



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CIVIL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202054101361	Distribuição: 06/11/2020
Número Único: 0006240-14.2020.8.25.0040	Competência: 2ª Vara Cível de Lagarto
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita

Dados das Partes

Requerente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Endereço:
Complemento:
Bairro:
Cidade: LAGARTO - Estado: SE - CEP: 49400000
Requerente: Advogado(a): LAERTE PEREIRA FONSECA 6779/SE
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento:
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031204
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL DE LAGARTO DA COMARCA DE LAGARTO
Rod. Lourival Batista, km 36, Bairro Horta, Lagarto/SE, CEP 49400000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202054101361

DATA:

14/12/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201212190900686 às 19:09 em 12/12/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 0236 0 CONTA: 50075 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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

*Dados para as eleições de 2010 foram obtidos a partir dos dados de 2008 e das informações acima apresentadas e a ideia que podem representar qual o crescimento pela presente declaração que de acordo com a pesquisa realizada em 2010. 319 Denúncias Cárter, 342 Denúncias Fatores do Crescimento da Carga Fiscal Brasileira.

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 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>Logradouro</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>laerte@laertepereira.adv.br</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
					<u>(79) 99935-2089</u>	

Logradouro de maio 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 ferimento

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 Adv. 7 meses 0 intervenção
para prevenção*

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 HISTORIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITO. QUEIXA-SE DE DOR EM BRAÇO ESQUERDO E HEMITORAX ESQUERDO.

EF:

A: VIAS AEREAS 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

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 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. DÍPIRONA 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 08 14
5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	00 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.	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

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Data de Nascimento: 19/10/1982

Identificação
Angélica Vieira
Angélica Vieira dos Santos
COREN - SE 1217315 - T-E

Marco Frederico Vieira
CRM - SE 5452
MR Ortopedia e traumatologia

054815/6

25/03/2020 17:29:59	MSM MS 25 CB	80558
---------------------	--------------	-------

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 P. Silva
Enfermeira
COREN - SE 15906

Carla P. Silva
Enfermeira
COREN - SE 15906

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 <i>ACM</i>
11. GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL	Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60	A CRITÉRIO MÉDICO <i>ACM</i>
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 <i>ACM</i>

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 Sessão
CRM: 5452
CRM: 5452

Condição de Saúde
CRM: 5452
CRM: 5452

H+
Hospital Universitário
Lagoa
PRESCRIÇÃO

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação

Condição de Saúde
CRM: 5452
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 1. Livre obs.: LAXATIVA; livre após recuperação da anestesia		Aprazamento S/N

CUIDADOS 2. Repouso no leito - com medidas antiescara, contínuo 3. Curativo pequeno, 1 x ao dia		Aprazamento I= T= Menor H
--	--	--

MEDICAMENTOS			APRAZAMENTO
POSOLOGIA	DOSAGEM		
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		5N
8. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL S/N		5N
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		5N

 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Lagarto PRESCRIÇÃO	Identificação REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Data de Nascimento: 19/10/1982 Leito: 400D Dr. Glauber Barboza CRM-SE 5293 TEOT 15308 Luciane Souza de CORM-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. G. Gallo
CRM: 3647
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, 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

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

>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.

**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 5452 SE
MR Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

Evolução**Dados do Paciente**

Referência: 25/03/2020

Leito: 400D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 26/03/2020 09:37 Atendimento 143406 Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 26/03/2020 09:37

CRM: 5452 SE

Evolução:**#FRATURA SUBTROCANTÉRICA + TERÇO MÉDIO DO 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, 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, POSSÍVEL AMANHÃ 27/03/2020

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR Ortopedia e traumatologia

Identificação

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 27/03/2020

Leito: 400D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 27/03/2020 14:55 Atendimento: 143406

Nome do Responsável: GLAUBER CESAR MARQUES BARBOSA

Data Confirmação: 27/03/2020 14:59

CRM: 024477

Evolução:

PACIENTE EM POI DE OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR ESQUERDO, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS.

EF- EXTREMIDADE PERFUNDIDA

CD- RX CONTROLE + HEMOGRAMA + ATB E CURATIVO

OBS- DEVIDO A FALTA DE MODELADOR DE MESA, MODELAGEM DA PLACA DCS NÃO FICOU 100% ANATÔMICA, PORÉM SÍNTESE SE MOSTROU SATISFATÓRIA

Notas Adicionais:

Dr. Glauber Barbosa
CRM-SE 5293
TEOT 15008



Hospital Universitário
Lagarto

EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 27/03/2020

Leito: 400D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 28/03/2020 06:53 Atendimento 143406

Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 28/03/2020 06:57

CRM: 5452 SE

Evolução:

#FRATURA SUBTROCANTÉRICA + TERÇO MÉDIO DO 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 submetido a osteossíntese de fratura subtrocantérica do fêmur esquerdo, procedimento realizado no dia 27/03/2020 por Dr. Galuber Barbosa e Dr. Pablo Barreto, devido a falta de modelador de mesa, modelagem da placa DCS não ficou totalmente anatômica, porém síntese se mostrou satisfatória.

No momento 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

EXT:sem edema; impotência funcional do membro afetado; dor a mobilização; neurovascular preservado; força muscular grau 4; sensibilidade mantida; FO seca, em bom estado, sem sinais de infecção

>CONDUTA:

- CHECO RADIOGRAFIA DE CONTROLE
- ORIENTO PACIENTE
- ALTA HOSPITALAR

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
CRM: 5452
Mg. Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

- Presença: (X) Náusea (X) Vômito (quantidade e característica):
- Drenagem Gástrica: () Não () Sim, características:
- Abdome: (X) Plano (X) Flácido () Tenso () Globoso () Distendido () Ascítico () Doloroso à palpação RHA: () Normais () Ausentes () Diminuídos () aumentados
- Dreno(s): Local ____ °dia. Características da drenagem:
- Eliminação Intestinal: () Normal () Constipação () Ileostomia () Colostomia
() Diarréia () Incontinência () Flatulência () Outros:
Características das fezes (frequência, consistência, cor e odor):
() Uso de Laxantes

Cuidado Corporal e Integridade Física

Dependência para o autocuidado: () Não (X) Sim Tipo: () Alimentar-se (X) Ir ao banheiro (X) Tomar banho () Vestir-se () Tomar remédio Grau: () Total () Parcial
Higiene corporal: () Preservada () Exala odor desagradável
- Higiene bucal: () Preservada () Gengivite () Falhas dentárias () Próteses dentárias
() Lesões () Língua saburosa Couro cabeludo: () Limpo () Sujo () Pediculose
- Pele: (X) Íntegra () Fria () Aquecida () Corada () Hipocorada ____ +/4 () Cianótica ____ /+4 () Ictérica ____ /+4 () Sudorese () Prurido () Hiperemia () Cicatrizes () Petéquias () Equimoses () Hematomas () LPP: () Estágio I () Estágio II fase de cicatrização: () Estágio III Estágio IV () Descritor 0 Características (Local, extensão, secreções e cicatrização):
Tratamento curativo: _____

Sono e Repouso

() Preservado () Alterado, motivo: Morrendo
() Usa medicamentos para dormir: neq

Atividade Física

- Restrição de movimento: () Absoluto (X) Relativo
- Deambulação: () Parcialmente dependente () Dependente (X) Não Deambula
() Atrofia muscular () Deficiência física () Dor ao movimento 100%

Comunicação/Educação para saúde/Aprendizagem

(X) Comunicação adequada () Dificuldade de comunicação () Uso de Linguagem verbal () Uso de Linguagem não-verbal ()
- Contato ocular: () Não (X) Sim Fácies tranqüila: () não () Sim
- Impedimentos a expressão verbal: () Permanece em silêncio () Afasia () Disartria
() Gagueira () Lesões de cordas vocais
- Conhece seu problema de saúde: () Não (X) Sim

- Intolerância Alim: (X) Não () Sim

Segurança emocional/Amor e Aceitação/gregária

- Sentimentos e comportamentos: (X) Calmo () Apatia () Depressão () Angústia
() Agitação () Agressividade () Ansiedade () Choro () Irritabilidade () Medo
- Vive: () Solzinho (X) Familiares (X) Amigos () Outros

Religiosidade/Espiritualidade

Religião: católica
Necessita de auxílio espiritual: neq

• Os itens sinalizados com alterações deverão ser evoluídos no AGHU, assim como tudo que for pertinente registrar e não foi assinalado. Esse instrumento é um check list para direcioná-los na coleta de dados, baseado na Teoria de Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Enfermeiro/Coren: _____

Data: 05/11/2020

Maria Eliane de Sousa Albuquerque
COREN - SE 464.113 - ENF

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Nro Identidade: 20110162

Emissão do laudo: 23/03/2020

Dr(a) MARCO FREIRE VIEIRA

Origem: Internação

Prontuário: 0054815/6

Convênio: SUS

Cartão SUS:

Página 1

COAGULOGRAMA (SANGUE)

Solicitação: 76160

COAGULOGRAMA

TEMPO DE SANGRAMENTO (TS): 1,30 min.

TEMPO DE COAGULAÇÃO (TC): 10,0 min.

TEMPO DE PROTROMBINA (TP): 14,0 seg.

ATIVIDADE (TP): 76 %

INR: 1,30

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA): 17,4 seg.

PLAQUETAS: 189000 /mm3

Valores de Referência: 1 a 4 min.

Valores de Referência: 4 a 10 min.

Valores de Referência: 11 a 13 seg.

Valores de Referência: 70 a 100%

Valores de Referência: Até 1,20

Valores de referência: 28 a 43 seg.

Valores de Referência: 150 a 450/mm3

Recebimento material: 23/03/20 12:39 Liberado em: 23/03/20 13:54

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
JUSSARA LEITE DO NASCIMENTO - CRBM 8874 SE

Solicitação: 76160

Material SANGUE

GLICOSE: 113 mg/dL

Método: GOD - PAD Fotométrico Enzimático

Valores de Referência: Adultos : 70 a 115 mg/dl

Recebimento material: 23/03/20 12:39 Liberado em: 23/03/20 13:54

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
JUSSARA LEITE DO NASCIMENTO - CRBM 8874 SE

"Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa."

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

PRÉ-OPERATÓRIO

Nº me: REGINALDO PEREIRA DA SILVA Data: 24/03/2020 Enfermaria/Leito: 400B Hora: _____
 DR: 12/10/1982 Idade: 37 Em uso de pulseira de identificação: ☒ SIM ☐ NÃO
 Cirurgia proposta: FRATURA SUBTROCANTÉRIA DE FÊMUR (F) Cirurgião: _____
 Sinais Vitais: PA: 100 X 70 mmHg T: 35,6 °C FR: 17 rpm FC: 92 bpm SaO₂: 96 % Peso: _____

CONDIÇÕES GERAIS

() Orientado () Desorientado () Ansioso ☒ Calmo () Agitado ☒ Eupneúico () Dispneúico () Diabético () Hipertenso () Cardiopata
 Acuidade visual: ☒ Presente () Diminuída () Ausente Acuidade auditiva: ☒ Presente () Diminuída () Ausente Outros: _____
 Medicamentos que faz uso: NEGA Alergias: ☒ NÃO () SIM Qual? _____
 Retirado: Prótese Dentária ☒ SIM Adornos () — Óculos () — Lente de contato ()
 Jejum: Início 00 h Banho: ☒ SIM () NÃO Tricotomia: () SIM ☒ NÃO Enteroclisma: () SIM ☒ NÃO
 Acesso Venoso: ☒ Periférico MSD Jelco nº: 18 () Central Cateter duplo lúmen () Cateter triplo lúmen ()
 Dispositivos em uso: () SNE () SNG nº _____ () GTT () TOT nº _____ () TQT nº _____ () SVD nº _____ Outros: _____
 Exames: ☒ Hemograma Completo ☒ Coagulograma ☒ Raio X ☒ ECG Glicemia: 113 Uréia: — Creatinina: — Outros: _____
 Reservas: Cont. de Hemácia ☒ nº de bolsas: 02 Plasma () nº de bolsas: _____ Plaquetas () nº de bolsas: _____ Vaga de UTI: () SIM Leito: ☒ NÃO

DOCUMENTAÇÕES/AÇÕES NECESSÁRIAS AO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO

☒ AIH/ FAE/ BOLETIM DE INTERNAÇÃO TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO ASSINADO? () SIM ☒ NÃO
☒ DESCRIÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO ASSINADO? () SIM ☒ NÃO
☒ NOTAS DE ENFERMAGEM DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE? () SIM ☒ NÃO
☒ EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS (DESCritos ACIMA) PENDÊNCIAS? () NÃO ☒ SIM Qual? temos

Anotações de Enfermagem:

Entra em contato com Banco de Sangue que informa 02 bolsas de CH pl Reserva Cirúrgica. Ass./Carimbo do Enfermeiro: _____

Ass./Carimbo do Enfermeiro responsável pelo encaminhamento ao C.C.: _____ Horário: _____

TRANS-OPERATÓRIO

Entrada na Sala Operatória Sala: _____ Hora: _____ () Acordado () Sonolento () Calmo () Agitado () Comatoso

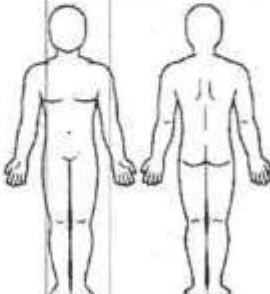
Anestesia	Anestesiologista:	Tipo da anestesia:	
	Início: _____ Término: _____	() Geral () Endovenosa () Inalatória () Balanceada TOT nº: _____	
	Antibiótico profilaxia: _____ Horário: _____	() Local () Sedação () Bloqueio	
		() Raqui-anestesia nº da agulha: _____	
		() Peridural: () com cateter () sem cateter nº da agulha: _____	

Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Pré-dimensionamento cirúrgico: Início: _____ Término: _____ Instrumentador: _____ Circulante: _____

Classificação do procedimento cirúrgico	Pequeno porte ()	Médio porte ()	Grande porte ()
	Limpa ()	Potencialmente contaminada ()	Contaminada () Infectada ()

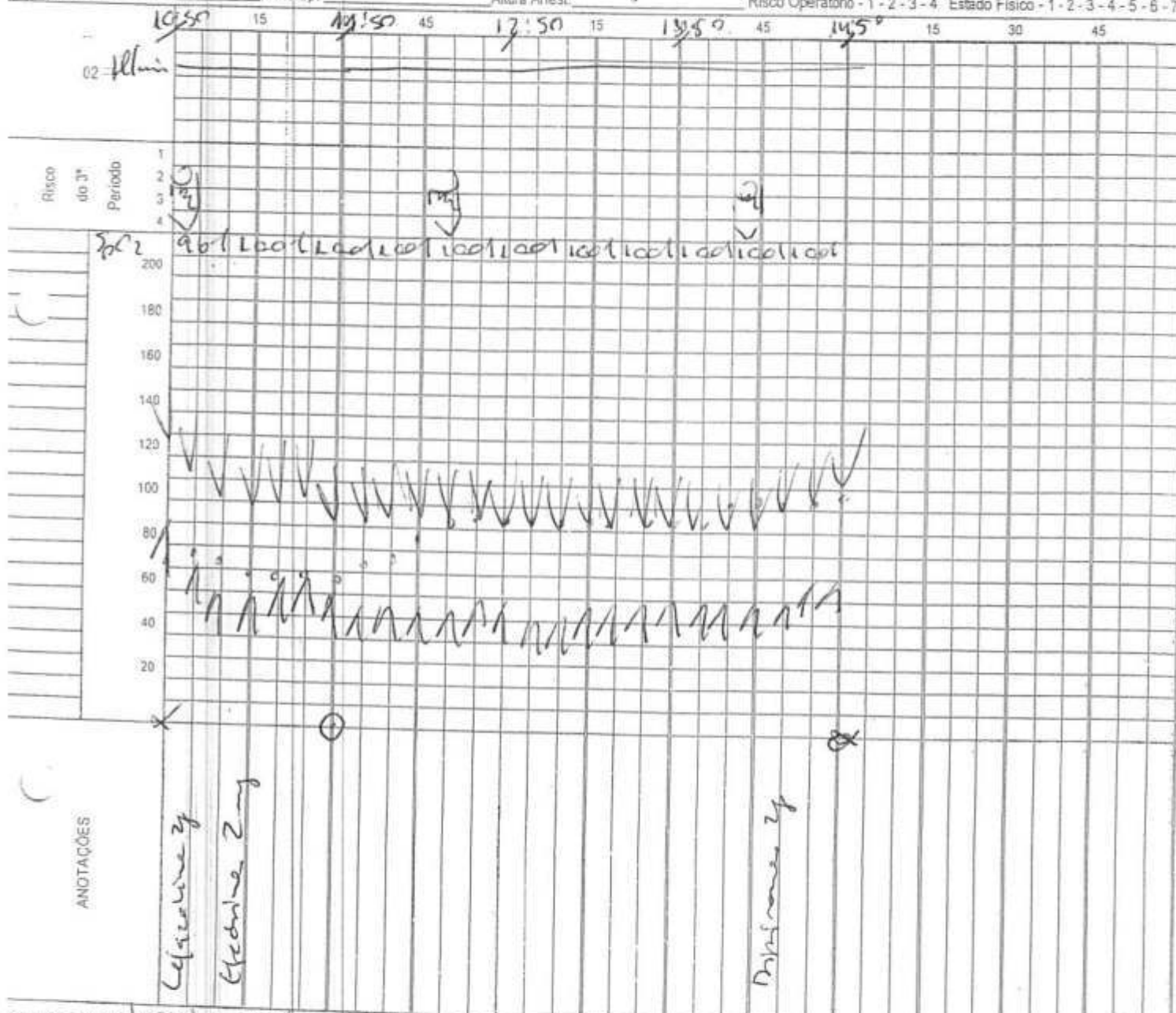
Posição cirúrgica Dorsal () Ventral () Litotômica () Lateral: () D () E Outras: _____

Localização: Legenda: <input checked="" type="checkbox"/> Eletrodos <input checked="" type="checkbox"/> Punção arterial <input checked="" type="checkbox"/> Placa de bisturi elétrico <input checked="" type="checkbox"/> Restrições <input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico		Dispositivos em uso: () Cateter nasal de O ₂ _____ L/min () Guedel nº _____ () Dreno de Sucção Local: _____ () Dreno de Penrose nº _____ Local: _____ () Dreno de Tórax nº _____ Local: _____ () Sonda de Foley nº _____ () Manta térmica () Intensificador de imagem () Outros: _____	Hemocomponentes: () Conc. Hemácias nº de bolsas _____ () Plasma nº de bolsas _____ () Plaquetas nº de bolsas _____ () Outros: _____
---	---	---	---

Amostra de anatomopatológico: () Sim () Não
 Tipo da peça: _____ nº de peças: _____

CONTAGEM DE COMPRESSAS:	Nº ENTREGUE:	Nº RECOLHIDAS:
CONTAGEM DE INSTRUMENTAL:	Nº ENTREGUE:	Nº RECOLHIDOS:

Nome Reginaldo Pereira de Silveira 19/10/1982 Data 27/03/2000
Enf. Quarto Leito M Sexo M Cor B Idade 37a
Cid. Auxiliares
Diag. Pré-op. Febre hemorroidária Km E
Diag. Pós-op. o mesmo
Op. Propost. Tto. cir. febre subocultária Km E
Op. Realiz. A pedido
Pre-medicação Mideolan 2mg + Fentanil 50µg Hora 10:50 Resultado - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Início Anest. 10:50 Início Op. 11:50 Altura Anest. 12:50 Risco Operatório - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
Estado Físico - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7



Agente Anestésico Urethane 9.5 (prede 1mg + Dimof 80mg + Urethane 75mg)
Técnica Requiescente Mulher + 26
Tabela Indução Posição 2 Local punção 13/14 Líquido retirado LCR claro
Técnica Requiescente Posição após 4 Posição operatório 2 Resultado: B - R - M
Duração da Anestesia 4h Consciência 4h
Indução no final da operação

Observações:
Paciente acalado. Tq. > 5h, sem sintomas
anestésicos. Voz e reflexos normais, mas de
dificuldade, alergia. Exames normais. de
confirmado neurológico de AC como hemiparesia.

Dra. Andrea Pereira Augusto
CRM 5619

Unidade de Origem: CLÍNICA CIRÚRGICA Leito: 400D Matrícula: _____
 Paciente: REGINALDO ROCHA DA SILVA Idade: 37a
 Diagnóstico Pré-Operatório: FATIMA SUBCUTÂNEA FEMORAL (C)
 Cirurgia Realizada: OSTEOSSINTESE
 Cirurgião: DR. GLAUBER BARBOSA Auxiliar: DR. PABLO
 Anestesiologista: DR. ANDRÉ Anestesia: BLOQUEIO
 Diag. Pós-Operatório: POE

Tipo de Cirurgia

- ☒ Cirurgia Limpa ☐ Cirurgia Potencialmente Contaminada
☐ Cirurgia Contaminada ☐ Cirurgia Infectada

Infecção presente à admissão

- ☐ Sim ☒ Não

Topologia desta infecção

- ☐ Vias aéreas superiores ☐ Urinária ☐ Sistema Cardio Vascular ☐ Pulmonar ☐ Sist. Nerv. Central
☐ Gastro Intestinal ☐ Cutânea ☐ _____

Descrição do ato cirúrgico

① PACIENTE EM DOM, SOB ANESTESIA, APERTE E
 ANTISÉPSIA E COLOCAÇÃO DO CANAL E FIORES
 ② FEITO ACESSO LATERAL FEMORAL PASTORAL (C), INICIAÇÃO
 POR PLANOS, VISUALIZADO FOCO DE FATIMA, ROMPIMENTO
 LIMPEZA DO FOCO, ROMPIMENTO DE FIBRINA E FIXAÇÃO
 COM PLACA DE 14 FIOS, USANDO PLACA COM
 RESUMO A FIBRINA INDEFORMADA DE 1/2 MÚLTIPLA ALTA
 DO FEMORAL (C), REALIZADA MODIFICAÇÃO MINOR DE PLACA.
 ③ ROMPIMENTO FATIGANTE NA ÓSCOPA, COLOCADO NO
 DRENO, FEMORAL POR PLANOS E CUSTIVO
 OBS- NÃO HA MODIFICAÇÃO NO MOMENTO DA UNIFORME, MODIFICAÇÃO
 NÃO PRECISA 100%. AM TÓRAX

Data: 27/03/20

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

Dr. Glauber Barbosa
CRM-SE 5293
TEOT 15008

Hospital Universitário de Lagarto - Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro
 Avenida Brasília S/N - Centro - Lagarto/SE
 Tel. (79) 3632-2000

Termo de Consentimento Esclarecido para Anestesia

Nome do paciente:

Data de Nascimento:

Data:

Hora:

25/03/20

Autorizo a realização do procedimento anestésico abaixo no procedimento proposto:

Reginaldo Pereira da Silva e me fiz ciente da técnica ou possível técnica alternativa se o anesthesiologista que realizar meu procedimento julgar necessária:

Tenho ciência que o anesthesiologista que realizou consulta pré-anestésica (ou avaliação pré-anestésica) não será, necessariamente, o mesmo a realizar a anestesia para o procedimento proposto

Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento anestésico a que serei submetido quanto às indicações, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre possíveis alternativas anestésicas. Na ocasião de aplicação deste termo, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que a garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de outros procedimentos, exames, tratamentos e/ou cirurgias incluindo a transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Declaro que por ocasião deste consentimento, respondi ao médico anesthesiologista sobre todas as informações contidas no questionário de avaliação pré-anestésica, que possam trazer prejuízos ao procedimento anestésico ao qual serei submetido(a) no Hospital Universitário de Lagarto (HUL)

Deve ser preenchido pelo paciente em momento futuro após análise e reflexão:

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse

☐ Paciente

☒ Responsável

Nome:

Grau de parentesco:

Data da Assinatura:

Marielene da Silva

RG:

Assinatura:

Hora da Assinatura:

Marielene da Silva

Deve ser preenchido pelo médico:

☒ Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento anestésico a que o(a) paciente acima referido(a) estará sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). De acordo com o meu entendimento, o (a) paciente e/ou responsável está em condições

☐ Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência

Nome do médico:

Assinatura:

CRM:

Dr. Igor Prado
Anestesiologista
CRM: 2094



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SERGIPE

Art. 3º. A notificação a que se refere o artigo 2º deverá ser encaminhada por e-mail (fiscalizacao@cremese.org.br).

Art. 4º. Caberá à equipe cirúrgica (cirurgiões e anestesistas) avaliar criteriosamente a necessidade de realização de cirurgias eletivas durante o período de duração da pandemia de COVID-19, a qual poderá deliberar pela manutenção daquelas que possam causar impacto negativo no desfecho do quadro clínico do paciente, suspendendo as demais.

Parágrafo único. Os pacientes selecionados para as cirurgias eletivas na forma do *caput* deverão ser obrigatoriamente informados quanto ao risco de se contrair infecção por COVID-19 durante o pré e pós operatório, enquanto perdurar a pandemia, constando, para tanto, disposição específica no termo de consentimento livre e esclarecido a ser assinado.

Art. 5º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação.

Aracaju/SE, 23 de março de 2020.

Jilvan Pinto Monteiro
Presidente do CREMESE

José Eduardo de Assis Silva
1º Secretário do CREMESE

Dr. Igor Prado
Anestesiologista
CRM/SE 3743 RQE: 3094

Rui Inácio

Rogério Roberto de Sousa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA GERAL E ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos (benefícios, riscos, complicações) relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Universitário de Lagarto.

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO PROPOSTO:

COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS DO PROCEDIMENTO

1. Risco de hemorragia com necessidade de transfusão;
2. Infecção;
3. Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica pós-operatória;
4. Óbito;
5. Outras complicações inerentes ao procedimento:

Dados do Paciente:

Nome do paciente:	Data nascimento:
<i>Regimaulo P. Peres da Silva</i>	
Nome da mãe:	
CPF:	

Identificação do Responsável: (No caso de pacientes menores de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)

Nome do responsável:
<i>Márcia da Silva</i>
CPF:

Eu, acima identificado, na condição de paciente do Hospital, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e/ou diagnósticos referentes ao meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.



FICHA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)

Nome: Reginaldo Pereira de Silveira

Data de Nasc: 19/10/1982 Leito: _____

Pós-Operatório

Admissão na SRPA às 14:45 hs

Data: 22/03/2020

Procedimento cirúrgico realizado: Tto. cir. hérnia
histerocele e hernia

Tipo de anestesia: Região

Em uso de:

SNG ☐ SVD ☐ Drenos: ☐

Traqueostomia ☐

Suplementação de O2: _____ litros/min

Cateter Venoso Central ☐ Periférico ☒

ÍNDICE DE ALDRET E KROULIK

Minutos	0	30	60	90	120
Respiração	2		2		
Circulação	2		2		
Saturação	2		2		
Atividade Muscular	1		2		
Consciência	2		2		
IAK	9		10		

Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta 2 membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1
	Tem apneia	0
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-40% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O2	É capaz de manter saturação de O2 maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 92% respirando em ar ambiente	1
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%	0

SINAIS VITAIS

	0	15	30	45	60	90	120	150	180
Temp	35.3	35.8	35.8	36	36.3	36			
Pulso	89	93	93	89	103	102			
Resp	26	23	19	22	15	23			
SatO2	97	100	97	99	99	98			
PA	9x6	9x6	8x6	9x6	8x6	9x6			

Aplicar Escala de Bromage nos pacientes que foram submetidas a anestésias regionais (Raquianestesia ou Anestesia Peridural) para estabelecer os critérios de alta da SRPA somado aos critérios da Escala de Aldrete e Kroulik.

Escala de Bromage

0	Sem bloqueio motor
1	Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levanta a perna
2	Pode mover apenas o pé
3	Não pode mover o pé ou o joelho
Tempo	15 30 45 60 90
Valor	

Intercorrências Anestésico- Cirúrgica/Evolução Médica:

φ

Prescrições Médica para SRPA:

Monitorizar P.A. + ECG + S.O2

Dr. Andréa Pereira Augusto
CRM 5619

Destino do paciente: ☒ Clínica Cirúrgica ☐ UTI ☒ Outro: Wapredo Data: 22/03/2020 Hora: 15:45

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista (a): Dr. Andréa Pereira Augusto

CRM 5619



Hospital Universitário
Lagarto

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

FOLHA DE CONSUMO - MÉDICO - CIRÚRGICO

DN: 19/10/1982

Data: 27/03/2020

NOME: Reginaldo Pereira da Silva
Adm Sala Nº 04 Hora: 10:30 PA: 15x74 FC: 72 SPO2: 98%
Ato Anestésico: Hora: 10:35 Início Ato Cirúrgico: 11:40 Tipo Anestesia: Raqui + Medicação
Fim Ato Cirúrgico 14:22 PA: 95/56 FC: 106 SPO2: 100
Garrote: Hora Início: Fim: OBS:

Especialidade: Ortopedia

Á SRPA: 14:37	Unid	Qtde	Descrição	Unid	Qtde.
Psicotrópicos			Antibióticos		
Dimorf 0,2MG/ml (1 ml)	Amp	1	Cefalotina 1 gr Keflin	Amp	
Dimorf 1mg /ml (2 ml)	Amp		Cefazolina 1 gr Kefazol	Amp	11
Dimorf 10mg/ml (1 ml)	Amp		Ceftriaxona 1 gr Rocefim	Amp	
Midazolam 5mg /ml (3 ml)	Amp		Metronidazol 500 mg (Flagyl)	Amp	
Midazolam 1mg /ml (5 ml)	Amp		Ciprofloxacino 400 mg	Amp	
Diazepam 10 mg	Amp		Amicacina 100 mg	Amp	
Clonidina 150 mcg/ml (1 ml)	Amp		Clorafenicol 1 gr	Amp	
Clor. Naloxona 0,4 mg/ml (1 ml)	Amp		Gentamicina 80 mg	Amp	
Nilperido (Citrato Fentanila + Droperidol)	Amp		Clindamicina 150mg/ml	Amp	
Citr de Fentanila 78,5mg (10 ml)	Amp		Medicações		
Citr de Fentanila 78,5mg (2 ml)	Amp	1	Adrenalina	Amp	
Propofol 10mg /ml 20 ml	Fr amp		Água Destilada 10 ml	Amp	
Propofol 10mg /ml Seringa 1% () 2% ()	Seringa		Decadron 4mg	Amp	
Cetamina (Clor. De Dextroretamina 50mg/ml)	Fr amp		Clexane 20 mg	Amp	
Dolosol (Clor. de Peditina 50mg/ml (2 ml)	Amp		Clexane de 40 mg	Amp	
Etomidato 2 mg/ml (10 ml)	Amp		Antak 150 mg (Ranitidina)	Amp	
Clor. De Remifentalina 2 mg	Fr amp		Ondasentrona 4mg/ml 2 ml	Amp	
Flumazenil 0,1mg/ml (5 ml)	Amp		Atropina (solução) 1 ml	Amp	
Quelicin (Clor. De Suxametônio 100 mg)	Fr amp		Buscopam Composto	Amp	
Precedex (Clor. De Dexmedetomidina 100mg/ml)	Fr amp		Dipirona 1 gr	Amp	
Clor. De Tramadol 100mg/2ml	Amp		Cedilanide 0,4 mg	Amp	
Bes de Cisatracúrio 2mg/ml (2 ml)	Amp		Efortil 0,01 gr	Amp	
Brom de Rancurônio 50mg/ml (10 ml)	Fr amp		Fernegan 50 mg Prometazina	Amp	
	Amp		Glicose 25 %	Amp	
			Hioscina / Buscp Simples	Amp	
Anestésicos			Glicose 50%	Amp	
Clor. De Bupivacaína 5mg/ml 20 ml S/V	Fr amp		Hidantal 250 mg	Amp	
Clor. De Bupivacaína + Glicose 5 mg/ml	Amp	1	Kanakiom / Vit K	Amp	
Neocaína 0,50% (Bup + Epinefrina) 20 ml	Fr amp		Lasix 20 mg	Amp	
Novabupi (isobárica) 4 ml	Amp		Bromoprida	Amp	
Novabupi (Clor. De Levobupivacaína 20 ml)	Amp		Neostigmina	Amp	
Clor de Lindocaína 1% s/vaso 20 ml	Fr amp		Profenid IV	Amp	
Clor. Lindocaína + Epinefrina 20 ml	Fr amp		Solucortef 100 mg	Amp	
Clor. Lindocaína + Epinefrina 1,0% 20ml	Fr amp		Solucortef 500 mg	Amp	
Clor. De Lindocaína 2% - 20ml	Fr amp		Omeprazol 50 mg	Amp	
Sevofurano	Frasco		Transamin 0,5 mg	Amp	
Isofurano	Frasco		Sulfadiazina Prata gr	Grama	
			colagenase	Grama	
			Xilocaína Geleia	Tubo	

Assinatura do Profissional:

Flavia 520967

efchine

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Identificação do Paciente		Cirurgia
Nome	REGINALDO PEREIRA DA SILVA	
Data de Nascimento	12/10/62	Prontuário 548136
	RG 20180162	Data 27/10/20
Admissão no Centro Cirúrgico		Antes da Indução Anestésica - Check in
Identificação do paciente (uso de pulseira)		Confirmação sobre o paciente
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente
Prontuário completo		<input checked="" type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser realizada
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado
Sítio cirúrgico demarcado		<input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico demarcado
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica		<input checked="" type="checkbox"/> Termo de Consentimento assinado
Consentimento e avaliação anestésica		Lateralidade: <input type="checkbox"/> Direita <input checked="" type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Não se aplica
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Montagem da sala operatória, de acordo com o procedimento programado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Consentimento cirúrgico		Revisão dos equipamentos de anestesia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes
Consentimento transfusional		<input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio e lâmina <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica		<input checked="" type="checkbox"/> Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> Ambu <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador
Banho		<input checked="" type="checkbox"/> Vácuo <input checked="" type="checkbox"/> Cânula endotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		paciente e em funcionamento <input type="checkbox"/> Bougue
Tricotomia		Há risco de perda sanguínea maior que 500ml ou mais de 7ml/kg em crianças?
<input type="checkbox"/> Sim Local <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica		Reserva sanguínea?
Jejum		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Sim Horas 22h <input type="checkbox"/> Não		Acesso venoso adequado e pérvio?
Exames		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorial <input checked="" type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia		Tipo de acesso venoso
<input type="checkbox"/> Outro		<input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC
Retirado próteses e adornos		Alergia medicamentosa
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Se sim, qual(is) medicamento(s)?
Tipo de precaução		
<input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula		
<input type="checkbox"/> Reverso <input type="checkbox"/> Aerossol		
Em caso de alergia, retirar o medicamento da sala.		



CONTROLE DE RASTREABILIDADE

PACIENTE: Rogemaldo Pereira da Silva DATA: 27/03/2020
CIRURGIÃO: Elamber + Galdo PRONTUÁRIO: 05481516 D.N.: 19/10/1982
PROCEDIMENTO: Fratura subtrocanterica CIRCULANTE/COREN: Elvira 52091



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: Cuba de Biquinho
Total de peças: 06 Lote: 1713
Data de Processamento: 27/03/20 Autoclave () 11 (X) 12
Validade: 28/03/20
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55986



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: Tripang
Total de peças: 06 Lote: 1713
Data de Processamento: 27/03/20 Autoclave () 11 (X) 12
Validade: 28/03/20
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55986



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: LAP -> 01 Capote EG e 03 GG
Total de peças: 04 Lote: 1713
Data de Processamento: 27/03/20 Autoclave () 11 (X) 12
Validade: 28/03/20
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55986



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: CX Grandes Frang
Total de peças: 06 Lote: 1713
Data de Processamento: 27/03/20 Autoclave () 11 (X) 12
Validade: 28/03/20
Responsável (Ass. e COREN): Pl Rauldo 56426

Descrição do material: Cura de D. H.S
Total de peças: 01 Lote: 1713
Data de Processamento: 25/03/20 Autoclave () 11 (X) 12
Validade: 01/04/20
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55986



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: Tripang
Total de peças: 06 Lote: 1713
Data de Processamento: 27/03/20 Autoclave () 11 (X) 12
Validade: 28/03/20
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55986



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: CAIXA ORTOPÉDICA PERUEN
Total de peças: 33 Lote: 1713
Data de Processamento: 27/03/20 Autoclave () 11 (X) 12
Validade: 28/03/20
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55986

Descrição do material:

Total de peças:

EBSERH

INTEGRADOR QUÍMICO

ISO 15848-1 + 15848-2 + 15848-3 + 15848-4 + 15848-5 + 15848-6 + 15848-7 + 15848-8 + 15848-9 + 15848-10 + 15848-11 + 15848-12 + 15848-13 + 15848-14 + 15848-15 + 15848-16 + 15848-17 + 15848-18 + 15848-19 + 15848-20 + 15848-21 + 15848-22 + 15848-23 + 15848-24 + 15848-25 + 15848-26 + 15848-27 + 15848-28 + 15848-29 + 15848-30 + 15848-31 + 15848-32 + 15848-33 + 15848-34 + 15848-35 + 15848-36 + 15848-37 + 15848-38 + 15848-39 + 15848-40 + 15848-41 + 15848-42 + 15848-43 + 15848-44 + 15848-45 + 15848-46 + 15848-47 + 15848-48 + 15848-49 + 15848-50 + 15848-51 + 15848-52 + 15848-53 + 15848-54 + 15848-55 + 15848-56 + 15848-57 + 15848-58 + 15848-59 + 15848-60 + 15848-61 + 15848-62 + 15848-63 + 15848-64 + 15848-65 + 15848-66 + 15848-67 + 15848-68 + 15848-69 + 15848-70 + 15848-71 + 15848-72 + 15848-73 + 15848-74 + 15848-75 + 15848-76 + 15848-77 + 15848-78 + 15848-79 + 15848-80 + 15848-81 + 15848-82 + 15848-83 + 15848-84 + 15848-85 + 15848-86 + 15848-87 + 15848-88 + 15848-89 + 15848-90 + 15848-91 + 15848-92 + 15848-93 + 15848-94 + 15848-95 + 15848-96 + 15848-97 + 15848-98 + 15848-99 + 15848-100

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Identificação do Paciente		Cirurgia
Nome	REGINALDO PEREIRA DA SILVA	
Data de Nascimento	12/10/62	Prontuário 548156
	RG 20180162	Data 27/05/20
Admissão no Centro Cirúrgico		Antes da Indução Anestésica - Check in
<p>Identificação do paciente (uso de pulseira)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Prontuário completo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Sítio cirúrgico demarcado</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Consentimento e avaliação anestésica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Consentimento cirúrgico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Consentimento transfusional</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Banho</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Tricotomia</p> <p><input type="checkbox"/> Sim Local _____ <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Jejum</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim Horas 22h <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Exames</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Laboratorial <input checked="" type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia</p> <p><input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p>Retirado próteses e adornos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Tipo de precaução</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula</p> <p><input type="checkbox"/> Reverso <input type="checkbox"/> Aerossol</p>		<p>Confirmação sobre o paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser realizada</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico demarcado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Termo de Consentimento assinado</p> <p>Lateralidade: <input type="checkbox"/> Direita <input checked="" type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Montagem da sala operatória, de acordo com o procedimento programado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Revisão dos equipamentos de anestesia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio e lâmina <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> Ambu <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vácuo <input checked="" type="checkbox"/> Cânula endotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento <input type="checkbox"/> Bougie</p> <p>Há risco de perda sanguínea maior que 500ml ou mais de 7ml/kg em crianças?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Reserva sanguínea?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Acesso venoso adequado e pérvio?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Tipo de acesso venoso</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC</p> <p>Alergia medicamentosa</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Se sim, qual(is) medicamento(s)?</p> <p>_____</p> <p>Em caso de alergia, retirar o medicamento da sala.</p>

HOSPITAL H. U. 2 CIDADE: Loja do COORDENADOR: Dr. Glauber Barbosa
CRM-SE 5293
TEOT 15008
MÉDICO Dr. Glauber Barbosa CRM 687116

NOME PACIENTE Reginal Pereira da Silva PRONTUÁRIO 5481516
DATA NASCIMENTO PACIENTE 14/10/82 NOME DA MÃE PACIENTE Helvécia Pereira da Silva
DATA INTERNAÇÃO 27/03/20 DATA CIRURGIA 27/03/20 DATA DA ALTA Silva
PROCEDIMENTO REALIZADO T.T. da Silva, F. da Silva CódIGO PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

	DESCRIÇÃO	REF	QTD	DESCRIÇÃO	REF	QTD
PEQ. FRAGMENTOS	PLACA 1/3 TUBO RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO LINEAR		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PUNHO		
	PLACA RECONSTRUÇÃO BACIA RETA 3.5MM			MINI FIXADOR EXTERNO		
	PLACA EM T 3.5MM			FIXADOR EXTERNO CIRCULAR		
	PLACA EM T OBLIQUA 3.5MM			FIXADOR WAGNER (ALONGAMENTO)		
	PLACA TREVO 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PLATAFORMA		
	PLACA SEMITUBULAR 3.5MM			PINO SCHANZ		
	PLACA CALCANEIO DIREITA			FIO STEINMAN ROSQUEADO		
	PLACA CALCANEIO ESQUERDA			CIMENTO COM ANTIBIOTICO		
	ARRUELA LISA 3.5/4.0MM			CIMENTO SEM ANTIBIOTICO		
GRANDES FRAGMENTOS	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA LARGA 4.5MM			SERRA DE GIGLI		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA ESTREITA 4.5MM			ENDOPROTESE		
	PLACA RECONSTRUÇÃO 4.5MM			PROTESE DE QUADRIL		
	PLACA EM T 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL DE OMBRO		
	PLACA PLATEAU TIBIAL (MALEAVEL) 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL JOELHO		
	PLACA CONDILEA 4.5MM			PROTESE DE ARTROPLASTIA COTOVELO		
	PLACA EM L 4.5MM			SISTEMA COLUNA PARCIAL OU TOTAL		
	PLACA TREVO 4.5MM			KIT CIMENTAÇÃO		
	PLACA COBRA 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 5 GRAMAS		
	PLACA SEMITUBULAR 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 10 GRAMAS		
DHS / DCS	PLACA PONTE 4.5MM			FIO CERCLAGEM		
	PLACA CALÇO 4.5MM			PLACA ENDOBOTTON		
	ARRUELA 4.5MM			LAMINA SHAVER		
	ARRUELA 6.5MM			CANULA ARTROSCOPIA		
	PLACA DHS 135°			DRENO SUCCAO		
	PLACA DCS 95°			FIO STEINMAN		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA CURTA			FIO KIRSCHNER		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA LONGA			PLACA BUCO MAXILO		
	PLACA EM T 2.7MM			SUBSTITUTO SINTETICO - DURAMATER		
	PLACA SEMITUBULAR 2.7MM			ASPIRADOR COM FILTRO		
MINI FRAGMENTOS	MINI PLACA EM L 1.5MM			ANCORA		
	MINI PLACA EM T 1.5MM			MINI ANCORA AGULHADA		
	MINI PLACA EM L 2.0MM			ANCORA COM FIO ACOPLADO		
	MINI PLACA EM T 2.0MM			HASTE		
	PLACA VOLAR RADIO DISTAL			FIXADOR MODULAR ALONGAMENTO		
	PLACA BLOQUEADA Umero			FIXADOR RADIO TRANSPARENTE		
	PLACA ARTROSE MM			FIXADOR MODULAR COTOVELO		
	PLACA BLOQUEADA 3.5MM			FIXADOR TRILHO PARA ALONGAMENTO		
	PLACA SPIDER			FIXADOR PEDIATRICO		



ESPECIFICAÇÕES PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL 4 MM	Nº	13840	5850	6718	PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM				
PARAFUSO CORTICAL MM	QTD	2202	3101	3111	PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM				
PARAFUSO CANULADO 3.5MM	Nº				PARAFUSO HEBERT 2.0MM				
PARAFUSO CANULADO 4.5MM	QTD				PARAFUSO HEBERT 2.7MM				
PARAFUSO CANULADO 7.0MM	Nº				PARAFUSO BLOQUEADO MM				
PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM	QTD				PARAFUSO BUCO MM				
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5MM	Nº				PARAFUSO INTERFERC. MM				
PARAFUSO MALEOLAR 4.5MM	QTD				PARAFUSO DISTAL / PROX. MM				

MATERIAL FORA DA LISTA

DESCRIÇÃO	QTD	DESCRIÇÃO	QTD

Recbemos de Dibron Comercio de Artigos Ortopedicos Eireli - EPP os produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado. Destinatário: Fundo Estadual de Saude - Rua General Valadao, 32 - Centro - Aracaju/SE		Data de Emissão: 08/04/2020	NFe N° 0000050392
Data de Recebimento:	Identificação e Assinatura do Recebedor	Valor Total da Nota: 831,35	Série 001

		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica		1	
Dibron Comercio de Artigos Ortopedicos Eireli - EPP Rua Thomaz Pileggi, 421 - - Republica 14030-010 - Ribeirao Preto - SP - Fone/Fax: 16 3234 0226		Saída: 1 Entrada: 0 N 0000050392 Série 001 Folha 1/1		Controle do Fisco 	
Natureza da Operação Venda a Prazo.		Chave de Acesso 3520 0455 1216 0200 0199 5500 1000 0503 9216 6230 7910		Protocolo de Autorização 135200280850758 - 08/04/2020 - 10:05:24	
Inscrição Estadual 582216683113		Inscrição Estadual Sub. Tributária		CNPJ/CPF 55.121.602/0001-99	

Destinatário / Remetente		CNPJ/CPF 04.384.829/0001-96		Data de Emissão 08/04/2020	
Nome/Razão Social Fundo Estadual de Saude		CEP 49010-460		Data Saída/Entrada 08/04/2020	
Endereço Rua General Valadao, 32 -		Bairro/Distrito Centro		Hora Saída/Entrada 09:56:00	
Município Aracaju		UF SE		Inscrição Estadual	

Fatura											
Nº de Suplente	Vencimento	Valor	Nº de Suplente	Vencimento	Valor	Nº de Suplente	Vencimento	Valor	Nº de Suplente	Vencimento	Valor
001	08/05/2020	831,35									

Cálculo dos Impostos											
Base de Cálculo do ICMS		Valor do ICMS		Base Calc. do ICMS Subt.		Valor do ICMS Subt.		Valor Aprox. dos Trib. (IBPT)		Valor Total dos Produtos	
0,00		0,00		0,00		0,00		34,93		831,35	
Valor do Frete		Valor do Seguro		Desconto		Out. Desp. Acesso		Valor do IPI		Valor Total da Nota	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		831,35	

Transportador / Volumes Transportados													
Razão Social				Frete por Conta 0-Remetente(CIF)		Código ANTT		Placa Veículo		UF		CNPJ/CPF	
Endereço				Município		UF		Inscrição Estadual					
Quantidade		Espécie		Marca		Numeração		Peso Bruto		Peso Líquido			

Dados dos Produtos																	
Cod. Prod.	Descrição dos Produtos			NCM/EN	CST	CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vir. Unitário	Vir. Descont.	Vir. Total	BC ICMS	Vir. ICMS	Vir. IPI	Aliq. %	Vir. Aprox. dos Trib.
2687	Placa DCS 95G - 14 Furos - SUS: 07.02.03.082-1 Lote: 7182/19 Fabricação: 01/01/2019 Validade: 01/01/2099			90211020	040	6108	UN		1,0000	666,8700	0,00	666,87	0,00	0,00	0,00	0,00	28,85
2783	Parafuso Cortical 4,5 X 38MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 7675/19 Fabricação: 02/01/2019 Validade: 02/01/2099			90211020	040	6108	UN		2,0000	18,0600	0,00	36,12	0,00	0,00	0,00	0,00	1,52
7787	Parafuso Cortical 4,5 X 40MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 0455/20 Fabricação: 02/01/2020 Validade: 02/01/2099			90211020	040	6108	UN		2,0000	18,0600	0,00	36,12	0,00	0,00	0,00	0,00	1,52
3019	Parafuso Cortical 4,5 X 58MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 3552/19 Fabricação: 01/01/2018 Validade: 01/01/2099			90211020	040	6108	UN		1,0000	18,0600	0,00	18,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,76
3020	Parafuso Cortical 4,5 X 60MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 6841/19 Fabricação: 22/09/2019 Validade: 22/09/2099			90211020	040	6108	UN		1,0000	18,0600	0,00	18,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,76
3285	Parafuso Cortical 4,5 X 64MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 4771/17 Fabricação: 08/11/2017 Validade: 31/12/2099			90211020	040	6108	UN		1,0000	18,0600	0,00	18,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,76
3291	Parafuso Cortical 4,5 X 68MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 0242/11 Fabricação: 19/06/2011 Validade: 10/06/2099			90211020	040	6108	UN		1,0000	18,0600	0,00	18,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,76

Dados Adicionais	
Informações Complementares: Pac. Reginaldo Pereira da Silveira , Pront. 54815/6 Cir. 27/03/2020 , Med. Glauber Barbosa. CONTRATO: 76/2019 , HOSPITAL REGIONAL DE LAGARTO, Banco do Brasil AG 6504-8 C/C 4368-0 *Nota fiscal emitida nos termos do ajuste SINIEF 11/2014 Isenção de ICMS conforme convenio 01/99 prorrogado pelo convenio 49/17 e alíquota 0% de PIS e confins conforme artigo 28 inciso 15 da LEI 10865/2004 MD5: D39789B7B3CA30B9CFBAE73A2345C9C1 Trib Aprox. R\$ 34,93 Fed - R\$ 0,00 Est - R\$ 0,00 Mun / Fonte:IBPT/empresome 6A098E	Informações Adicionais do Fisco

Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASILIA S/N, LAGARTO-SE, 90035-903, (79) 3632-2026, 5568343

Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Nome Social: Reginaldo Pereira da Silveira CNS: Prontuário: 054815/6
 Idade: 37 anos 5 Data Nascimento: 1982-10-19 00:00:00.0 Sexo: Masculino Unidade/Leito: 400D
 Nome da Mãe: MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA Local de Nascimento:
 Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: Sus Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar
 Local de Atendimento: No próprio Procedência: Demanda Espontânea Caráter Internação: URGENCIA
 Data/Hora internação: 22/03/2020 22:03 Data/Hora Alta: 28/03/2020 06:58 Permanência: 6 dias
 Responsável Internação: Dr. Breno Gomes Gallo CNS: 980016284945022
 Responsável Alta: MARCO FREIRE VIEIRA CNS:

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

fratura subtrocanterica (s72.2), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvendo

Diagnósticos secundários

Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] (W01), Indicador de Presença na Admissão: Sim

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Outros procedimentos

23/03/2020 Fisioterapia Respiratória

Complemento fármacos

RETORNO DIA 17/03/2020 ÀS 8H PELO PRONTO SOCORRO DA ORTOPEDIA PARA REVISÃO PÓS-OPERATÓRIO

4. EVOLUÇÃO

#FRATURA SUBTROCANTERICA + TERÇO MÉDIO DO 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 submetido a osteossíntese de fratura subtrocanterica do femur esquerdo, procedimento realizado no dia 27/03/2020 por Dr. Galuber Barbosa e Dr. Pablo Barreto, devido a falta de modelador de mesa, modelagem da placa DCS não ficou totalmente anatômica, porém síntese se mostrou satisfatória.

No momento 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

EXT: sem edema; impotência funcional do membro afetado; dor a mobilização; neurovascular preservado; força muscular grau 4; sensibilidade mantida; FO seca, em bom estado, sem sinais de infecção

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital
 Afastamento laboral por 90 dias
 Curativos diários em posto de saúde
 Evitar pisar com o membro afetado
 Fazer uso de medicação prescrita
 Manter imobilização
 Não deambular
 Não pisar com membro operado
 Repouso absoluto em leito

Marco Freire Vieira
 CRM-SE 5452
 MR Ortopedia e traumatologia

Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASILIA S/N, LAGARTO-SE, 90035-903, (79) 3632-2026, 6568343

Sumário de Alta

Retirar os pontos com 15 dias

Retorno ao hospital se piora clínica

Medicamentos Prescritos na Alta

PACO 500+30MG -- 1CX -- Uso Interno

NOVALGINA 1G -- 1CX -- Uso Interno

CEFALEXINA 500MG -- 1CX -- Uso Interno

XARELTO 10MG -- 1CX -- Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)



Marco Freire Vieira
CRM SE 5452
MR Ortopedia e traumatologia

O.E.: M280350001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 05 / 2020

Num AIH : 282010023432-5 Situação : DIGITADA Tipo : 01-INICIAL Apresentação : 05/2020 Data Autorização: 22 / 03 / 2020

Especialidade : 01 - CIRURGICO Orgão Emissor : M280350001 CRC:
Doc autorizador : 702307151440810 Doc med resp : 980016283208113 Doc diretor clínico : 980016283208113 Doc médico solíc : 980016283208113
CNS : 6568343 - HOSPITAL UNIV MONSENHOR JOAO BATISTA DE CARVALHO DALTRO CNS : 70140361897443-3
Paciente : REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Prontuário : 548156
Data Nasc. : 19 / 10 / 1982 Sexo : MASCULINO Nacionalidade : 010 - BRASIL Tipo Doc. : IGNORADO Doc :
Responsável pac. : REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Nome da Mãe : MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA
Endereço : CAMPO POV HORTA Bairro: HORTA Raça/Cor: 04-AMARELA Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Município : 280350 - LAGARTO UF : SE CEP : 49400-000 Telefone : (79)9988-63056 Muda Proc. ? : NÃO
Procedimento solicitado : 04.08.05.051-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA
Procedimento principal : 04.08.05.051-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA
Diag. principal : S722-FRATURA SUBTROCANTERICA Diag. secundário :
Complementar : Causa Obito :
Carater atendimento : 02 - URGENCIA Modalidade : HOSPITALAR
Data internação : 22 / 03 / 2020 Data saída : 28 / 03 / 2020 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIIH01 : AIH Anterior : - AIH Posterior : -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador : - / -

CNAER : -

Vínculo Previdência : -

CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmp/	Descrição
1	0408050616	980016283208113	225270(1)	6568343	6568343	1	03/2020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2	0408050616	980016286004292	225151(6)	6568343	6568343	1	03/2020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3	0211020036			6568343	6568343	1	03/2020	ELETROCARDIOGRAMA
4	0702030821			55121602000199	6568343	1	03/2020	PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS
5	0702030708			55121602000199	6568343	8	03/2020	PARAFUSO CORTICAL 4,5 MM

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Req. ANVISA	CNPJ Fabricante
4	50392	55.121.602/0001-99				
5	50392	55.121.602/0001-99				

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
Y99	ADQUIRIDO	ACIDENTE NAO ESPECIFICADO DURANTE A PRESTACAO DE CUIDADO MEDICO E CIRURGICO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:
Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1/3-ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Univ Monsenhor Joao Batista de Carvalho Daltro		2/4-CNES 6568343
TA PROVÁVEL INTERNAÇÃO 22/03/2020	DATA PROVÁVEL CIRURGIA 25/03/2020	EQUIPE ERICO DE PINHO MENEZES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-NOME DO PACIENTE REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA		6-Nº PRONTUÁRIO 548156	
7-CARTÃO NACIONAL SUS 1014036189744	8-DATA NASC. 19/10/1982	9-Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	10-Raça/Cor Parda
11-NOME DA MÃE MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA		12-TELEFONE DE CONTATO 79-998863058	
13-ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro) TRAVESSA SÍTIO DE LORO 435 - HORTA			
14-MUNICÍPIO LAGARTO	15-IBGE 2803500	16-UF SE	17-CEP 49400000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS dor, deformidade e limitação funcional em membro inferior esquerdo
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO fratura óssea
20-PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) rx + exame físico
21-DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA SUBTROCANTÉRIA
22-CID 10 PRINCIPAL S72.2
23-CID 10 SECUNDÁRIO Y89
24-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTÉRIA	27-LEITO/CLÍNICA	28-CARÁTER DE INTERNAÇÃO URGÊNCIA	29-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. BRENO GOMES GALLO
26-COD. DO PROCEDIMENTO 0408050616		30-DT. SOLICITAÇÃO 22/03/2020 20:48:12	31-CNS 980016284945022
		32-ASSINATURA E CARIMBO - CRM 3547	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33-() ACIDENTE DE TRÂNSITO	34-CNPJ DA SEGURADORA	35-Nº DO BILHETE	36-SÉRIE
37-() ACID. TRABALHO TÍPICO	38-CNPJ EMPRESA	40-CNAE EMPRESA	41-CBOR
38-() ACID. TRABALHO TRAJETO			
42-CID 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
43-CID 10 SECUNDÁRIO	44-() LEVE	45-() GRAVE	46-() GRAVÍSSIMA
47-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO ASSEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

48-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	52-NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO/AUDITORIA	58-Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 282010023432-5
49-DT AUT.	53-DT AUT.	
50-CNS	54-CNS	
51-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG CONSELHO)	55-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG CONSELHO)	

NELENAUO PENTINA DA JUVENIL



Sistema Ministério
SUS Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

7 - CNES

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6568343

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

7 - CNES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE

6568343

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante

Breno Gallo
Ortopedista Infantil
CRM 3547 SBC 788

282010023432-5

Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASILIA S/N
CEP: 90035-903
TEL: (79) 3632-2026
CNES:6568343

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Nome Social:

Data de Nascimento: 19/10/1982

Nº Cartão SUS:

Prontuário: 54815/6

Endereço: TRAVESSA SITIO DE LORO 435 , Bairro: HORTA, LAGARTO/SE CEP: 49400000

RELATORIO MEDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 23/03/2020, SOFRENDO FRATURA SUBTROCANTÉRICA A ESQUERDA. NO DIA 27/03/2020 FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO PARA FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS. AINDA PERMANECE EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA FRATURA. A ÚLTIMA RADIOGRAFIA AINDA NÃO DEMONSTRA CONSOLIDAÇÃO DEFINITIVA E PORTANTO O PACIENTE AINDA DEVE MANTER CARGA ZERO.

CID: S72.1 Z98.8

Dr. Julio Augusto do Prado Torres
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM/SE 4044 TEOT 14290

Dr. Julio Augusto Do Prado Torres
CRM: 4044



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN

CS	DETRAN-SE	020013267159	Nº 015855620380
0	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
0	VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.
4	1	01048071593	2020
6	NOME		
0	FABIO SILVA ALMEIDA		
4	*****		
2	*****		
4	*****		
0	CPF / CNPJ	PLACA	
8	836.643.355-20	QKR2372	
1	PLACA ANT / UF	CHASSI	
	QKR2372/SE	9C2KD0000FR026226	
	ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL	
	PRS/MOTOCICLETA/VEHICULO	ALCO/GASOL	
	MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
	HONDA/NXR160 BROS ESO	2015	2015
	CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
	2P0CV/162CC	PARTIC	BRANCA
	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	PAGO	*****	1ª *****
	FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****
	*****	*****	3ª *****
	PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
	SEM RESTRICÇÕES FINANCEIRAS		
	OBSERVAÇÃO DESP. 29		
	DOCUMENTO DE PORT. OBRIGATORIO		
	NÃO VÁLIDO PARA REFERENCIA		
	MOTOR: KD0000F026226		
	LOCAL	ABRIL MELO SILVA	DATA
	LAGARTO-SE	DIRETOR PRESIDENTE	03/03/2020

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 015855620380 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2020	03/03/2020
VIA	CPF / CNPJ
SE	836.643.355-20
PLACA	QKR2372
RENAVAM	MARCA / MODELO
1048071593	HONDA/NXR160 BROS ESO
ANO FAB.	CAT. TARIF.
2015	9
Nº CHASSI	
9C2KD0000FR026226	
PRÊMIO TARIFÁRIO	
FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)
3,64	8,40
CUSTO DO SEGURO (R\$)	
4,15	
IOF (R\$)	TOTAL A SER PAG. PELA SEGURADORA
0,05	12,30
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	27/02/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Reginaldo Pereira da Silveira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Procurador
Identidade: 2.011.016.2 CPF: 013.388.455-08
Endereço: rua Juvina Sôcio de Moura
Bairro: Itaú Cidade: Lagarto
Estado: Sergipe CEP: 49400-000

Outorgado: **LAERTE PEREIRA FONSECA**, natural de Lagarto-Sergipe, casado, portador de célula de identidade nº 3.215.460-7 SSP/SE, , inscrito no cadastro de pessoa física nº 019.990.755-28 AVOGADO inscrito na ordem OAB nº 6.779, com escritório profissional na Rua Dr. Josias Machado, n.º 06, Centro, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000,

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Reginaldo Pereira da Silveira.

Data do acidente: 27/04/2020 Cobertura: Invalides

Local: Lagarto UF: SE Data: 07 de 07 de 2020

Reginaldo Pereira da Silveira
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Av. Pôrto Velho, 88 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 49.400-000

Fone: (79) 3631.8091 / (79) 3631.8092 / (79) 3631.8093

Reconheço por Autenticidade a firma de
REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA e dou
fe: 07/07/2020. Em testemunho
da verdade Escrevente: Deborah Santana
Santos. Selo Digital 202029516033511. Site
www.tjse.jus.br/x/4QRBRE



OFÍCIO DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO
Deborah Santana Santos
Escrevente

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222778/20

Vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

CPF: 013.388.435-08

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 22/03/2020

Titular do CPF: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LAERTE PEREIRA FONSECA : 019.990.755-28

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA : 013.388.435-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/08/2020
Nome: LAERTE PEREIRA FONSECA
CPF: 019.990.755-28

LAERTE PEREIRA FONSECA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020
Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO
CPF: 008.313.345-33

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO

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: 14/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.100,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00645

CONTA: 000000051908-0

Nr. da Autenticação 68DF19E8E8483AE0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170362188 **Cidade:** Lagarto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA **Data do acidente:** 02/01/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL E NA PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: FRATURA DE TÍBIA + LESÃO DE SEROSA EM CÓLON SIGMOIDE (HEMOPERITÔNIO); SUBMETIDO A COLOCAÇÃO DE HASTE TIBIAL + LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO MOTOR E FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: ABDOME 25% (PERDA FUNCIONAL LEVE) + MEMBRO INFERIOR 50% (PERDA FUNCIONAL MODERADA)

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDENIZADO COM BASE EM DOCUMENTAÇÃO CONSISTENTE

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
Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2017

Carta nº: 11340822

A/C: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Sinistro: 3170362188 ASL-0253969/17
Vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Data Acidente: 02/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA**

Valor: **R\$ 8.100,00**

Banco: **104**

Agência: **000000645**

Conta: **0000051908-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.100,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%
Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

DE Nº 013267618486 BIENETE DE SEGURO PRIVAT

013267618486

UNITED STATES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

COMISSÃO ADJUNTA DE REGISTRO CIVIL

1011-470-037-0000



Reginaldo Pereira da Silveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 2.011.016-2 2.ª VIA

CIDADE: EXPEDIDO: 07/08/2012

NOME: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

ALIAS: JORGE DA SILVEIRA

MATERIA PEREIRA DA SILVEIRA

NATURALIDADE: LAGARTO-SE

DOC CRUSEM: 013.388.435-08

DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1982

CT. NASCIM.: NR 10510 LV A 12 FL 146 U

CART. 3 OF. DIST. COM LAGARTO-SE

013.388.435-08

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 24/06/83

Será assinada pelo Tabelião em 7 de 20/08/2012 11:53 - 00000230644

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2017

Carta nº: 11269403

A/C: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170362188 ASL-0253969/17
Vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Data Acidente: 02/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRARG nº 2011.016-2, data de expedição 07/08/2012 Órgão (SSP-SE)

CPF nº 013.388.435-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>EST. DE LOURO</u>
Número	<u>345</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>POV. HORTA</u>
Cidade	<u>LAGARTO</u>
Estado	<u>SERGIPE</u>
CEP	<u>49.400.000</u>
Telefone de Contato	<u>9.9906-0504</u>
E-mail	

Secretaria Libér Alves 7 30/06/2017 11:51 - 000020445

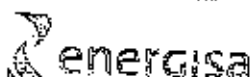
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: LAGARTO - SE 14/06/2017

Assinatura do Declarante:

Reginaldo Pereira da Silveira

MAURINA PEREIRA DA SILVA
EST. DE LOURO, 345 - CENTRO
SAGARTO/SE CEP: 49400000 (AG 100)



Classe/Ente: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Ponto: 1 - 180 - 75 - 1185
M. Medidor: W103535406
Referência: Jun/2017
Emissão: 02/06/2017

ENERGISA SERGIPE DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Vir Araújo Sales, 81 - Bairro Barbosa
Aracaju/SE - CEP: 49040-190
CNPJ: 07.462.004-69 Ins. Est: 270.767-466
Nota Fiscal/Cota de Energia: 589000015-466
Código: 2018.00466.0000015-466

Atendimento ao Cliente ENERGISA 080000 79 0196
www.energisa.com.br

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora) 3/381670-1
Canal de contato

Jun/2017
Apresentação

02/08/2017
Data prevista da próxima leitura

05/07/2017
GPE/LNPI/RANI

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Obs.
100650000				
Data: 04/05/17	Leitura: 18128	Data: 02/06/17	Leitura: 18127	
Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo em kWh	61	0,27732	16,68	
Aut. E. Verificada			1,41	
Subsídio			7,15	
PIB			0,26	
COFINS			1,24	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTABILIDADE PÚBLICA			10,29	
Exatidão Subsídio			-7,15	

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mar/17	66
Abr/17	84
Mai/17	87
Jun/17	89
Jul/17	65
Ago/17	73
Set/17	39
Out/17	63
Nov/17	88
Dez/17	71
Jan/18	62
Fev/18	80

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	28,75	0,00	0,00
PIS	28,75	1,0385	0,29
COFINS	28,75	4,8562	1,24

Média dos últimos meses: 70
VENCIMENTO 09/06/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 29,88

RELATÓRIO AO FISCO
Ocac.3417.498f.71db.eb5a.835a.ca6b.bf2d.

Indicador de Qualidade	Limite	Atualizado	Limite de Tensão (V)
DESEMPENHO	555	0,00	
DESEMPENHO	11,17		NOMINAL 127
DESEMPENHO	22,34		
DESEMPENHO	33,51	0,00	CONSTATADA 117
DESEMPENHO	44,68		LIMITES SUPERIOR 122
DESEMPENHO	55,85	0,00	
DESEMPENHO	67,02		
DESEMPENHO	78,19		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia	8,66	27,82
Consumo de Energia	8,48	26,37
Serviço de Transmissão	0,73	2,34
Serviço de Distribuição	2,07	6,82
Impostos Federais e Encargos	11,78	37,44
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	29,88	100,00

ATENÇÃO
Sumária GEC 7.661/13 R87
Resolução Tarefas Agência 2204/17 Resol. ANEEL P2/224-Base Tensão 0,14kV Med
Regul. Tarif. Med. 7204/17 Resol. ANEEL P2/224-Ata Tarif. 889/17 Med
Leitura confirmada.

Seguradora Lider Data 7 2017/2017 11:51 - 0000023646



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

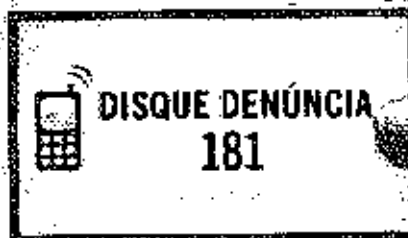


SUA VOZ PODE
CALAR O CRIME

SUA IDENTIDADE PRESERVADA, SUA SEGURANÇA GARANTIDA



SECRETARIA DE ESTADO
DA SEGURANÇA PÚBLICA



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE LAGARTO

RUA DO LIMÓEIRO, CENTRO FONE: (79) 3631-7823

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2017/06558.0-002063

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE LAGARTO

Endereço: RUA DO LIMÓEIRO, CENTRO FONE: (79) 3631-7823

FATO

Data e Hora do Fato: 02/01/2017 - 13:00 até 02/01/2017 - 14:00

Endereço: RODOVIA ESTADUAL ANTONIO MARTINS DE MENEZES - Número: Complemento: PRÓXIMO A FACULDADE AGES
CEP: 49400-000

Bairro: POVOADO VARZEA DOS CAGADOS Cidade: LAGARTO - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE LAGARTO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTIFICANTE

Nome: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Nome do pai: JORGE DA SILVEIRA Nome da mãe: MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA

Pessoa: Física CPF/CGC: 013.388.435-06 RG: 2.0110162 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: LAGARTO Data de nascimento: 19/10/1982 Sexo: Masculino Cor da pele: Parda

Profissão: LAVADOR DE VEÍCULOS Estado civil: Solteiro Grau de instrução:

Endereço: TRAVESSA SÍTIO DE LOURO Número: Complemento:

CEP: 49 400-000 Bairro: POV. HORTA Cidade: LAGARTO UF: SE

Proximidades: Telefone: 079/ 9-9906-0504

HISTÓRICO

Relata o noticiante que na referida data, estava a bordo de uma motocicleta (Honda/ CG 125 fan ks, cor preta, placa policial IAP-3244 * Lagarto/SE, Chassi 9c2jc4110ar066521, renavam 00231018282, registrada em nome de Lenice Maria Santos Conceição - CPF: 653.340.435-00) quando ao passar por um buraco, acabou perdendo o controle e caindo na malha viária; Que, foi conduzido pelo SAMU (RELATÓRIO 0342/2017 REFERENTE A OCORRÊNCIA NÚMERO: 1701220316/ ESUS - SAMU) para o HUSE, local onde foi atendido e diagnosticado com fratura exposta da perna direita e trauma abdominal contuso; Que, passou por intervenção cirúrgica na referida unidade de saúde, conforme BOLETIM DE EMERGÊNCIA (BE: 1477269) expedido pelo HUSE.

Data e hora da comunicação: 07/06/2017 às 16:16

Última Alteração: 07/06/2017 às 16:16

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Responsável pela comunicação

Luciene Santos Silva
Responsável pelo preenchimento



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 2011.016-2

EXPEDIDO POR _____

EM 07/08/2019CPF 013388435-08 / CNPJ _____, PROFISSÃO LAVADOR DE VEÍCULOS

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício -- nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial -- nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0645 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 51908-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LAGARTO, 25 de JUNHO de 2019 de _____
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC (DPVAT) 0800-0221204.

Seguradora Líder DPVAT 7 3004-2015-11111 - COMPROVADO