



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CIVEL 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  
Número Único: 0006240-14.2020.8.25.0040  
Classe: Procedimento Comum  
Situação: Andamento  
Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 06/11/2020  
Competência: 2ª Vara Cível de Lagarto  
Fase: POSTULACAO  
Processo Principal: \*\*\*\*\*

**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 CIVEL 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 Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CIVEL 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: 00000050075-5

---

Nr. da Autenticação 7B57AF3F4F9AE147

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 13/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTRÉICA DO FÉMUR 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

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

---

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200283980**

**Vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA**

**Data do Acidente: 22/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LAERTE PEREIRA FONSECA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000000336-0**

**Conta: 0000050075-5**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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: **013.388-433-08** 4 - Nome completo da vítima: **Reginaldo Pereira da Silveira**

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

5 - Nome completo: **Reginaldo Pereira da Silveira** 6 - CPF: **013.388-433-08**  
 7 - Profissão: **Lavrador** 8 - Endereço: **estrada de Louro** 9 - Número: **313** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Lagarto** 13 - Estado: **SE** 14 - CEP: **49400-000**  
 15 - E-mail: **laert(a) hotmail.com.br** 16 - Tel. (DDD): **(49) 99955-2089**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **0236**

CONTA: **50073**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0236**

CONTA: **50073**

**5**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu ou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Lagarto (SE) 04 de outubro de 2017**

**Reginaldo Pereira da Silveira**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050549/2020

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2020 20:07:53 Data/Hora Fim: 11/07/2020 20:07:53  
Origem: Pessoa Física - Particular N.º 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 SITIO DE LOURO

CEP: 49.400-000

Bairro: HORTA

Email: reginaldogerente1@gmail.com

Telefone: (79) 99804-8323 (79) 99806-3056

## 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 brs, ssd, cor branca, placa policial QKR-2372, chassi 9C2KD0800FR026226, licenciada em nome de Fábio Silva Almeida - CPF: 836.643.355-20) conduzida por FÁBIO SILVA ALMEIDA ( CPF: 636.643.355-20) quando ao passar por um buraco perdeu o equilíbrio e acabou caindo na pista de rolamento, ficando lesionado. Que, foi conduzido por terceiros para o Hospital Regional de Lagarto, onde foi atendido e diagnosticado com FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÉMUR ESQUERDO, conforme Prontuário Médico de NÚMERO 054815/6. Que, a vítima foi submetida a procedimento cirúrgico no dia 27/03/2020 na mesma unidade hospitalar."

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



Impresso por: Luciene Santos Sáva

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

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

## BOLETIM DE OCORRÉNCIA

Nº: 00050549/2020

## ASSINATURAS



Reginaldo Pereira da Silveira

Reginaldo Pereira da Silveira  
Wilson Chavescaotti

“Todas passam desse tipo de humor, mas eu acho que é mais fácil para as mulheres, que podem se divertir mais facilmente com a mesma piada que os homens, conforme pesquisas mostram.” (19-Pesquisa Global da 2010-Confederação Mundial de Comunicação dos Cidadãos Mundiais).

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Laerte Pereira, Fábio inscrito (a) no CPF 019 990 755 / 28, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Reginaldo Pereira da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 013 388 455 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura imobilizar da Vítima Reginaldo Pereira da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 013 388 455 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Profa Felino Rentes</u>	Número	<u>41</u>	Complemento			
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Lauro</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP	<u>29400-000</u>
Email	<u>laerte@laurelypenteado.adv.br</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)				<u>(49)99935-2089</u>

Laerte Rentes de maio de 2018  
Local e Data  
Assinatura do Declarante

Nome REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA	Nome Social [REDACTED]	Prontuário 54815/6	
Nome Mãe MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA	Sexo Masculino	Estado Civil Solteiro	Dt Nascimento 19/10/1982
Nome Pai JORGE DA SILVEIRA	Data cadastro 06/04/2019	Data recadastro 22/03/2020	Pront. Família [REDACTED]
RG 20110162	CPF 013.388.435-08	Cartão SUS [REDACTED]	UF SE
Nome Anterior [REDACTED]	Cidade de nascimento LAGARTO		
Grau Instrução 1º Grau Incompleto	Nacionalidade BRASILEIRO		
Profissão [REDACTED]	Código da profissão [REDACTED]	Cor Parda	Fone ou Recado 79-998863056
Logradouro TRAVESSA SITIO DE LORO	Posto de Referência : [REDACTED]		
Número 435	Complemento [REDACTED]	Bairro HORTA	
Cidade LAGARTO		UF SE	CEP 49400-000
Identificador TAMIRES SANTOS RIBEIRO			
Área Cadastradora CENTRO CUSTO 1			
Observação ocupação: encostado (lavador de carros)			
<p>Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.</p> <p>Lagarto</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente    <input type="checkbox"/> Pai    <input type="checkbox"/> Mãe    <input type="checkbox"/> Representante Legal</p>			
<p>Hospital Univ Monsenhor Joao Batista Boletim de Identificação de Paciente</p>		<p>[REDACTED]</p>	

## Registro de Classificação de Risco

## Protocolo de Manchester

## Identificação do Paciente

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

## Classificação de Risco

Queixa Principal:	Vitima 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		1149 x 112	
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		BRANCO		
Fluxo Interno:	Josivaldo Dias da Cruz COREN-SE 230693-1-NP Urgência Emergência								
Classificador:	JOSIVALDO DIAS DA CRUZ			COREN / CRM:	230693 SE	Hora de Início CR:	22/03/2020 19.09.39	Hora de Fim CR:	22/03/2020 19.13.11

## Reclassificação

## Queixa Principal:

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

# Hospital Universitário de Lagarto

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

## CONSULTAS AMBULATORIAIS

1 1

193300 - 22/03/2020 - Cirurgia Geral - Equipe: Dr<sup>a</sup>. Katarine Carvalho Caetano - Dr<sup>a</sup>. 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 CONSCIÉNCIA OU VÔMITO. QUEIXA-SE DE DOR EM BRAÇO ESQUERDO E HEMITORAX ESQUERDO.

EF:

A: VIAS AEREAIS 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

*AV do Ortopedico - Pronto de ferimento*

Elaborado e assinado por Dr<sup>a</sup>. Iuri Marcel Alves Prates, CRM 5198 em 22/03/2020 19:52

Procedimentos Realizados:

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

*Iuri Marcel Alves Prates  
CRM/SE 5198*

22:00 Abertura interna ferimento  
para sutura

**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<sup>o</sup>. Katarine Carvalho Caetano - Dr<sup>o</sup>. 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 AEREAIS PÉRVIAS, INDOLAS 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<sup>o</sup>. Iuri Marcel Alves Prates, CRM 5198 em 22/03/2020 19:52

Procedimentos Realizados:

CURATIVO POR PACIENTE, quantidade: 1

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

CID: S72.2 - FRATURA SUBTROCANTÉRICA

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

ortopedia - paciente ainda alcoolizado, mas responde à questionamento  
fratura fechada de femur esquerdo subtrocantérica.

faço internamento

nega alergia medicamentosa. nega uso de medicação regular.

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

  
Breno Gallo  
Ortopedista Infantil  
CRM: 3647 SEOP: 168

Códig

1402

PRONTUÁRIO

548156

NOME

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Unidade de Origem	Data Solicitação	Hora Solicitação	Prioridade
AZUL ADULTO	23/03/2020		(3) Média

Unidade de Destin	Data Liberação	Hora Liberação	Status da Solicitação
CLÍNICA CIRÚRGICA	24/03/2020		Liberado

Leito Liberado	Hora Admissão
400D	

*Mayara C. Lima.*  
Enfermeiro Setor de Origem  
Lise Luz Barros  
ENFERMEIRA  
COREN-SE 105.625

*Lidiane Assis dos Santos*  
COREN-SE 429738-ENF

*Lidiane Assis dos Santos*  
COREN-SE 429738-ENF

Identificação do Paciente

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

Identificação do Responsável

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

Dados de Internação

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

Equipe Médica

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

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: SAMUEL DOS SANTOS ANDRADE

C. Ponto: 300 33698

Observação

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

CID: FRATURA SUBROCANTERICA

Folha 1/2

Data da Internação: 22/03/2020

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

## DIETA

## Aprazamento

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

ATÉ DEPO

## CUIDADOS

## Aprazamento

2. Repouso no leito - com medidas antiescara, contínuo

I= T= CONTINUO

## MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
3. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 ML	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas.	8:00 500
4. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9Kg	8:00 02 08 14
5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	00 10 20
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  
CORENSE 04465-7



Hospital Universitário  
Legarto

## PREScrição

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Unidade: AZUL

Identificação  
Valéria Viana de Coni  
CIREN 32332

Marco Freire Vieira  
CRM-SE 6452  
MR Ortopedia e Traumatologia

054815/6

## PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

CID: FRATURA SUBTROCANTERICA

Data da Internação: 22/03/2020

Folha 2/2

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

### MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
10. CAPTOPRIL 25 MG 25 mg	Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100	A CRITÉRIO MÉDICO
11. GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL	Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60	A 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



Universitário  
Leganense  
**PREScrição**

Identificação

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Unidade: AZUL

054815/6

**PRESCRIÇÃO**

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/2

Data da Internação: 22/03/2020

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

**DIETA**

1. Livre

obs.: LAXATIVA;

**Aprazamento**

**CUIDADOS**

2. Repouso no leito - com medidas antiescara, contínuo

**Aprazamento**

<b>MEDICAMENTOS</b>		<b>DOSAGEM</b>	<b>APRAZAMENTO</b>
<b>POSOLOGIA</b>			
3. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 ML		Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas,	<i>500</i>
4. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL		Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9Kg	<i>26/03/2020</i> <i>14</i>
5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg		Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	<i>12/03/2020</i>
6. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL		Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV lento 30-60min. IV SE DOR INTENSA	<i>SN</i>
7. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL		Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL	<i>SN</i>
8. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg		Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	<i>06</i>
9. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL		Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE	<i>SN</i>

Identificação

**REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA**

*Reginaldo Pereira da Silveira*

Data de Nascimento: 19/10/1982

*Reginaldo Pereira da Silveira*

Leito: 400D

**H**  
Universitário  
Lagarto

**PRESCRIÇÃO**

*Marco Freire Vieira*  
CRM-SE 1452  
M.R. Ortopedia e Traumatologia

054815/6

**PRESCRIÇÃO**

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRURGICA

CID: FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha: 1/2

Data da Internação: 22/03/2020

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

**Aprazamento**

**DIETA**

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

**CUIDADOS**

2. Repouso no leito - com medidas antiescara, contínuo

**Aprazamento**

| = T =

**MEDICAMENTOS**

**POSOLOGIA** **DOSAGEM**

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

3. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 ML

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

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

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

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

Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL SE DOR INTENSA

7. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/ml

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

8. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg

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

9. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/ml

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

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

Angélica Vieira dos Santos  
CRM-SE 1217335 - FÉ  
Hospital Universitário  
Lagoa

**PRESCRIÇÃO**

**REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA**

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

Identificação  
Reginaldo Pereira da Silveira  
CRM-SE 5452  
MR Ortopedia e Traumatologia

054815/6

## PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRURGICA

CID: FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 2/2

Data da Internação: 22/03/2020

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

### MEDICAMENTOS

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

### PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

13. Fisioterapia respiratória

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

26/03/2020 09:37h

Marco Freire Vieira  
CRM: SP 5452  
MR Ortopedia e Traumatologia

Carolina Paixão  
Enfermeira SE 3993  
Enfermeira Caren

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação

Universitário  
Lagarto  
PRESCRIÇÃO

054815/6

**PRESCRIÇÃO**

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRÚRGICA

CID: FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/3

Data da Internação: 22/03/2020

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

**DIETA**

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

**Aprazamento**

S/N/D

**CUIDADOS**

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

**MEDICAMENTOS**

**POSOLOGIA**

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

4. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 mL

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

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

6. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg

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

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

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

8. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL

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

9. OMÉPRAZOL INJETÁVEL 40 mg

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

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

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

**REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA**

H+  
Hospital Universitário  
Lagarto  
**PRESCRIÇÃO**

**Identificação**

Dr. Glauber Barbosa  
CRM-SE 5293  
TEOT 15008

*Luciane Souza  
Caren  
054815/6*

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 2/3

Data da Internação: 22/03/2020

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

## MEDICAMENTOS

POSOLOGIA		DOSAGEM	APRAZAMENTO
11.	CAPTOPRIL 25 MG 25 mg	Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100	A CRITÉRIO MÉDICO
12.	GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL	Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60	A CRITÉRIO MÉDICO
13.	INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL	Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs.: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar	A CRITÉRIO MÉDICO
14.	ENOXAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg	Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas, obs.: Deverá ser administrado por via subcutânea, na região ântero-lateral do abdômen, alternando a cada aplicação os lados direito e esquerdo.  12 HORAS APÓS O PROCEDIMENTO	Q6
15.	CEFAZOLINA 1 g	Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Administração: EV: Direta de 3-5 minutos; Diluído de 30-60 minutos; IM: Administrar em áreas de grande massa muscular. A solução pode se tornar amarelo mais forte chegando a amarelo amarronzado, sem redução da eficácia do produto.	Q6 14

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

16. Fisioterapia respiratória



Hospital Universitário  
Lagarto  
PRESCRIÇÃO

p. 23

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação

Dr. Gláuber Barbosa  
CRM-SE 5293  
TEOT 15008

Luciane Souza da Cunha  
COREN-SE 15236

054815/6

## Anamnese

**Dados do Paciente**

Referência: 22/03/2020

Leito: 0000

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Unidade: UNIDADE AZUL

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

Nome do Responsável: BRENO GOMES GALLO

Data Confirmação: 22/03/2020 22:17

CRM: 3647

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

Notas Adicionais:

Hospital Universitário  
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: 4000D

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVA VEIRA

**Nome Social:**

Data de Nascimento: 19/10/1982

Nº do Cartão SUSE

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 FÉMUR 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.

EXAME FÍSICO: BEG, HIDRATADO, AVC: RCB-BNF 2T SEM SOPROS

AR: MV + AHT. SEM BA

ABD: FLÁCIDO, INDOLOB, BHA + 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 grupo 3; sensibilidade normal.

## CONDUITA:

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

## Notas Adicionais:

Marco Flávio Vieira  
CRM-SE 5452  
MR Ortopedia e traumatolesia

## Evolução

### Dados do Paciente

Referência: 25/03/2020

Leito: 400D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 25/03/2020 17:30 Atendimento 143406 Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 25/03/2020 17:33

CRM: 5452 SE

### Evolução:

#### #FRATURA SUBTROCANTÉRICA + TERÇO MÉDIO DO FÉMUR ESQUERDO

##### >História da admissão

Paciente vítima de queda da própria altura no dia 22/03/2020, com Fratura 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:

## 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 SUBTROCANTERICA + TERÇO MÉDIO DO FÉMUR 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

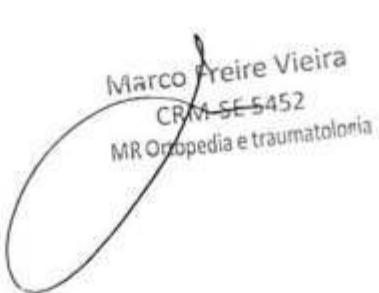
#### >Exame Físico: BEG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO

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

## 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 OSTEOSÍNTESE DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÉMUR 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 FÉMUR ESQUERDO

#### >História da admissão

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

#### >Evolução Médica Diária

Paciente submetido a osteossíntese de fratura subtrocantérica 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

#### >CONDUTA:

- CHECO RADIOGRAFIA DE CONTROLE
- ORIENTO PACIENTE
- ALTA HOSPITALAR

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira  
CRM-11-E 5452  
MR Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário  
Lagarto  
**EVOLUÇÃO**

Identificação  
Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA  
Data de Nascimento: 19/10/1982  
Prontuário: 54815/6

- Presença: ( ) Náusea ( ) Vômito (quantidade e característica), \_\_\_\_\_  
- Drenagem Gástrica: ( ) Não ( ) Sim, características: \_\_\_\_\_  
- Abdome: ( ) Plano ( ) Flácido ( ) Tenso ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Ascítico ( ) Doloroso à palpação RHA, ( ) Normal ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) aumentados  
- 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 ( ) Sim Tipo: ( ) Alimentar-se ( ) Ir ao banheiro ( ) Tomar banho ( ) Vestir-se ( ) Tomar remédio, Grau: ( ) Total ( ) Parcial Higiene corporal: ( ) Preservada ( ) Exala odor desagradável ( ) Lesões ( ) Lingua saburrosa Couro cabeludo: ( ) Limpo ( ) Sujo ( ) Pediculose ( ) Pele: ( ) Integra ( ) Fria ( ) Aquecida ( ) Corada ( ) Hipocorada +/4 ( ) Cianótica /+4 ( ) Ictérica /+4 Cicatrizas ( ) Petéquias ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) LPP: ( ) Estágio I ( ) Estágio II ( ) Estágio III Estágio IV ( ) Descritor 0 Características (Local, extensão, secreções e cicatrização): \_\_\_\_\_  
Tratamento curativo: \_\_\_\_\_

### Sono e Repouso

( ) Preservado ( ) Alterado, motivo: *Moreninha* ( ) Usa medicamentos para dormir: *hugot*

### Atividade Física

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

### Comunicação/Educação para saúde/Aprendizagem

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

- Intolerância Alimentar: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
- Segurança emocional/Amor e Aceitação/gregária

- Sentimentos e comportamentos: ( ) Calmo ( ) Apaia ( ) Depressão ( ) Angústia ( ) Agitação ( ) Agressividade ( ) Ansiedade ( ) Choro ( ) Irritabilidade ( ) Medo ( ) Vive: ( ) Sozinho ( ) Familiares ( ) Amigos ( ) Aviso ( ) Outros \_\_\_\_\_

### Religiosidade/Espiritualidade

Religião: *católica*  
Necessita de auxílio espiritual: *Sim*

- 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: *25/12/2020*

*Maria Elane de Souza Almeida  
COREN-SE 13.113-ENF*

*Maria Elane de Souza Almeida  
COREN-SE 13.113-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 PRÓTROMBINA (TP): 14,0 seg.  
ATIVIDADE(TP): 76 %  
INR: 1,30  
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA): 17,4 seg.  
PLAQUETAS: 189000 /mm<sup>3</sup>

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/mm<sup>3</sup>

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."*

CNPJ: 15.126.437/0031-69 - Telefone (55)null null - Telefax null - Caixa Postal null  
email: null - homepage: null

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

PRE-OPERATÓRIO

Nº me:	REGINALDO TEREIRA DA SILVEIRA	Data:	24/03/2022	Enfermaria/Leito:	4005	Hora:
DN:	19/10/1962	Idade:	37	Em uso de pulseira de identificação: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Cirurgia proposta:	Tearura Subperióstica da Fémur (F)			Cirurgião:		
Sinais Vitais: PA:	100 x 70 mmHg	T:	35,6 °C	FR:	17 rpm	FC: 92 bpm
SaO2:	96 %	Peso:				

CONDICÕES GERAIS

( ) Orientado  Desorientado  Ansioso  Calmo  Agitado  Eupnélico  Dispnélico  Diabético  Hipertenso  Cardiopata  
Acuidade visual:  Presente  Diminuída  Ausente  Acuidade auditiva:  Presente  Diminuída  Ausente  Outros: \_\_\_\_\_

Medicações 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 lumen ( ) Cateter triplô lumen ( )

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: 23/03 15:00

Reservas: Cont. de Hemácias  nº de bolsas: 02 Plasma ( ) nº de bolsas: \_\_\_\_\_ Plaquetas ( ) nº de bolsas: \_\_\_\_\_ Vaga de UTI:  SIM Leito:  NÃO

DOCUMENTAÇÕES/ACÕES NECESSÁRIAS AO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO

<input checked="" type="checkbox"/> AIH/ FAE/ BOLETIM DE INTERNAÇÃO	TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO ASSINADO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="checkbox"/> INSCRIÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM	TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO ASSINADO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="checkbox"/> ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS (DESCRITOS ACIMA)	PENDÊNCIAS? <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM Qual? <b>Termos</b>

*Isabelle Barros Sobral  
FORENSE - 265-562-0000*

Anotações de Enfermagem:  
*Guia em couro com Banco de Sangue que informa 02 bolsas p/ CH p/ lesão cirúrgica.*

Ass./Carimbo do Enfermeiro: \_\_\_\_\_

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

TRANS-OPERATÓRIO

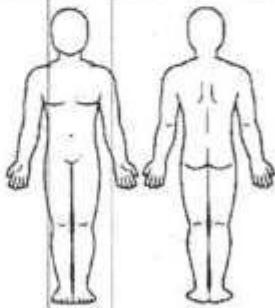
Entrada na Sala Operatória	Sala: _____	Hora: _____	( ) Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Comatoso
Anestesia	Anestesiologista: _____		
	Tipo da anestesia:		
	( ) Geral: <input type="checkbox"/> Endovenosa <input type="checkbox"/> Inalação <input type="checkbox"/> Balanceada TOT nº: _____		
	Inicio: _____	Término: _____	( ) Local <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Bloqueio
( ) Raquianestesia nº da agulha: _____			
( ) Peridural: <input type="checkbox"/> com cateter <input type="checkbox"/> sem cateter nº da agulha: _____			
Horário: _____			

Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_

Pré-dimento cirúrgico: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Instrumentador: \_\_\_\_\_ Circulante: \_\_\_\_\_

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

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

Localização: Legenda: + Eletrodos P Punção arterial Placa de bisturi elétrico R Restrições P Punião venosa S Sítio cirúrgico		Dispositivos em uso: ( ) Cateter nasal de O2 _____ 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 anatomo-patológico: ( ) 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 Sá Data 27/03/2000  
 Enl. Quarto Leito 13 Sexo M Cor B  
 Idade 37  
 Cidr.   
 Auxiliares

Diag. Pré-op. Frahme hombrocartilaginea. Km 10 (F)

Diag. Pós-op. O mesmo.

Op. Propost. Tto. ext. frahme subhombrocartilaginea Km 10 (F)

Op. Realiz. A previsão

Pré-medicação Midazolam 2mg + Fentanyl 50ug

Inicio Anest. 10:50

Inicio Op.

Altura Anest.

Hora

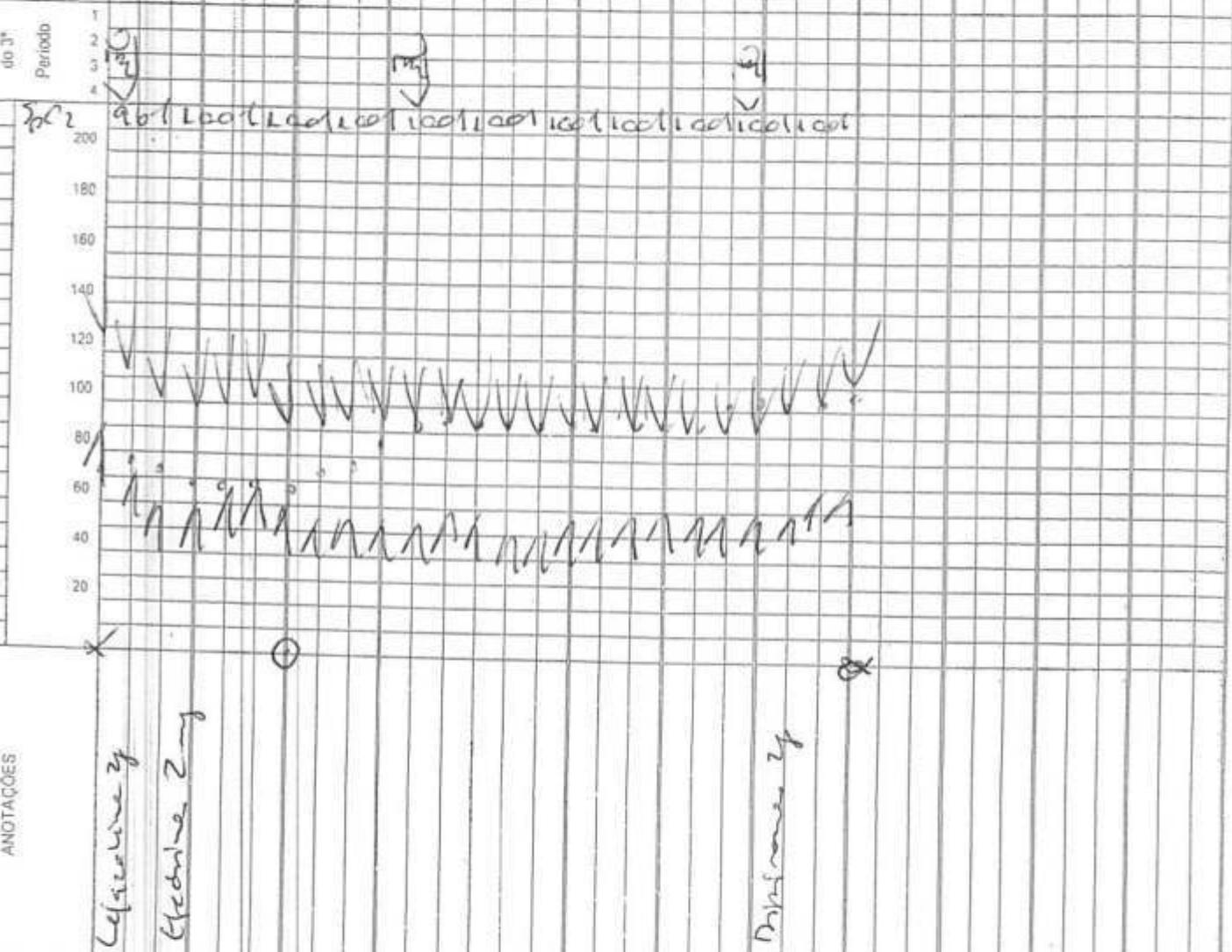
Resultado - 1-2-3-4-5-6

Risco Operatório - 1-2-3-4, Estado Físico - 1-2-3-4-5-6-7

10:50 15 10:50 45 12:50 15 13:50 45 14:50 15 30 45

02 Min

Risco  
do 1º  
Período



ANOTAÇÕES

gento Anestésico Uracilina 0,5% + midol 15mg + Diamorf 80mg + Cloridr. 75mg  
 técnica Reoperatório Mulher - 26

tarelo - Indução - Posição 2 Local punção l3/l4 Líquido retirado lar clara  
 técnica Reoperatório Posição após 4 Posição operatório 2 Resultado: B - R - M  
 iração da operação  Duração da Anestesia  Consciência   
 indução no final da operação

Observações: paciente acordado. Tp > 38, sem sudorese  
 sangue. Voz clara, náuseas, dor de me-  
 dianças, dor lombar. Exames normais. ac  
 p. 33 confirmado náuseas de OC como comutativa.

Dra. Andreato Pereira Augusto  
 CRM 5619

Unidade de Origem: Clínica Geral Leito: 4000 Matrícula: \_\_\_\_\_  
Paciente: REGINALDO RODRIGUES DA SILVEIRA Idade: 37  
Diagnóstico Pré-Operatório: FRACTURA SUBTROCICULAR FEMORAL  
Cirurgia Realizada: OSTEOTOMIA  
Cirurgião: Dr. Glauber Barbosa Auxiliar: PA. PABLO  
Anestesiologista: PA. ANDRÉA Anestesia: RAQUÍDICA  
Diag. Pós-Operatório: POF

**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 EN 0001, SOB ANESTESIA, ASSISTIDA E  
ANTÍSÉPSICA E COLOCADA AS CAMPAS DE PROTEÇÃO  
POR PANO, VISUALIZADO FOCO DE FRACTURA, NORMAIS  
CONSIDERAR NO FOCO, MENOR NO FEMORAL E FLEXÍVEL  
COM FOCO PCS N° 14 FLEX, VIANO PARA COVAR  
NO VIANO A FRACTURA INICIA AOS 1/3 MÉDIO APROX  
AO FEMORAL, AQUELA MIGRAÇÃO MIGRA NO PIES.  
② NORMAIS FAZENDO NO ÓSCOPA, CONSIDERAR NO  
OCF- NÃO IR MIGRADO NO MÉDIO NO VIANO, MIGRADO  
NÃO PODE 100%. AM TORCIDA

Data: 27/03/20

  
Dr. Glauber Barbosa  
CRM-SE 5293  
TEOT 15008

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

Hospital Universitário de Lagarto – Monsenhor João Batista de Carvalho Daltrô  
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:

Rejaneuldo Reis da Sílveira

proposta:

ou possível técnica alternativa

e me fiz cliente da técnica  
se o anestesiologista que

realizar meu procedimento julgar necessária:

Tenho ciência que o anestesiologista 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 anestesiologista 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:**

Confirme 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 concodasse

Paciente

Responsável

Nome:

Morelme da Sílveira

Grau de parentesco:

Data da Assinatura:

RG: Morelme da Sílveira  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Hora da Assinatura: \_\_\_\_\_

**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:

Dr. Igor Prado  
Anestesiologista  
CRM: 3094

CRM: \_\_\_\_\_



**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](mailto: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 CREMSE

José Eduardo de Assis Silva  
 1º Secretário do CREMSE

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

Raimundo Pinto de Oliveira

## 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>Rebecaulada Pereira de Sá</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>Mariângela de Sá</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 OliveiraData de Nasc: 19/10/1982 Leito: \_\_\_\_\_

## Pós-Operatório

Admissão na SRPA às 14:45 hsData: 27/03/2020Procedimento cirúrgico realizado: Tlo. cir. hérnia  
transverso anterolateral de 10 mm (2)Tipo de anestesia: Regional

Em uso de:

SNG  SVD  Drenos: Traqueostomia 

Suplementação de O2: \_\_\_\_\_ litros/min

Cateter Venoso Central  Periférico 

## ÍNDICE DE ALDRETE E KROLIK

Minutos	0	30	60	90	120
Respiração	2		2		
Circulação	2		2		
Saturação	2		2		
Atividade Muscular	1		2		
Consciência	2		2		
IAK	9		19		

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

Destino do paciente:  Clínica Cirúrgica  UTI  Outro: Integro, Data: 27/03/2020, Hora: 15:45

inatura e Carimbo do Anestesista (a):

Dr. Andréa Pereira Augusto  
CRM 5619

SINAIS VITAIS									
	0	15	30	45	60	90	120	150	180
Temp	35 <sup>3</sup>	35 <sup>3</sup>	35 <sup>3</sup>	36 <sup>3</sup>	36 <sup>3</sup>	36 <sup>3</sup>			
Pulso	89	93	93	89	103	102			
Resp	26	23	19	22	15	23			
SatO2	97	100	97	99	99	99			
PA	976	946	846	946	846	946			

Aplicar Escala de Bromage nos pacientes que foram submetidas a anestesias 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:

Ø

## Prescrições Médica para SRPA:

Monitorar P.A. + ECG + SPO2Dr. Andréa Pereira Augusto  
CRM 5619



DN: 19/10/1982

FOLHA DE CONSUMO - MÉDICO - CIRÚRGICO

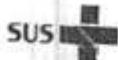
Data: 27/03/2020

NOME:	Reginaldo Pereira da Silveira			Prontuário: 05481516	SPO2: 98%
Adm Sala №	04	Hora: 10:30	PA: 115x74	FC: 72	
Ato Anestésico:	Hora: 10:35	Início Ato Cirúrgico:	M: 110	Tipo Anestesia: Ragi + Midacaw.	
Fim Ato Cirúrgico	14:22	PA: 95/56	FC: 106	SPO2: 100	
Garrote: Hora Início:		Fim:		OBS:	
Á SRPA:	14:37			Especialidade: Ortopedia.	
Descrição	Unid	Qtde	Descrição	Unid	Qtde.
Antibióticos					
Psicotrópicos			Cefalotina 1 gr Keflin	Amp	
Dimorf 0,2MG/ml ( 1 ml )	Amp	1	Cefazolina 1 gr Kefazol	Amp	11
Dimorf 1mg /ml ( 2 ml )	Amp		Ceftriaxona 1 gr Rocefim	Amp	
Dimorf 10mg/ml ( 1 ml )	Amp		Metronidazol 500 mg ( Flagyl )	Amp	
Midazolam 5mg /ml ( 3 ml )	Amp		Ciprofloxacino 400 mg	Amp	
Midazolam 1mg /ml ( 5 ml )	Amp		Amicacina 100 mg	Amp	
Diazepam 10 mg	Amp		Clorafenicol 1 gr	Amp	
Clonidina 150 mcg/ml ( 1 ml )	Amp	1	Gentamicina 80 mg	Amp	
Clor. Naloxona 0,4 mg/ml ( 1 ml )	Amp		Clindamicina 150mg/ml	Amp	
Nilperido ( Citrato Fentanila + Droperidol )	Amp		Medicações		
Citr de Fentanila 78,5mg ( 10 ml )	Amp		Adrenalina	Amp	
Citr de Fentanila 78,5mg ( 2 ml )	Amp	1	Água Destilada 10 ml	Amp	
Propofol 10mg /ml 20 ml	Fr amp		Decadron 4mg	Amp	
Propofol 10mg /ml Seringa 1% ( ) 2% ( )	Seringa		Clexane 20 mg	Amp	
Cetamina ( Clor. De Dextrocetamina 50mg/ml )	Fr amp		Clexane de 40 mg	Amp	
Dolosal ( Clor. de Peditina 50mg/ml ( 2 ml )	Amp		AntaK 150 mg ( Ranitidina )	Amp	
Etomidato 2 mg/ml ( 10 ml )	Amp		Ondasentrona 4mg/ml 2 ml	Amp	
Clor. De Remifentanalina 2 mg	Fr amp		Atropina ( solução ) 1 ml	Amp	
Flumazenil 0,1mg/ml ( 5 ml )	Amp		Buscopam Composto	Amp	
Quelicin ( Clor. De Suxametônio 100 mg )	Fr amp		Dipirona 1 gr	Amp	
Precedex ( Clor. De Dexmedetomidina 100mg/ml )	Fr amp		Cedilanide 0,4 mg	Amp	
Clor. De Tramadol 100mg/2ml	Amp		Efortil 0,01 gr	Amp	
Bes de Cisatracúrio 2mg/ml ( 2 ml )	Amp		Fernegan 50 mg Prometazina	Amp	
Brom de Rancurônio 50mg/ml ( 10 ml )	Fr amp		Glicose 25 %	Amp	
	Amp		Hioscina / Buscp Simples	Amp	
			Glicose 50%	Amp	
Anestésicos					
Clor. De Bupivacaína 5mg/ml 20 ml S/V	Fr amp		Hidental 250 mg	Amp	
Clor. De Bupivacaína + Glicose 5 mg/ml	Amp	1	Kanakiom / Vit. K	Amp	
Neocaina 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		Solu cortef 100 mg	Amp	
Clor. Lindocaína + Epinefrina 1,0% 20ml	Fr amp		Solu cortef 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	Gram	
			colagenase	Gram	
			Xilocaina Geleia	Tubo	

Assinatura do Profissional:

Flávia 520967.

cetamina



CHECK LIST DE CRIRUGIA SEGURA

Identificação do Paciente			Cirurgia
Nome	Reginaldo Teixeira da Silveira		Prontuário 368156
Data de Nascimento	12/10/62	RG 20180162	Data 27/10/2020
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"/> 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"/> 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 paciente e em funcionamento <input type="checkbox"/> Bougue	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Há risco de perda sanguínea maior que 500ml ou mais de 7ml/kg em crianças?	
Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	Local _____	Reserva sanguínea?	
<input type="checkbox"/> Não se aplica		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Jejum		Acesso venoso adequado e pérvio?	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Horas 02h	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Exames		Tipo de acesso venoso	
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorial	Imagem	<input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC	
<input type="checkbox"/> Outro _____		Alergia medicamentosa	
Retirado próteses e adornos		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Se sim, qual(is) medicamento(s)?	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Em caso de alergia, retirar o medicamento da sala.	
Tipo de precaução			
<input checked="" type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Goticula	
<input type="checkbox"/> Reverso	<input type="checkbox"/> Aerossol		



## CONTROLE DE RASTREABILIDADE

PACIENTE: Ruginaldo Resen da Silva DATA: 27/03/2020

CIRURGIÃO: Gláuber F. Pallo PRONTUÁRIO: 05481516 D.N.: 19/01/1982

PROCEDIMENTO: Fratura subtrocanterica CIRCULANTE/COREN: Eduardo 52091

**H+**  
Hospital Universitário Lagarto

**EBSERH**

### MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: Cuba de Bloqueio  
Total de peças: 1 Lote: 1713  
Data de Processamento: 27/03/20 Autoclave ( 11/12 )  
Validade: 28/03/20  
Responsável (Ass. e COREN): Weni Icove 55986

**H+**  
Hospital Universitário Lagarto

**EBSERH**

### MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: MAP → 01 CAPOTE EG e 01 GG  
Total de peças: 09 Lote: 1713

Data de Validade:

**MAXITEST**  
INTEGRADOR QUÍMICO  
ISO 11609 e 11737-2  
120°C / 121°C / 122°C / 123°C / 124°C / 125°C / 126°C / 127°C  
127°C / 128°C / 129°C / 130°C / 131°C / 132°C / 133°C / 134°C / 135°C  
120° POSITIVOS / 121° NEGATIVOS / 122° 100% / 123° 100% / 124° 100%  
www.maxitest.com.br



**H+**  
Hospital Universitário Lagarto

**EBSERH**

### MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: Caixa de D. H.S  
Total de peças: 1 Lote: 1713  
Data de Processamento: 25/03/20 Autoclave ( 11/12 )  
Validade: 26/03/20  
Responsável (Ass. e COREN):

**H+**  
Hospital Universitário Lagarto

**EBSERH**

### MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: Trepanne

Total de peças: 1 Lote: 1713  
Data de Validade:  
Responsável:

**MAXITEST**  
INTEGRADOR QUÍMICO  
ISO 11609 e 11737-2  
120°C / 121°C / 122°C / 123°C / 124°C / 125°C / 126°C / 127°C  
127°C / 128°C / 129°C / 130°C / 131°C / 132°C / 133°C / 134°C / 135°C  
120° POSITIVOS / 121° NEGATIVOS / 122° 100% / 123° 100% / 124° 100%  
www.maxitest.com.br



**H+**  
Hospital Universitário Lagarto

**EBSERH**

### MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: CAIXA DE PÓDICA P/ AVEN  
Total de peças: 33 Lote: 1708 P/ATEC  
Data de Processamento: 26/03/20 Autoclave ( 11/12 )  
Validade: 27/03/20  
Responsável:

**MAXITEST**  
INTEGRADOR QUÍMICO  
ISO 11609 e 11737-2  
120°C / 121°C / 122°C / 123°C / 124°C / 125°C / 126°C / 127°C  
127°C / 128°C / 129°C / 130°C / 131°C / 132°C / 133°C / 134°C / 135°C  
120° POSITIVOS / 121° NEGATIVOS / 122° 100% / 123° 100% / 124° 100%  
www.maxitest.com.br



Descrição do material:

Total de peças:

**MAXITEST**

INTEGRADOR QUÍMICO

ISO 11609 e 11737-2  
120°C / 121°C / 122°C / 123°C / 124°C / 125°C / 126°C / 127°C  
127°C / 128°C / 129°C / 130°C / 131°C / 132°C / 133°C / 134°C / 135°C  
120° POSITIVOS / 121° NEGATIVOS / 122° 100% / 123° 100% / 124° 100%  
www.maxitest.com.br



## CHECK LIST DE CRIRUGIA SEGURA

Identificação do Paciente		Cirurgia
Nome <i>Ricardo Oliveira da Silva</i>	Prontuário <i>588156</i>	
Data de Nascimento <i>12/10/62</i>	RG <i>20000162</i>	Data <i>27/10/20</i>
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"/> 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"/> 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 paciente e em funcionamento <input type="checkbox"/> Bougue
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Tricotomia		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Local _____		<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não se aplica		Há risco de perda sanguínea maior que 500ml ou mais de 7ml/kg em crianças?
Jejum		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Horas <i>22h</i>	Reserva sanguínea?
<input type="checkbox"/> Exames		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorial	<input checked="" type="checkbox"/> Imagem	Acesso venoso adequado e pérvio?
<input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Biópsia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Retirado próteses e adornos		Tipo de acesso venoso
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC
Tipo de precaução		Alergia medicamentosa
<input checked="" type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Se sim, qual(is) medicamento(s)?
<input type="checkbox"/> Reverso	<input type="checkbox"/> Aerossol	<input type="checkbox"/> Goticula
Em caso de alergia, retirar o medicamento da sala.		

HOSPITAL

H. U. L

CIDADE: Logista

COORDENADOR:

Dr. Glauber Barbosa  
CRM-SE 5293  
TEOT 15008

MÉDICO

Dr. Glauber e 266

CRM

687116

NOME PACIENTE Reginaldo Braga da Silveira PRONTUÁRIO 581516  
 DATA NASCIMENTO PACIENTE 14/10/82 NOME DA MÃE PACIENTE Elaine Braga da  
 DATA INTERNAÇÃO 27/07/20 DATA CIRURGIA 27/07/20 DATA DA ALTA Silveira  
 PROCEDIMENTO REALIZADO TTU. Anel. Fratura CÓDIGO PROCEDIMENTO

## DESCRÍÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

	DESCRÍÇÃO	REF	QTD	DESCRÍÇÃO	REF	QTD
PEQ. FRAGMENTOS	PLACA I/3 TUBO RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO LINEAR		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PUNHO		
	PLACA RECONSTRUÇÃO BACIA RETA 3.5MM			MINI FIXADORES EXTERNO		
	PLACA EM T 3.5MM			FIXADOR EXTERNO CIRCULAR		
	PLACA EM T OBLÍQUA 3.5MM			FIXADOR WAGNER (ALONGAMENTO)		
	PLACA TREVO 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PLATAFORMA		
	PLACA SEMITUBULAR 3.5MM			PINO SCHANZ		
	PLACA CALCANEÓ DIREITA			FIO STEINMAN ROSQUEADO		
	PLACA CALCANEÓ 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 QUDRIL		
	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 SUCCÃO		
	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		
FRAGMENTOS MINI	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 4.5MM	Nº 138	QTD 100	Nº 58	QTD 100	PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM		
PARAFUSO CORTICAL MM	Nº	QTD			PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM		
PARAFUSO CANULADO 3.5MM	Nº	QTD			PARAFUSO HEBERT 2.0MM		
PARAFUSO CANULADO 4.5MM	Nº	QTD			PARAFUSO HEBERT 2.7MM		
PARAFUSO CANULADO 7.0MM	Nº	QTD			PARAFUSO BLOQUEADO MM		
PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM	Nº	QTD			PARAFUSO BUZO MM		
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5MM	Nº	QTD			PARAFUSO INTERFER. MM		
PARAFUSO MALEOLAR 4.5MM	Nº	QTD			PARAFUSO DISTAL / PROX. MM		

## MATERIAL FORA DA LISTA

DESCRÍÇÃO	QTD	DESCRÍÇÃO	QTD
CIRCULANTE		INSTRUMENTADOR(A)	

Recebemos de Dibron Comercio de Artigos Ortopedicos Eireli - EPP os produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado. Destinatario: Fundo Estadual de Saude - Rua General Valadao, 32 - Centro - Aracaju/SE		Data de Emissao: 08/04/2020	NFe Nº 0000050392
Data de Recebimento:	Identificação e Assinatura do Recebedor	Valor Total da Nota 831,35	Série 001
 <b>DIBRON</b> Dibron Comercio de Artigos Ortopedicos Eireli - EPP Rua Thomaz Pileggi, 421 - - República 14030-010 - Ribeirão Preto - SP - Fone/Fax: 16 3234 0226	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 0 N. 0000050392 Série 001 Folha 1/1	Controle do Fisco  Chave de Acesso 3520 0455 1216 0200 0199 5500 1000 0503 9216 6230 7910 Consulta de autenticidade do portal nacional da NFe www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora	
Natureza de Operação Venda a Prazo.		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		Data de Emissao	
Nome/Razão Social Fundo Estadual de Saude		CNPJ/CPF 04.384.829/0001-96	
Endereço Rua General Valadao, 32 -		Bairro/Distrito Centro	CEP 49010-460
Município Aracaju	Fone	UF SE	Inscrição Estadual
			Hora Saída/Entrada 09:56:00

Fatura		Data de Emissao	
Nº da Duplicata 001	Vencimento 08/05/2020	Valor 831,35	Nº da Duplicata Vencimento Valor

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

Transportador / Volumes Transportados		Data de Emissao	
Nome Social		Frata por Conta 0-Remetente(CIF)	Código ANTT
Endereço		Município	UF
Guarulhos	Especie	Marca	Inscrição Estadual
		Numerização	Peso Bruto
			Peso Líquido

Cod. Prod.	Descrição dos Produtos	NCM/NF	CST CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Descontos	Vlr. Total	BC Icms	Vlr. Icms	Vlr. IPI	Aliq. %		Vlr. Aprox. dos Trib.
													ICMS	IPI	
2687	Placa DCS 950 - 14 Furos - SUS: 07.02.03.082-1 Lote: 7182/19 Quantidade: 1 Fabricação: 01/01/2019 Validade: 01/01/2099	90211020	040	6108	UN	1,0000	686,8700	0,00	686,87	0,00	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 Quantidade: 2 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	0,00	1,52
7787	Parafuso Cortical 4,5 X 40MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 0455/20 Quantidade: 2 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	0,00	1,52
3019	Parafuso Cortical 4,5 X 58MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 3552/19 Quantidade: 1 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	0,00	0,76
3020	Parafuso Cortical 4,5 X 60MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 6541/19 Quantidade: 1 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	0,00	0,76
3289	Parafuso Cortical 4,5 X 64MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 4775/17 Quantidade: 1 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	0,00	0,76
3291	Parafuso Cortical 4,5 X 68MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 0242/11 Quantidade: 1 Fabricação: 10/06/2011 Validade: 10/06/2099	90211020	040	6108	UN	1,0000	18,0600	0,00	18,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,76

Dados Adicionais		Informações Adicionais do Fisco	
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 Isencao de ICMS conforme convenio 01/99 prorrogado pelo convenio 49/17 e aliquota 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			

## 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  
 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 subtrocantérica (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 TERAPÉUTICOS

## 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 SUBTROCANTÉRICA + TERÇO MÉDIO DO FÉMUR ESQUERDO

&gt;História da admissão

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

&gt;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.

&gt;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

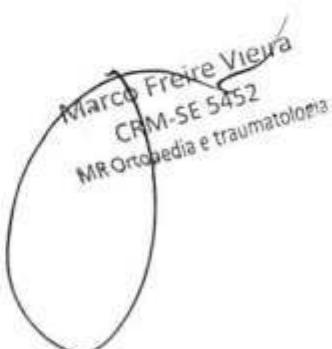
## 5. PLANO PÓS-ALTA

## 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 traumato

## Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASILIA S/N, LAGARTO-SE, 90035-003, (79) 3632-2026, 65568343

## 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

**5. 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 solic: 980016283208113

CNES: 6568343 - HOSPITAL UNIV MONSENHOR JOAO BATISTA DE CARVALHO DALTRÔ

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

Telefone: (79)9988-63056 Muda Proc.7: NÃO

Município: 28030 - LAGARTO

UF: SE CEP: 49400-000

Procedimento solicitado: 04.08.05.061-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

Procedimento principal: 04.08.05.061-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

Diag. principal: S722-FRATURA SUBTROCANTERICA

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Obito:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 22 / 03 / 2020

Data saída: 28 / 03 / 2020

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior: -

AIH Posterior: -

Liberação SISAIH01:

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador: - / -

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/	Qtde	Cmpt	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	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
4	50392	55121602/0001-99				
5	50392	55121602/0001-99				

## CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
Y69	ADQURIDO	ACIDENTE NAO ESPECIFICADO DURANTE A PRESTACAO DE CUIDADO MEDICO E CIRURGICO

Número de Nascidos

Número de Saldas

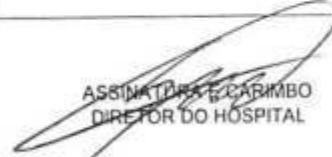
Nº Pré-Natal:

Vivos:

Altas:

Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 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"

  
 ASSINATURA E CARMBO  
 DIRETOR DO HOSPITAL

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO  
HOSPITALAR**

Universitário  
Lagarto

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

2/4-CNES  
6568343

1/3-ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
Hospital Univ Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro

TA PROVÁVEL INTERNAÇÃO 22/03/2020	DATA PROVÁVEL CIRURGIA 25/03/2020	EQUIPE ERICO DE PINHO MENEZES
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

8-Nº PRONTUÁRIO  
548156

5-NOME DO PACIENTE  
**REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA**

7-CARTÃO NACIONAL SUS  
**4014036189744** 8-DATA NASC.  
19/10/1982

9-Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>
10-Raça/Cor Parda <input type="checkbox"/>	10.1-Etnia

11-NOME DA MÃE  
MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA

**33**

11.1-RESPONSÁVEL

12-TELEFONE DE CONTATO  
79-998863056

13-ENDERECO (Rua, N°, Bairro)  
TRAVESSA SITIO DE LORO 435 - HORTA

14-MUNICÍPIO  
LAGARTO

**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 cirúrgica

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

rx + exame físico

21-DIAGNÓSTICO INICIAL  
FRATURA SUBTROCANTÉRICA

22-CID 10 PRINCIPAL  
872.2

23-CID 10 SECUNDÁRIO  
Y69

24-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

25-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA  
SUBTROCANTERIANA

27-LEITO/CLÍNICA

28-CARÁTER DE INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

29-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
Dr. BRENTO GOMES GALLO

30-DT SOLICITAÇÃO 22/03/2020 20:46:12

31-CNS 980016284945022

32-ASSINATURA E CARIMBO CRM 3647  
LGP: 0917521530

26-COD. DO PROCEDIMENTO

#08050616 **040805 0616**

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

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

DESCRÍPCAO 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

56-Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
(AIH)

49-DT AUT. / /

53-DT AUT. / /

**282010023432-5**

50-CNS

54-CNS

51-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG CONSELHO)

55-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG CONSELHO)

**Breno Gallo**  
CRM 1647 S001-768  
Ortopedista Infantil

WELTONALDO PERINHO DA SILVEIRA

Sistema Ministro  
SUS Único de da  
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Universitário  
Lagarto

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

2- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

2-CNES  
6568343

2-CNES  
6568343

Assinatura e Cartimbo do Profissional Solicitante

Breno Gallo  
Onopedista Infantil  
CRM: 3647  
SOP: 78

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.

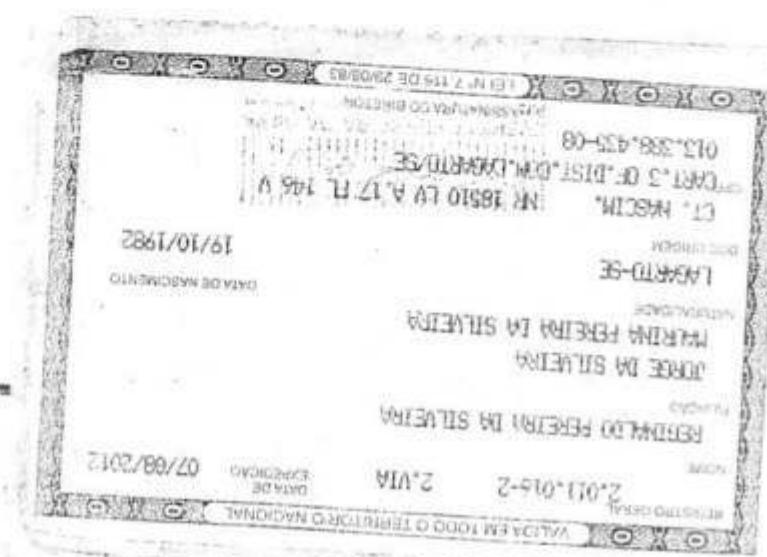
AINDA PERMANECE EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA FRATURA.

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 & Cirurgia do Joelho  
CRM/SE 4044 TEOT 14290

Dr. Julio Augusto Do Prado Torres  
CRM: 4044



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

CONTRAN

CS	000013267159	Nº 015855620380
DETRAN-SE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.
1	01048071593	EXERCÍCIO
NOME		
FÁBIO SILVA ALMEIDA		
CPF / CNPJ		PLACA
836.643.355-20		QKR 2372
PLACA ANT / UF		CHASSI
QKR 2372/SE		9C2KD0888FR026226
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL
PES/MOTOCICLETA/NEHUNA		ALCO/SASOL
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR160 Bros E50		2015 2015
CAP / POT / CIL		CATEGORIA
290CV/162CC		BRANCA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA
PAGO		1º 88888888
FAIXA I.P.V.A.		2º 88888888
		3º 88888888
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS		PRÉMIO TOTAL (R\$)
		DATA DE PAGAMENTO
OBSERVAÇÕES: 01-29		
DOCUMENTO DE PAGAMENTO VÔO NACIONAL PARA CONFERÊNCIA		
MOTOR: KD00E0F026226		
LOCAL: ARNEIRO MELO SILVA		DATA
LASARTO-SE		03/03/2020
ESPELHO		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2020 03/03/2020

VIA CPF / CNPJ PLACA  
836.643.355-20 QKR 2372

RENAVAM MARCA / MODELO  
1048071593 HONDA/NXR160 Bros E50

ANO FAB. CAT. TARIF. N.º CHASSI  
2015 9 9C2KD0888FR026226

PRÉMIO TARIFÁRIO  
PMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
3,64 8,48 4,95

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)  
4,15 0,05 12,30

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO 27/02/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**Outorgante:** (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Reginaldo Pereira da Silveira  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: funcionário  
Identidade: 2.0110162 CPF: 013.388.455-08  
Endereço: Residencial do Bonsucesso  
Bairro: Lagarto Cidade: Lagarto  
Estado: Sergipe CEP: 49400-000

**Outorgado:** LAERTE PEREIRA FONSECA, natural de Lagarto-Sergipe, casado, portador de célula de identidade nº3.215.460-7 SSP/SE, , inscrito no cadastro de pessoa física nº 019.990.755-28 ADVOGADO 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: Indivíduo

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. Praia, Vilaça, 88 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 49.400-000  
Fones: (77) 3651-8007 / (77) 98878-8200 / (77) 98878-8201

REGISTRO: LAFAYETE LUIZ DO NASCIMENTO  
SUBSTITUTA: DANIELA BORGES LIMA DO NASCIMENTO  
ESCREVENDO AUTORIZADA: JESSICA OLIVEIRA DE MORAES

Reconhecimento por Autenticidade da firma de  
REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA e data  
fe. 07/07/2020. Em testemunho  
da verdade Escrevente: Deborah Santana  
Santos. Selo Digital 202029516033511. Site  
www.tjse.jus.br/x4QRBRE.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222778/20

**Vítima:** REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

**CPF:** 013.388.435-08

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/03/2020

**Titular do CPF:** REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## 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](http://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
<b>Total</b>			<b>60 %</b>	<b>R\$ 8.100,00</b>

## 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 n°: 11340822

A/C: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

**Sinistro:** 3170362188 ASL-0253969/17  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>8.100,00</b>

**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%

<b>Valor a indenizar:</b> 25,00% x 13.500,00 =	R\$	<b>3.375,00</b>
--	-----	-----------------

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

**Graduação:** Em grau médio 50%

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

<b>Valor a indenizar:</b> 35,00% x 13.500,00 =	R\$	<b>4.725,00</b>
--	-----	-----------------

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO DE PESSOAS	2.611.016-2
2. VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 07/08/2012
NAME	REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
ALIAS	Documentos de identidade
JERÔNIMO DA SILVEIRA	00112
MARINA PEREIRA DA SILVEIRA	DATA DE NASCIMENTO
NATURALIDADE	19/10/1982
LACARDO-SE	
DOC CRUEH	
01. NASCIM.	NR. 00001 L. 4. 12 PL. 146 V
CART. 3 OF. DIST. COM. LACARDO-SE	
013.388.435-08	
ASSINATURA DO EMISSÁRIO	
LEI Nº 7.116 BE 29/08/83	

માનવિકીય પ્રાચીન કાળ

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

**Vitima:** 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](http://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](http://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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

RG 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 posso comprovar 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)	EST. DE LOURÓ
Número	345
Apto/Complemento	CASA
Bairro	Pov. HORTA
Cidade	LAGARTO
Estado	SERGIPE
CEP	49.400.000
Telefone de Contato	99906-0504
E-mail	

Por ser verdade, fimo-me.

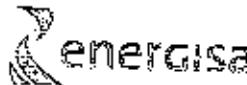
Lócale Data: 14 AGO

Assinatura do Declarante:

Separadora Litter Fresh, 7 mililitros - 00000000000000000000000000000000

MARINA PEREIRA DA SILVEIRA  
EST. DE LOURO, 365 - CENTRO  
AGARTO/SE CEP: 48400000 (AG 100)

Classificação: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 1 - 180 - 35 - 1185  
NP medidor: W1036535406  
Referência Jun/2017  
Entrega: 02/06/2017



ENERGISA SERGipe-DISTRIBUÍRÉNERGIA SA  
Rua Mir Antônio Sales, 81 - Itaitó-Barbosa  
Aracaju/SE - CEP: 49040-190  
CNPJ 10.017.482/0001-63 - Ins. EMI 270.767.466  
Not. Fisco/Caráter de Energia Elétrica N000015.403  
Órgão para 04 Municípios da Região SE/12701

Atendimento ao Cliente Energisa 08000 79 0196 | [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conteúdo referente a:

UC (Unidade Consumidora):

S/381570-1

Jun / 2017

Apresentação:

02/06/2017

Data prevista da  
proximidade/término:

05/07/2017

GBE/CNPJ/RAM:

100660000

Int. Emiss.

Cartões em atraso:

Anterior Atual Constante Consenso Diferença

Data Leitura Data Leitura

04/05/17 18126 05/06/17 18127

Complementar:

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	61	0,29732	18,68
Adm. E. Vermelha		1,41	
Subsídio		7,15	
PIS		0,26	
COFINS		1,24	
<b>VENCIMENTOS E SERVIÇOS</b>			
CONTABILUM PÚBLICA		10,29	
Desconto Subsídio		-7,15	

Historico de consumo

(R\$/MWh)

Maio/17	66
Abri/17	80
Março/17	87
Fev/17	68
Jan/17	65
Dez/16	73
Nov/16	39
Out/16	69
Set/16	84
Ago/16	77
Juli/16	62
Jun/16	80

DATA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
04/05/17	0,00	0,00%	0,00
<b>PIS</b>	28,75	1,00%	0,28
<b>COFINS</b>	26,75	4,8562%	1,24

**VENCIMENTO** | **TOTAL A PAGAR**

09/06/2017

R\$ 29,88

Média das últimas 3 meses

-70

RELEVADO AO FISCO

Ocas. 3417.498f.71db.eb5a.835a.ca6b.bf2d.

Indicadores de Operação - Métricas

Métrica	Valor	Unidade	Unidade de Leitura	Unidade de Leitura
DIAS MÉDIA	555	0,00	NOMINAL	127
DISTRIBUIDOR	11,13			
DI. MÍN.	22,21			
FE. MÉDIA	2,30	0,00	CONTATADA	111
FE. MÉSTRAL	0,80		WHITE ENERGY	111
FE. MÁXIMA	13,23		LÍMITE SUPERIOR	122
QMC	2,20	0,00		
DDN	12,22			

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Conta de Energia	8,66	29,82
Compre de Energia	8,48	29,37
Serviço de Transmissão	0,73	2,54
Entrega de Bem/	2,07	7,02
Impostos Diretos e Encargos	1,19	3,94
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>29,88</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUED (Ref. 3/2017) R\$ 10,77

ATENÇÃO

Suavizado SEC 7,86/113 R\$ 7,50  
Realiza Tarifa de Vigência 22/04/17, Realiza ANEEL P202498433 Tabela 0,144 Médio  
Realiza Tarifa de Vigência 22/04/17, Realiza ANEEL P202498433 Tabela 0,144 Médio  
Leitura confirmada.

Segunda-feira, 12 de Julho de 2018 10:21 - 60000346



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE LAGARTO

RUA DO LIMOEIRO, 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 LIMOEIRO, 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 POLICIA DE LAGARTO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

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

Pessoa: Física CPF/CGC: 013.388.435-08 RG: 20110162 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

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

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

Endereço: TRAVESSA SITIO DE LOURO Número: Complemento:

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

Proximidades: Telefone: 079/ 9-8906-0504

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 9c2lc4110ar066521, 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



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA

2014

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 SILVEIRA,PORTADOR(A) DO RG Nº 2011.016-2

EXPEDIDO POR

EM 07/08/2012

CPF 013388935-08 /CNPJ 00000000-0000-00, 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 Susep 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 sobre a 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 revogar-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](http://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 colorida, 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0645 Nº de CONTA (com dígito, se existir) 51908-0

## 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 2012 de Reginaldo Pereira da Silveira  
 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 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 11.943/2009) 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.