÚRGICA

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

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

Aprazamento

S/N/D

CUIDADOS

2. Repouso no leito - com medidas antiescara, continuo
3. Curativo pequeno, 1 x ao dia

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
4. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 ML	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas.	5/00
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	6/6 08/14
6. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	6/2 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	5/1
8. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL S/N	S/N
9. OMÉPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas.	6/6
10. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL	Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE	6/1

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

H+
Hospital Universitário
Lagarto
PREScrição

Data de Nascimento: 19/10/1982
Leito: 400D

Identificação

Dr. Glauber Barbosa
CRM-SE 5293
TEOT 15008


Luciane Souza
Coimbra
054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 2/3

Data da Internação: 22/03/2020

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. 12 HORAS APÓS O PROCEDIMENTO	Q6
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 tornar amarelo mais forte chegando a amarelo amarronzado, sem redução da eficácia do produto.	Q6 14

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

16. Fisioterapia respiratória



Hospital Universitário
Lagarto

PREScrição

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação

Dr. Gláuber Barbosa
CRM-SE 5293
TEOT 15008

Luciane Souza da Costa
COREN-SE 15236

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:

Hospital Universitário
Legarto**ANAMNESE**

22/03/2020 22:17

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: 4000D

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVA

Name Social:

Data de Nascimento: 19/10/1982

Nº de Costas: 8140

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidades: 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 subtrocantérica do fêmur esquerdo.

>Evolução Médica Diária

Paciente em leito, hemodinâmica 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.

EXAMES FÍSICOS: BEG, HIDRATADO, AVC: BCR- BNF 2T SEM SOPROS

AR: MV+ AHT. SEM BA

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR, BHA + SEM VISCEBOMEGALIAS

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.

CONDUITA

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

Notas Adicionais:

Marco Flávio Vieira
CRM-SE 5452
MR Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário

Lancato

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 FÉMUR ESQUERDO

>História da admissão

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

>Evolução Médica Diária

Paciente em leito, hemodinâmica 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

>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

>CONDUTA:

- MANTENHO PRESCRIÇÃO
- ANALGESIA SISTEMÁTICA
- AGUARDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR 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