



**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



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:

06/11/2020

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202054101361, referente ao protocolo nº 20201105104601555, do dia 05/11/2020, às 10h46min, denominado Procedimento Comum, de Assistência Judiciária Gratuita.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE
DIREITO DA __ VARA CÍVEL DA COMARCA DE LAGARTO (SE).**



REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA, brasileiro, maior, capaz, solteiro, desempregado, portador do CPF n.º 013.388.435-08, Identidade n.º 2011016-2, 2^a VIA SSP (SE), residente e domiciliado na Estrada de Louro, nº 345, Bairro Horta, zona rural, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, por meio do seu procurador firmatário, devidamente constituído, vem, à presença de Vossa Excelência, com todo o respeito, consubstanciado na Lei 6.194/74 c/c 8.441/92 propor:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**

Frente a: ***SEGURADORA LÍDER DOS
CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT***, Pessoa Jurídica de Direito Privado, localizada na Rua Senador Dantas, 74, 5.^o andar, Centro, Rio de Janeiro (RJ), CEP: 20031-205, pelos fatos e fundamento adiante elencados:



I – DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

O Requerente apresenta insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios. Diante disso, com fulcro no Art. 98, § 1º e incisos, do NCPC, requer a gratuidade da justiça compreendendo todas as despesas relacionadas no rol do parágrafo primeiro e seus incisos.

II – DOS FATOS

O Requerente foi vitimado em acidente de trânsito, decorrente da queda da garupa de uma motocicleta, fato esse ocorrido no dia 22 de março de 2020, nesta urbe.

Diante do infortúnio, tendo preenchido todos os requisitos e cumprido todas as exigências burocráticas, o Autor fora considerado beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, consoante consta na Carta que informou o pagamento de indenização, em anexo, enviada pela Requerida.

No entanto, inobstante a natureza dos danos do Requerente tenha sido qualificada como **FRATURA SUBTROCANTRÉICA A ESQUERDA COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO PARA FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS**, ou seja, **PERDA COMPLETA DE UM DOS MEMBROS INFERIORES**, conforme relatório anexo, inclusive pela própria Requerida na referida correspondência, pagou o valor da indenização do seguro obrigatório DPVAT, qual se deu no ínfimo importe de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, sem proceder com qualquer perícia médica, e sem considerar a sequela permanente do Requerente, o que causou-lhe grande espanto e decepção.



Ora, Excelência, a Lei 6.194/74, que trata do seguro em questão, traz valor muito superior a esse para os casos que resultem em invalidez, como será bem delineado adiante, de modo que o valor devido aos danos dessa natureza podem alcançar até **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**.

Excelência, o mesmo dispositivo legal traz uma graduação de valores indenizatórios, que levam em consideração o grau de lesão do beneficiário, a saber:

- *R\$13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais): no caso de morte;*
- *Até R\$13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais): no caso de invalidez permanente;*
- *Até R\$2.700,00 (Dois mil e setecentos reais) – como reembolso à vítima, no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.*

Destarte, a Requerida não cumpriu com o que estabelece e determina a legislação em vigor, posto que o Autor se enquadra no caso de **INVALIDEZ PERMANENTE NO MEMBRO INFERIOR**. No entanto, recebeu valor nitidamente irrisório.

É, portanto, evidente que a indenização paga pela Requerida não é condizente com a previsão legal e com a seriedade das lesões sofridas pelo Autor, uma vez que mesmo realizando cirurgia, ainda se encontra com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.

Nesse diapasão, a Tabela de Indenização de Seguros DPVAT em Função do Grau de Invalidez determina o pagamento dos seguintes valores em decorrência da citada lesão:



-
- *Perda funcional completa de um dos membros inferiores – Natureza Total: R\$9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais);*

Diante do exposto, é inquestionável a natureza incapacitante da lesão do Requerente, que, frise-se, vitimou permanentemente o funcionamento do seu membro inferior esquerdo, de modo que a indenização que deveria ter sido paga pela Requerida corresponde, no mínimo, a **R\$9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais).**

Dessa feita, a majoração da indenização com vistas a adequá-la à sua real situação é medida que se faz necessária, por ser de inteira justiça e direito.

Sendo assim, pugna o Autor pelo pagamento da complementação da indenização do seguro DPVAT no valor de **R\$ 7.762,50 (sete mil e setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, correspondente à diferença do valor que, de fato, lhe era devido, a saber, **R\$9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**, deduzindo o valor **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, que a Requerida, equivocadamente, efetuou.

Ressalta-se, ainda, que a não correção do valor recebido pelo Autor causará enriquecimento ilícito da seguradora, haja vista ser seu dever proceder com o pagamento adequado das indenizações dos seus beneficiários.

Desse modo, resta claro que o Autor buscou resolver sua situação administrativamente, visando o valor adequado da sua indenização, apresentando relatórios médicos, laudos periciais, tendo todos os requisitos cumpridos.



No entanto, ainda assim, tudo foi em vão, posto que, injustificadamente, a Demandada efetuou o pagamento muito aquém do que deveria, não havendo outra forma do Requerente alcançar o seu direito, a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da Ré ao pagamento deste.

III – DOS FUNDAMENTOS

Diante do arcabouço fático alhures explanado, é incontestável o direito que tem o Requerente a receber a majoração da sua indenização, devida pela Requerida.

Nesse diapasão, a Lei 6.194 de 1974, em seu artigo 3º, assim dispõe:

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

(...)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

Dessa forma, consoante já fora devidamente delineado, e confirmado pela própria Requerida na Carta enviada ao Autor, as lesões do Requerente se enquadram como invalidez, de onde decorre o seu direito à percepção de valor que se enquadre na previsão do dispositivo trazido.



Sendo assim, é necessário avaliar o grau da incapacidade do Autor, a fim de que seja identificado o valor que, de fato, ele deve receber, de modo que esta avaliação demanda a realização de perícia.

Sobre a graduação da incapacidade, dispõe o Art. 3º, da Lei 6.194/1974, já supramencionado:

At. 3º. (...) § 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.



Nesse passo, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474, assegurando o pagamento da indenização com observância do grau da invalidez do beneficiário, *in verbis*:

Súmula 474. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.

É, ainda, de se ressaltar que a incapacidade do Autor atingiu a mobilidade e/ou funcionalidade de seu membro inferior esquerdo completamente, o qual fora atingido por sequela permanente.

Os Tribunais pátrios vêm decidindo pelo reconhecimento do direito aqui tratado. Eis os julgados:

APELAÇÃO - COBRANÇA - INDENIZAÇÃO - COMPLEMENTAÇÃO - DPVAT- LEI 11.482/07- ART. 3º - VIGÊNCIA- APPLICABILIDADE. A lei 6.194/74 que regulamenta o seguro obrigatório estabelece em seu artigo 5º as exigências para se efetuar o pagamento da indenização, quais sejam: a simples prova do acidente e do dano decorrente, independente de culpa. A lei 11.482/07 alterou o artigo 3º da lei 6.194/74, prevendo indenização em caso de invalidez permanente, no valor de R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), sendo que havendo provas hábeis para a formação da convicção de que houve o pagamento parcial da indenização, não há óbice ao pagamento do restante devido (TJ-MG - AC: 10480100035629001 MG, Relator: Antônio Bispo, Data de Julgamento: 15/04/2013, Câmaras Cíveis / 15ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 03/05/2013)

RELAÇÃO CÍVEL. APELAÇÃO EM AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DPVAT. SEGURO OBRIGATÓRIO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. APELO DO RÉU. PRELIMINAR DE CARÊNCIA DE AÇÃO REJEITADA. POSSIBILIDADE DE PROPOR AÇÃO PARA RECEBER COMPLEMENTO DE INDENIZAÇÃO. APLICAÇÃO DA LEI 11.945/09.



DUPLO ENQUADRAMENTO NÃO VERIFICADO. LESÕES EM ÁREAS DO CORPO DIFERENTES. DISCRIMINAÇÃO DA TABELA DO DPVAT. JUIZ QUE NÃO ESTÁ ADSTRITO AO LAUDO PERICIAL. INTELIGÊNCIA DO ART. 371 NCPC. DEVER DE PAGAR INDENIZAÇÃO NO VALOR DE R\$ 9.618,75 (NOVE MIL SEISCENTOS E DEZOITO REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS). REFORMA DO VALOR ARBITRADO NA SENTENÇA DE PISO. CORREÇÃO MONETÁRIA. INCIDÊNCIA A PARTIR DA DATA DO EVENTO DANOSO. APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA E PARCIALMENTE PROVIDA. SENTENÇA REFORMADA EM PARTE (TJ-BA - APL: 05003620520158050001, Relator: Maria da Graça Osório Pimentel Leal, Primeira Câmara Cível, Data de Publicação: 01/09/2017).

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DPVAT. INTERESSE DE AGIR PRESENTE. INVALIDEZ PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. PARCIAL E INCOMPLETA. AFERIÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. PROVA PERICIAL CONCLUSIVA. PAGAMENTO NOS TERMOS DA TABELA DA LEI 11.945/2009. INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL AO GRAU DE DEBILIDADE DA VÍTIMA. HONORÁRIOS RECURSAIS. SENTENÇA MANTIDA. APELO IMPROVIDO. - Já ter recebido valores por via Administrativa não caracteriza ausência de interesse de agir já que em recente decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal em sede do Recurso Extraordinário 839.353/MA, ficou decidido que para a configuração do interesse de agir para a propositura de ação de cobrança de seguro obrigatório - DPVAT - necessita a vítima de acidente requerer o prévio pedido administrativo. - O pagamento da indenização em caso de invalidez deve ser proporcional à lesão e ao grau de incapacidade, como prevê as regras da SUSEP e a Súmula 474 do STJ. - Tendo a parte autora recebido administrativamente indenização em valor menor que o devido, é cabível o deferimento de indenização



complementar (TJ-BA - APL: 05368618520158050001, Relator: Lisbete M. Teixeira Almeida Cézar Santos, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 22/11/2017).

APELAÇÃO CÍVEL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO. DPVAT. - PROCEDÊNCIA PARCIAL NA ORIGEM. RECURSO DA RÉ. INDENIZAÇÃO. VALOR. PROPORCIONALIDADE À INVALIDEZ. LAUDO PERICIAL. CONCLUSÕES. INTERPRETAÇÃO. INCAPACIDADE COMPLETA. ACERTO. - "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez". (En. n. 474 da Súmula do STJ) SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO (TJ-SC - AC: 05043069520138240020 Criciúma 0504306-95.2013.8.24.0020, Relator: Henry Petry Junior, Data de Julgamento: 31/10/2017, Quinta Câmara de Direito Civil).

Desse modo, em consonância com o previsto na Lei 6.194/1974, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte Ré ao pagamento da complementação do seguro DPVAT ao Autor.

IV – DOS PEDIDOS

“***EX POSITIS***”, com esteio nos fatos e fundamentos acima alinhavados, o Autor requer à Vossa Excelência, que, inicialmente, receba a presente ação, com seus respectivos documentos e, em seguida:

a) Determine a citação da Requerida, no endereço acima declinado, para, querendo, comparecer à audiência de conciliação, instrução e julgamento, oferecendo sua contestação na fase processual oportuna, sob pena de revelia e confissão ficta da matéria de fato;



b) Que a parte Ré seja condenada a pagar ao Requerente a complementação da indenização do seguro DPVAT no valor **R\$ 7.762,50 (sete mil e setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, correspondente à diferença do valor que, de fato, lhe era devido, a saber, **R\$ 9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**, deduzindo o valor **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, que a Requerida, equivocadamente, efetuou, observando o disposto no Art. 3º, II, da Lei 6.194/1974, sendo esta quantia atualizada monetariamente desde o evento danoso.

c) Se digne Vossa Excelência em nomear perito, a fim de que seja ratificada a constatação da invalidez permanente remanescente na parte Demandante, e, posteriormente, confirme o real valor devido a esta;

d) Os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do Art. 98, e seguintes, do CPC, por ser o Requerente pobre na forma da lei e sem condições de pagar custas judiciais sem prejuízo do seu sustento e de sua família;

e) A condenação da Requerida nas custas processuais e honorários advocatícios, a serem arbitrados por Vossa Excelência.

Protesta provar o alegado, com todos os gêneros de prova em Direito admitidas, sob pena de confissão, perícias, vistorias, juntada de documentos e oitiva de testemunhas.

Dá-se à causa o valor de R\$ 7.762,50 (sete mil e setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

**NESTES TERMOS
PEDE DEFERIMENTO.**

Lagarto (SE), 04 de novembro de 2020.



LAERTE FONSECA
& ADVOGADOS ASSOCIADOS

**Bel. Laerte Pereira Fonseca
Bela. Naiane Santos C. Dória
Bel. Yuri Andrade Chaves**

***Bel. LAERTE PEREIRA FONSECA
OAB/SE 6779***



Praça Felino Fontes, 41, centro, (Próximo a Praça da Antártica) – LAGARTO/SE.
Rua Edésio Vieira de Melo, 294, centro, (Próximo ao Sindicato) – NOSSA SRA. DAS DORES/SE.
Tel.: (79) 3631-7735 / 9.9947-7246 / 9.9959-0626.

E-mail: laerte@laertefonseca.adv.br

Site: www.laertefonseca.adv.br



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

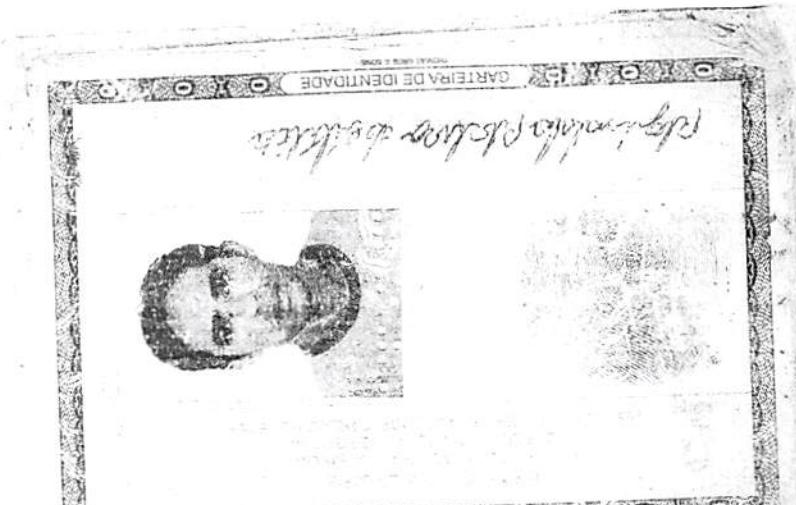
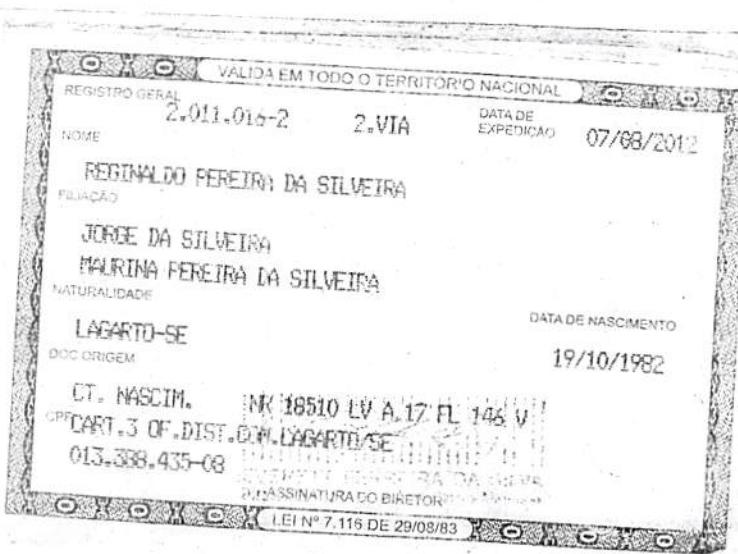
OUTORGANTE(S): *REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA*, brasileiro, maior, capaz, solteiro, desempregado, portador do CPF nº 013.388.435-08, Identidade nº. 2011016-2, 2^a VIA SSP/SE, residente e domiciliado na Estrada de Louro, nº 345, Bairro Horta, zona rural, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, pelo presente **INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado:

OUTORGADO(S): *LAERTE FONSECA ADVOGADOS ASSOCIADOS*, Sociedade de Advogados, devidamente registrada na OAB/SE sob o número **464/2017**, com sede profissional na Praça Felino Fontes, nº 41, Centro, Lagarto (SE), CEP: 49.400-000, Telefone: (79) 99947-7246 e 3631-7735, a quem confere:

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", inclusive os enumerados na parte "in fine" do art. 105 do NCPC, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, remir, adjudicar, assinar escrituras públicas, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, passar recibo, receber e dar quitação, assinar declaração de hipossuficiência econômica, fazer levantamento de depósitos judiciais, impugnar, assinar quaisquer termos e praticar quaisquer atos em defesa do outorgante, inclusive contestar, recorrer, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Lagarto (SE), 04 de dezembro de 20 20.

Reginaldo Pereira da Silveira
REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica:

Nº 028.131.688

DADOS DO CLIENTE:

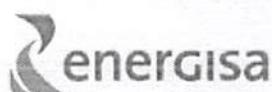
MAURINA P*****

EST D* LO** 345

LAGARTO

Identificador para Débito Automático: 0000381570-1

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 270.767.436



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
3/381570-1

www.energisa.com.br [@energisa](#)

REFERÊNCIA
OUT/2020

APRESENTAÇÃO
02/10/2020

CONSUMO
71

VENCIMENTO
09/10/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 45,10

Destaque aqui!

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/10/2020

Pagador: MAURINA P***** CNPJ/CPF: 001.***.***-**

EST D* LO** 3* - CENTRO - LAGARTO / SE - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32689190001063839	000000000202010	09/10/2020	R\$ 45,10	

13.017.462/0001-63

BENEFICIÁRIO:ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA

RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/178003-4

Especialidades:

Fisioterapia
Dra. Luciana Ramos
Cardiologia
Dr. Lauro Costa
Dr. Hirau de Paula Haun
Ginecologia/Obstetrícia
Dr. Edila Amaral
Pediatria
Dr. Bergson Luiz
Dermatologia/Estética
Dra. Yasmin Gama
Cirurgia Geral/Endoscopia
Dra. Karine Oliveira
Endocrinologia e diabetes
Dra. Isabella Carnaúba
Dr. Diógenes Freire
Ortopedia
Dr. Sérgio Cabral
Dr. Denis Cabral
Radiologia/Ultrassonografia
Dr. Mateus Paulinelli
Dr. Atílio Godinho
Clinica Médica
Dra. Fabiana Dória
Dra. Ester Prata
Gastroenterologia
Dr. Carlos Eduardo Silva
Psicologia
Dra. Daniela Oliveira
Fonoaudiologia
Dra. Gregorina Rocha
Dra. Lucileide Santos
Nutrição
Dra. Iara Carnaúba
Dra. Isadora Reis
Odontologia
Dra. Heloisa Dias
Urologia
Dr. Lucas Meira
Otorrinolaringologia
Dr. Alex Carvalho
Cirurgia Pediátrica
Dr. Rodrigo Vasconcelos
Neurologia
Dr. Arthur Maynart
Dr. Delcio Junior
Dr. Philippe Macedo
Psiquiatria
Dra. Maria Izabel Silva

Serviços:

Laboratório de Análises Clínicas
Bioimpedância
Radiografia
Mamografia
Doppler de vasos
Ultrassonografia
Ecodopplercardiograma
M.A.P.A.
Holter
Videoendoscopia
Videolaringoscopia
Exame de Lâmina
Eletrocardiograma
Eletroencefalograma
Teste Ergométrico
Tomografia Computadorizada
Audiometria
Ressonância Magnética



CLIMEF
Clínica Médica e Fisioterapia

RELATÓRIO MÉDICO

Relato para o devidos fins, que o a. Reginaldo Pereira da Silveira, n.º 5 este - fazendo fisioterapia devidos os momentos atuais diante a pandemia da covid 19.

Ester Prata Reitosa
Médica
CRM1067

11/8/2020

Praça do Rosário, 32. Centro - Lagarto/SE
Fones: (79) 3631-2400 / 98104-0927 / 99984-3573
www.climef.com

RECEITUÁRIO

Reginaldo Pereira da Silva

12/07/2013 Medo

Consid. de

Paciente com fratura do fêmur (F)
apresenta enlentecimento de 1000 de 4cm
do membro inferior D.

C.D. 577-1
2988

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

30/07/2013



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050549/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2020 20:07:53 Data/Hora Fim: 11/07/2020 20:07:53

Origem: Pessoa Física - Particular 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) 99886-3056

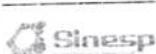
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

"Relata que na tarde do dia 22/03/2020 por volta das 17:30h, estava na garupa de uma motocicleta (honda/nxr160 bros esd, 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 004/2020, tendo em vista plano de ação da polícia civil para contenção da propagação e contágio do corona vírus.



Impresso por: Luciene Santos Silva

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

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Hospital Universitário de Lagarto

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Nome Social:

Data de Nascimento: 19/10/1982

Nº Cartão SUS:

Prontuário: 54815/6

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

RELATORIO MEDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 23/03/2020, SOFRENDO FRATURA SUBTROCANTÉRICA A ESQUERDA. NO DIA 27/03/2020 FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO PARA FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS.

AINDA PERMANECE EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA FRATURA.

A ÚLTIMA RADIOGRAFIA AINDA NÃO DEMONSTRA CONSOLIDAÇÃO DEFINITIVA E PORTANTO O PACIENTE AINDA DEVE MANTER CARGA ZERO.

CID: S72.1 Z98.8

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

Dr. Julio Augusto Do Prado Torres
CRM: 4044

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: **013.388.435-08** 3 - CPF da vítima: **013.388.435-08** 4 - Nome completo da vítima: **Reginaldo Pereira da Silveira**

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

 5 - Nome completo: **Reginaldo Pereira da Silveira** 6 - CPF: **013.388.435-08**
 7 - Profissão: **Lavrador** 8 - Endereço: **estrada de Louro** 9 - Número: **315** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Lagarto** 13 - Estado: **SE** 14 - CEP: **49400-000**
 15 - E-mail: **laert(a)laertonsela.adv.br** 16 - Tel.(DDD): **(49)99955-2089**
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: **Banpb do Brasil**

 AGÊNCIA: **0236**

 CONTA: **500 73**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA: **0236**

 CONTA: **500 73**

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34

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

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

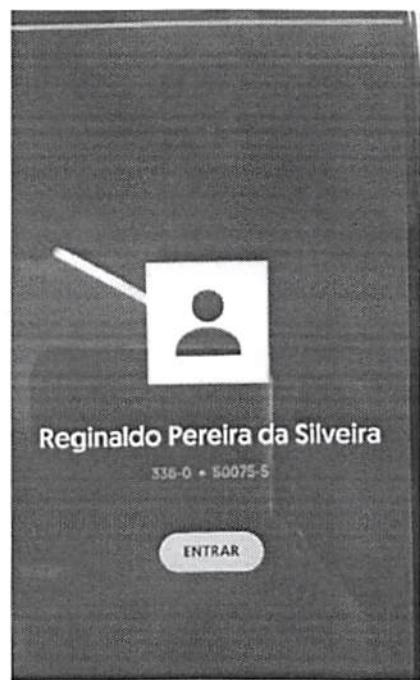
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Lagarto (SE) 04 de agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050549/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2020 20:07:53 Data/Hora Fim: 11/07/2020 20:07:53

Origem: Pessoa Física - Particular Nº do Documento: 132076 Data: 10/07/2020

Delegado de Polícia: Nalile Bispo de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Regional de Lagarto - Aisp

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

Local do Fato

Município: Lagarto (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: TREVO LAGARTO/ITABAIANA

CEP: 49.400-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 19/10/1982 Idade 37

Profissão: Agricultor

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Lagarto

Nome da Mãe: Maurina Pereira da Silveira

Nome do Pai: Jose da Silveira

Documento(s)

CPF: 013.388.435-08

Endereço

Município: Lagarto - SE

Logradouro: TRAVESSA SITIO DE LOURO

CEP: 49.400-000

Bairro: HORTA

Email: reginaldogerente1@gmail.com

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

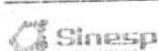
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

"Relata que na tarde do dia 22/03/2020 por volta das 17:30h, estava na garupa de uma motocicleta (honda/nxr160 brs esd, cor branca, placa policial QKR-2372, chassi 9C2KD0800FR026226, licenciada em nome de Fábio Silva Almeida - CPF: 836.643.355-20) conduzida por FÁBIO SILVA ALMEIDA (CPF:836.643.355-20) quando ao passar por um buraco perdeu o equilíbrio e acabou caindo na pista de rolamento, ficando lesionado. Que, foi conduzido por terceiros para o Hospital Regional de Lagarto, onde foi atendido e diagnosticado com FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÉMUR ESQUERDO, conforme de 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 nº 132076 da delegacia Virtual (em anexo), em atendimento a portaria N 004/2020, tendo em vista plano de ação da polícia civil para contenção da propagação e contágio do corona vírus.



Impresso por: Luciene Santos Silva

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

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050549/2020

ASSINATURAS



Réginaldo Pereira da Silveira
Vítima, Comunicante

"Declaro para os deus os fins (Atento que sou o(a) informante responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 339-Denúncia; 340-Comunicação; 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



NOTA FISCAL/CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA N° 000878321
 COOPERATIVA DE ELETRIFICAÇÃO
 E DESENVOLVIMENTO RURAL CENTRO SUL DE SERGIPE LTDA
 CNPJ: 13.107.842/0001-99
 INSC.EST: 27.054.568-9
 TV. SANTA LUZIA, 236
 COLONIA TREZE
 LAGARTO/SE CEP: 49.400-000
 ACESSO WWW.CERCOS.COM.BR

CONTA REFERENTE A

Set 2020

EMISSÃO

APRESENTAÇÃO

PREVISÃO DA PRÓXIMA LEITURA

30/09/2020

30/09/2020

16/10/2020

DADOS DO CONSUMIDOR

FABIO SILVA ALMEIDA DE SANTANA
 LOTEAMENTO SANTA BARBARA COLONIA TREZE, 344

COLONIA TREZE - LAGARTO/SE - CEP: 49400-000
 CPF/CNPJ: 836.643.355-20 MAT.: 4700
 ASSOCIADO: SIM TARIFA SOCIAL: NÃO ROT: 13-03-21-0344
 CLASSE/ SUBCLASSE: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL/MONO MEDIDOR: N1-07943455

CÁLCULO DE CONSUMO

DATA	ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	LEITURA	CONSTANTE	CONSUMO	DIAS
17/08/2020	17290	16/09/2020	17334		1	44	30

DEMONSTRATIVO

DESCRIPÇÃO	QUANTIDADE (kWh)	TARIFA	VALOR (R\$)
Consumo	44	0,753850	33,17

IMPOSTOS E ENCARGOS

JUROS (0,03% a.d) Ref.: 8/ 7/	0,34
MULTA (2,00%) Ref.: 8/ 7/	1,61

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

13/10/2020

R\$35,12

HISTÓRICO DE CONSUMO E PAGAMENTO

MÊS/ANO	CONSUMO MEDIDO (kWh)	CONSUMO FATURADO (kWh)	VALOR (R\$)	EM ABERTO (SIM/NAO)	DATA DE PAGAMENTO
8/2020	61	61	58,50	NAO	24/09/2020
7/2020	26	30	22,08	NAO	02/09/2020
6/2020	43	43	33,84	NAO	03/08/2020
5/2020	50	50	40,10	NAO	25/06/2020
4/2020	50	50	39,14	NAO	26/05/2020
3/2020	51	51	39,92	NAO	30/04/2020
2/2020	50	50	40,00	NAO	31/03/2020
1/2020	35	35	28,62	NAO	13/02/2020
12/2019	44	44	36,71	NAO	15/01/2020
11/2019	91	91	102,39	SIM	
10/2019	41	41	33,30	NAO	27/12/2019
9/2019	3	30	24,68	NAO	04/10/2019
MÉDIA	45	48	41,61	Consumo Diário: 1,47	

ATENDIMENTO AO CLIENTE LIGUE ou
 ou OU

INDICADORES DE QUALIDADE

COMPOSIÇÃO DO VALOR TOTAL DE SUA CONTA

Conjunto CONTA N° 000878321 TREZE Ref. 07/2020	LIMITES DA ANEEL	APURADOS	DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
	11,45	0,00	Serviços de Dist. da CERCOS	16,65	47,41
DIC MENSAL	22,90		Compra de Energia	11,71	33,34
DIC TRIMESTRAL	45,80		Serviço de Transmissão	4,05	11,53
DIC ANUAL	7,97	0,00	Encargos Setoriais	0,76	2,16
FIC MENSAL	15,94		Impostos Diretos e Encargos	1,95	5,55
FIC TRIMESTRAL	31,88		Outros Serviços	0,00	0,00
FIC ANUAL	6,29	0,00	TOTAL	35,12	100,00
DMIC	16,60	0,00	Valor do Encargo do Uso do Sistema de Distribuição		
DICRI					

CANAL DE CONTATO COM O CONSUMIDOR

RESERVADO AO FISCO

7f62.76d4.31ae.8687.b3bd.8ec0.9abe.6ece

BAIXE ESSA FATURA DE ENERGIA LENDO O QR CODE AO LADO



SICREDI PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO

74891.12024 30467.521024 02062.411026 9 8407000003512

PAGADOR: FABIO SILVA ALMEIDA DE SANTANA - CPF/CNPJ: 83664335520

LOTEAMENTO SANTA BARBARA COLONIA TREZE, 344

LAGARTO/SE CEP: 49400000

BENEFICIARIO: COOP. ELET. DESEN. RURAL CENTRO SUL SERGIPE LTDA CNPJ: 13.107.842/0001-99
 TRAVESSA SANTA LUZIA, 236 - COLONIA TREZE - LAGARTO/SE - CEP: 49.400-000
 Agencia / Código do Beneficiario: 2102.02.06241

NOSSO NÚMERO	NÚMERO DO DOCUMENTO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO DOCUMENTO	VALOR PAGO
20/230467-5	636920201001	13/10/2020	R\$35,12	



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica ; Nº 027.267.160

DADOS DO CLIENTE

MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA
EST DE LOURO 345
LAGARTO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/381570-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2020	02/09/2020	67	10/09/2020	R\$ 43,04

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/09/2020				
Pagador: MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA CNPJ/CPF: 001.006.605-50 EST DE LOURO 345 - CENTRO - LAGARTO / SE - CEP 00000-000				
Nosso-Número 32689190000504525	Nr Documento 000000000202009	Data Vencimento 10/09/2020	Valor do Documento R\$ 43,04	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/178003-4				13.017.462/0001-63

MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA
EST DE OURO, 345 - CENTRO
LAGARTO/SE CEP: 49400000 (AC 180)

Ligação: MONOFÁSICO
C/I/S/SC: RUA MTC B2 / RURAL - RURAL RESIDENCIAL
Foneiro: 1-180-15-1195 Referência: Dez/2019
Editor: W1036535436 Emissao: 04/12/2019

energisa

ENERGISA SERGIPÉ DISTRIBUÍDORA SA
Rua Min. Apolinário Sales, 91 - Início Babosa
Aracaju/SE - CEP: 49040-160
CNPJ 13.017.462/0001-63 - Ins. Est. 270.787.496
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°019.087.201
Cód. para DBA Automático: 00003815701

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2019 04/12/2019 03/01/2020 001.006.605-50
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/381570-1

Canal de contato

• Energisa convida você e sua família para o
NATAL ILUMINADO 2019. Serão 1,5 milhão de pontos de luz
decorando as praças Fausto Cardoso, Almirante Barroso
e Olímpio Campos, no centro de Aracaju. Espetáculos artísticos
com show, proteção (janelas musicais), carrossel, trenó do Papai Noel
e muito mais. De 26/11 a 06/01/19

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
0471119	77087	04/12/19	Leitura	70 30
Demonstrativo				
C/ C. Descrição Quantidade Tarifa/ Cálculo Valor Base Calc. Aliq. Icms(R\$) Base Calc. PIS(R\$) Cofins(R\$) Minutos Total(R\$) Icms(R\$) Icms PIS/Cofins(R\$) (0,7518%) (0,4631%)				
1301 Consumo em kWh	70.000,00	21090	29,47 0,00 0 0,00 29,47 0,22 1,02	
1301 Ágio B. Vermelha			2,61 0,00 0 0,00 2,61 0,02 0,03	
1301 Ágio B. Amarela			0,14 0,00 0 0,00 0,14 0,00 0,00	
1310 Subsídio			9,31 0,00 0 0,00 9,31 0,07 0,32	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
1297 CONTROLE PÚBLICO		11,68	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
1204 JUROS DEMORA 11/2019		0,15	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
1205 MULTA 11/2019		0,59	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
1306 Devolução Subsídio		-8,92	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

C/ C. Código de Classificação do Item: TOTAL	45,03	0,00	0,00	41,53	0,31	1,43					
Índice de Taxa: 0,423350											
Média últimos meses (kWh)											
VENCIMENTO											
11/12/2019	TOTAL A PAGAR										
	R\$ 45,03										
Histórico de Consumo (kWh)											
59 67 65 65 72 69 66 53 59 50 57 65											
Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abri/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19	Nov/19

RESERVADO AO FISCO

d371.9578.5252.3a51.0ebd.85b8.1aec.1757.

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
MENSAL	5,43	0,00	NOMINAL	127	
TRIMESTRAL	10,68				
MENSAL	2,72				
TRIMESTRAL	0,39	0,00	CONTRATADA		
MENSAL	0,60		LIMITE INFERIOR	1,7	
TRIMESTRAL	12,29		LIMITE SUPERIOR	130	
MENSAL	0,11	0,00			
TRIMESTRAL	1,22				
Total				45,03	100,00
Valor do EUSD (Ref. 10/2019) R\$ 12,34					

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Fluxo de Caixa DEC 7.051/18 R\$ 6,92
Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município.

OUVIDORIA Energisa 08000 79 0903 (número comum para todos os serviços) - (85) 3222-1111 (língua portuguesa de libras) - (85) 3222-1111 (língua portuguesa de libras e mímica)



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Laerte Pereira Fonseca 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 013.388.465-08, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez 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>Prof. Felino Fonseca</u>	Número	<u>91</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Lagarto</u>
Email	<u>laerte@lagartolider.com.br</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(49)99935-2089</u>
Estado	<u>SC</u>	CEP	<u>89400-000</u>

Laerte Fonseca de agosto de 2020
Local e Data
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Fábio Silva Almeida,
RG nº 2.049-5, data de expedição 11/08/2016
Órgão SSP, portador do CPF nº 836.643.355-20
com domicílio na cidade de Lagarto, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Sta. Barbara Celaia 13, nº 336,
complemento Poso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Plácido Ribeiro SIlva, cujo o condutor era
Fábio Silva Almeida.

Veículo: Moto Modelo: Honda 160 Bros Ano: 2015
Placa: QKR2372 Chassi: 9C2KD0800FR026226
Data do Acidente: 27/04/2020

Local e Data:

Lagarto - Sergipe 07-07-2020

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Av. Pres. Vargas, 68 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 49.400-000
Fone: (79) 3031.8301 / (79) 9995.8255 / (79) 99925.9344

TABELIÃO: LAFAYETE LUIZ DO NASCIMENTO
SUBSTITUTA: DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO
ESCRIVENTE AUTORIZADA: JULIANA OLIVEIRA DE SOUZA

Reconheço por Autenticidade a firma de
FÁBIO SILVA ALMEIDA e dou fé. 07/07/2020.
Em testemunha: Deborah Santana Santos da verdade
Escrevente: Deborah Santana Santos. Selo
Digital 202029516033518. Site
www.tjse.jus.br/x/HAZJUB.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

DETAN - SE		Nº 015855620380	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01048071593		2020
NOME			
FÁBIO SILVA ALMEIDA			

CPF / CNPJ		PLACA	
836.643.355-20		QKR 2372	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
QKR 2372/SE		9C2KD0800FR026226	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NEHUNA		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESD		2015	2015
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2P0CV/162CC		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA PAGO		1º *****	
FAIXA IPVA		2º *****	
PARCELAGEM / COTAS		3º *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
DOCUMENTO DE OBTENÇÃO DE VAGAS VENDIDO PARA ESPERA DA MOTOR: KD08E0F026226		DATA DE PAGAMENTO	
LOCAL: ABREU MELO SILVA LAGARTO-SE		DATA	
EXPEDIDOR		03/03/2020	
OBSERVACOES: BT-29			

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 COBERTURAwww.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		MARAÇA / MODELO	
1048071593		HONDA/NXR160 BROS ESD	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2015	9	9C2KD0800FR026226	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
3,64	0,40	4,05	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15		0,05	12,30
PAGAMENTO			
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
DATA DE QUITAÇÃO			
27/02/2020			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

CONTRAN

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 3 - CPF da vítima: 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: 343 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Lagarto 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49400-000
 15 - E-mail: laertes.lavrador.silva.adv.br 16 - Tel. (DDD): (49) 99955-2089

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: Banho do Brasil

AGÊNCIA: 0336

CONTA: 500 75

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0336

CONTA: 500 75

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolsc 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 requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou 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)

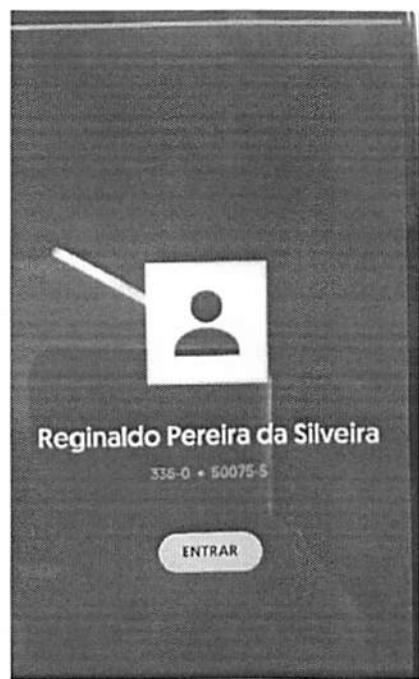
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Lagarto (SE) 04 de outubro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: Travessa Sétio de Moura
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: Invalides

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

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



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Av. Pres. Vargas, 88 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 49.400-000

Fones: (79) 3631.6301 / (78) 99978.8255 / (78) 99925.8444

TABELIÃO: LAFAYETE LUIZ DO NASCIMENTO
SUBSTITUTA: DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO

ESCREVENTE AUTORIZADA: JULIANA OLIVEIRA DE MELLO

Reconheço por Autenticidade a firma de
REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA e dou
fó 07/07/2020. Em testemunho
da verdade Escrevente: *Deborah Santana Santos*
Santos. Selo Digital 202029516033511. Site
www.tje.jus.br/x4QRBRE.







Hospital Universitário de Lagarto

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Nome Social:

Data de Nascimento: 19/10/1982

Nº Cartão SUS:

Prontuário: 54815/6

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

RELATORIO MEDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 23/03/2020, SOFRENDO FRATURA SUBTROCANTÉRICA A ESQUERDA. NO DIA 27/03/2020 FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO PARA FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS.

AINDA PERMANECE EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA FRATURA.

A ÚLTIMA RADIOGRAFIA AINDA NÃO DEMONSTRA CONSOLIDAÇÃO DEFINITIVA E PORTANTO O PACIENTE AINDA DEVE MANTER CARGA ZERO.

CID: S72.1 Z98.8

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

Dr. Julio Augusto Do Prado Torres
CRM: 4044

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

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

13. Fisioterapia respiratória

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

26/03/2020 09:37h

Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR Ortopedia e Traumatologia

Vanilda Vieira
CRM-SE 19906
Enfermeira SE
Entrev. COREN

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Lcel: 4000D

Identificação

Reginaldo Pereira da Silveira
CRM-SE 453452
MR Ortopedia e Traumatologia

054815/6

UFSCar	UFSCar	UFSCar
Universitário	Universitário	Universitário
Legado	Legado	Legado
PRESCRIÇÃO		

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/3

Data da Internação: 22/03/2020

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

DIETA		Aprazamento	
1. Livre		SND	
CUIDADOS		Aprazamento	
2. Repouso no leito - com medidas antiescara, contínuo		I= T= Menor	
3. Curativo pequeno, 1 x ao dia		V	
MEDICAMENTOS			
POSOLOGIA		DOSAGEM	
4. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 ML		Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas,	
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. CETOPIROFENO 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. IV SE DOR INTENSA	
8. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL		Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL SIN	
9. OMEPRAZOL 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	

Identificação	REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Dr. Glauber Barbosa	CRM-SE 5293
TEOT 15008	Lagarto
Data de Nascimento: 19/10/1982	
Leito: 400D	
 Hospital Universitário Lagarto	
PRESCRIÇÃO  	
Dr. Glauber Barbosa CRM-SE 5293 TEOT 15008 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	<i>Q6</i>
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.	<i>Q6</i> <i>Q6</i> <i>14</i>

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

16. Fisioterapia respiratória



Hospital Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

p.44

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 123456789

054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBROCANTRÍCA

Folha 3/3

Data da Internação: 22/03/2020

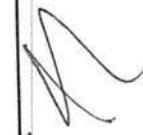
Validade: de 27/03/2020 14:50 h. a 28/03/2020 11:00 h.

27/03/2020 14:53h.

Dr. Gláuber

CRM: 024471
SP/155233-08

Dr. GLAUBER CESAR MARQUES BARBOSA CRM: 024471



REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação



Hospital Universitário
Lagarto
PRESCRIÇÃO

N 88788

NPRM_NMP_PRCR

27/03/2020 14:53:53

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

22/03/2020 22:17

Identificação

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

Evolução - MEDICINA

Dados do Paciente

Referência: 22/03/2020 Prontuário: 54815/6 Leito: 400D
 Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Nome Social:
 Data de Nascimento: 19/10/1982 N° do Cartão SUS:
 Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 23/03/2020 10:36 Atendimento: 143406 Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA
 Data Confirmação: 23/03/2020 12:05 MEDICINA

Evolução:

#FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÉMUR ESQUERDO

>História da admissão

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

>Evolução Médica Diária

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

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

AVC: RCR, BNF 2T, SEM SOPROS

AR: MV+ AHT, SEM RA

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR, RHA +, SEM VISCEROMEGLIAS

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
- ANALGÉSIA SISTEMÁTICA
- SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS
- AGUARDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
- SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA CLÍNICA CIRÚRGICA

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
 CRM-SE 5452
 MR Ortopedia e traumatologia



Hospital Universitário

Lagarto

Evolução - MEDICINA

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 23/03/2020

Leito: 0000

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: UNIDADE AZUL

Data Criação: 24/03/2020 06:38 Atendimento 143406 Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 24/03/2020 06:38 CRM: 5452 SE

Evolução:

#FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÉMUR ESQUERDO

>História da admissão

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

>Evolução Médica Diária

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

>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
- CHECO EXAMES LABORATORIAIS
- AGUARDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
- SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA CLÍNICA CIRÚRGICA

Notas Adicionais:

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:

Marco Freire Vieira
CRM 5452 SE
MR Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 25/03/2020

Leito: 400D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

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

Data Confirmação: 26/03/2020 09:37 CRM: 5452 SE

Evolução:

#FRATURA SUBTROCANTÉRICA + TERÇO MÉDIO DO FÉMUR ESQUERDO

>História da admissão

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

>Evolução Médica Diária

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

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

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

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

>CONDUTA:

- MANTENHO PRESCRIÇÃO
- ANALGESIA SISTEMÁTICA

- AGUARDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, 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 SÍNTSESE 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-91F 5452
MROtoped e traumato



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-91F 5452
MR Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

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

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ANAMNESE DE ENFERMAGEM DO HUL

Teoria de Enfermagem: Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta

que é de morte,
sem expectativa
de cura na que se

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Reginaldo Perreira da Silveira Sexo: ()F ()M
Data de Nascimento: 19/10/11 Idade: 37 Estado Civil: Casado Profissão: Tourista
Naturalidade: Lagarto - SE Procedência: Lagarto - SE
Data de admissão: 22/03/20 Prontuário: 54815-6 Setor: Reabilitação
Adulto

2. ENTREVISTA/COLETA DE DADOS:

- Internações Anteriores: Sim () Não () Motivo: curva de aprendizagem
- Antecedente patológico pessoal/familiar: () HAS () DM () AVE/h () IAM () Angina
- () Obesidade () Outros
- Hábitos pessoais: () Tabagismo () Etilismo () Drogas ilícitas () Nega
- Faz uso contínuo: () Sim, quais: _____ Não ()
- () Sim, mas não sabe informar
- Alergias: () Não () Sim Especificar _____
- Órteses: () Prótese Ocular () Prótese Dentária () Membros _____ () Nenhuma

3. EXAME FÍSICO

Regulação Neurológica

- Nível de Consciência: Escala de coma de Glasgow (AO 4 RV 1 RM 6)

Observações: _____

- Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () Miose () Midriase
- Mobilidade Física: MMSS () Preservada () Plegia () Paresia () Parestesia
- MMII: () Preservada () Plegia () Paresia () Movimentos lentos () Movimentos involuntários () Força Motora diminuída () trauma em fêmur esquerdo
- () Cefaléia () Crises Convulsivas () Fotofobia () Rigidez de Nuca () Sinal de Kernig () Sinal de Brudzinski
- Medicações psicotrópicas: não Dose: _____ ml/h

Percepção dos órgãos e Sentidos

- Condições da visão: () Normal () Alterada miopia Condições da audição: () Normal () Diminuída () Surdez () Uso de aparelho de audição () Otorréia

- Sensibilidade à dor: () Comportamento não verbal de dor () Verbalização de dor

Tipo, localização, frequência e intensidade da dor: _____

Uso de medicamentos: _____

Oxigenação

- Ventilação: () Espontânea. O2 suplementar _____ L/min: () Cânula nasal () máscara simples () Máscara Venturi () Máscara com reservatório () Macronebulização () VM: () TOT () TQT _____ °dia FIO2: _____ SpO2: _____ FR: _____ ipm

- Expansibilidade Torácica: () Simétrica () Assimétrica () Aumentada () Diminuída

- Ausculta pulmonar: MV: () aumentados () Diminuídos () ausentes Ruídos () Cílicos () Estertores Tosse: () Improdutiva () Produtiva () purulenta

Regulação Vascular

- Ausculta cardíaca: () Sons cardíacos normais () Sons cardíacos anormais
- Arritmias: () Não () Sim. Tipo: _____
- Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Cheio () Filiforme
- Perfusion periférica: () Preservada () Diminuída
- Acesso Venoso: () Central _____ () Periférico MSD 22/03 () Flebotomia _____
- Complicações de Acesso: _____
- () Drogas vasoativas (DVA) _____ dose: _____ ml/h
- () Ingurgitamento jugular Marcapasso: () Não () Sim Cateter Swan Ganz: () Não () Sim Outro: _____
- Dados Fisiológicos: FC 98 bpm PA: _____ mmHg

Hidratação e Eliminação Vesical

- Estado de hidratação: () Hidratado () Desidratado () Sede () Lábios ressecados e com odor () língua seca
- Turgor da Pele: () Preservado () Diminuído
- Condições das mucosas: () Úmidas () Ressecadas
- Edemas: () Pés _____ /+4 () MMII _____ /+4 () MMSS _____ /+4 () Anasarca
- Citostomia () Oligúria () Anúria () Poliúria () Polaciúria () Disúria () Hematúria () Colúria
- Outros: _____
- Característica da Urina (aspecto, odor, cor e presença de sedimentos)

Alimentação e Eliminação Intestinal

- Estado nutricional: () Normal () Obeso () emagrecido () Desnutrido Peso: _____ Kg
- Dieta: () Oral () NPT: _____ ml/h () NE: _____ ml/h () Ostomia: _____ ml/h Aceitação: () Boa () Regular () Insuficiente - HGT _____ ml/dl
- Sonda: () SOG () SNG () SNE () SOE () Gastrostomia () Jejunostomia

Tipo do Documento	INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS	ESC Nº1 - Página 1/2
Título do Documento	ADULTO	Emissão: Revisão:

NOME: Reginaldo Pereira da Silveira DN: 1911011982
SETOR: P-110 N° PRONTUÁRIO: 54815-6 DATA DE INTERNAÇÃO: 22/03/2020

RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO - BRADEN									
Sem Risco ≥ 17		Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Risco Brando 15 a 16		Sem Risco							
Risco Moderado 12 a 14		Risco Brando	X	X	X	X	X		
Risco Severo ≤ 11		Risco Moderado							
	<u>CASO LESÃO JÁ INSTALADA</u>	Risco Severo							
Classificação da Lesão:		Pontuação	16	16	16	16	16		
Local da Lesão:		Monitoramento do Risco	RI	RC	RC	RC	RC		

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO RISCO DE FLEBITE - MADDOX

() Doença Neurológica	() Doenças Gástricas	FATORES DE RISCO:	CLASSIFICAÇÃO:
() Doenças Respiratórias	() Doenças Esofágicas	() Idade ≥ 65 anos	0- Não há sinal de flebite
() Uso de drogas sedativas	() Glasgow ≤12	(X) Infusão venosa	1- Possível início de flebite
() Desnutrição ou Desidratação		() Fragilidade tissular	2- Início de flebite
() Prótese dentária mal adaptada		() Uso de drogas vesicantes	3- Flebite em evolução
() Dispositivos: IOT/ TQT/ SNE/ GTT		() Múltiplas punções venosas periféricas	4- Início de tromboflebite
() História prévia de disfagia orofaríngea		() Inserção de CVP em situação de emergência	5- Tromboflebite em evolução
() Refresco de tosse diminuído ou ausente		() Não se aplica	
() Doença e/ou Cirurgia de Cabeça e Pescoço			
() Uso de anestésico tópico na cavidade oral ou na orofaringe			

Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Monitoramento do Risco	0	0	0	0	0			Classificação da Flebite	0	0	0	0	0		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	+4 Combativo	-1 Sonolento
Abertura ocular	4	4	4	4	4			+3 Muito agitado	-2 Sedação leve
Resposta verbal	5	5	5	5	5			+2 Agitado	-3 Sedação moderada
Resposta motora	6	6	6	6	6			+1 Inquieto	-4 Sedação intensa
Não testável	-							-0 Alerta e calmo	-5 Não desperta
Pontuação	15	15	15	15	15			() Não se aplica	<i>per securitum</i>
Classificação da ECG	2	1	1	1	1			Dia	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7

Legenda da Classificação da ECG:
3-8 Grave (G) 9-12 Moderado (M) 13-15 Leve (L)

LEGENDA DO MONITORAMENTO DO RISCO:

SR (sem risco)	RI (risco identificado)	RC (risco continuado)	RS (risco solucionado)	RRA (risco removido)			
dia/Data	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
	22/03/2020	24/03/2020	26/03/2020	26/03/2020	27/03/2020		
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	Maria Elisa de Sousa Albono COREN-SE 464.113-ENV Valéria COREN-SE 470.335-F		Mirelle Moreno de Oliveira COREN-SE 517086	Mirelle Moreno de Oliveira COREN-SE 517086	Rejane N. Lima Enfermeira COREN-SE 114.635		



Tipo do Documento	INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS			ESC Nº1 - Página 1/2
Título do Documento	ADULTO			Emissão: Revisão:

		PONTUAÇÃO - ESCALA DE BRADEN			
		Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação
PERCUBO		Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado
ALIMENTAÇÃO		Acamado	Confinado à cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente
MOBILIDADE		Totalmente	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações
ESTRATÉGIA		Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente
ERRO DE HABILITAMENTO		Problema	Problema Potencial	Nenhum Problema	

HISTÓRIA DE QUEBAS NOS ÚLTIMOS TRES MESES		AUXÍLIO À MOBILIDADE		MARCHA		ESTADO MENTAL
NÃO		0	Nenhum/Acamado/Reposo No Leito	0	Normal/Acamado/ Cadeira De Rodas	Orientado
SIM		25	Bengala/Moleta	15	Lenta/Fraca	Desorientado /Confuso
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO			Mobiliário Ou Parede	30	Alternada/Cambaleante	15
NÃO		0	TERAPIA ENDovenosa		20	
SIM		15	NÃO	0		
			SIM	20		

PONTOS	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
+4	Agressivo	Violento, perigoso, combativo
+3	Muito Agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateteres
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação frequentes
+1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerto e Calmo	Alerto, calmo
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, facilmente despertável, e mantém contato visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação Leve	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por menos de 10 segundos
-3	Sedação Moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas contato visual
-4	Sedação Profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física
-5	Incapaz De Ser Despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

ABERTURA OCULAR		ESCALA DE COMA DE GLASGOW		OLHOS NÃO REATIVOS A LUZ
		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
4- Espontânea 3- Estímulo Verbal 2- Estímulo Motor 1- Nenhum () Não testável - NT	5- Orientado 4- Confuso 3- Palavras inapropriadas 2- Sons incompreensíveis 1- Nenhuma () Não testável - NT	6- Obeedece a comandos 5- Localiza Dor 4- Flexão Normal 3- Flexão Anormal 2- Extensão 1- Ausente () Não testável - NT	2 - Ambos os olhos 1 - Um olho 0 - Nenhum olho	

CONSIDERE APENAS 1	CONSIDERE APENAS 2	CONSIDERE TODOS	CONSIDERE TODOS	CONSIDERE TODOS	CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE MADDOX		PONTUAÇÃO
					CARACTERÍSTICA		
					Sítio de inserção Integro	0	
					Dor, Rubor	1	
					Dor, Rubor, Edema	2	
					Dor, Rubor, Edema	3	
					Dor, Rubor, Edema, Cordão Venoso	4	
					Dor, Rubor, Edema, Cordão Venoso, Pus	5	

- 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: _____

- Intolerância Alimentar: () Não () Sim: _____
Segurança emocional/Amor e Aceitação/gregária
 - Sentimentos e comportamentos: () Calmo () Apatia () Depressão () Angústia () Agitação () Agressividade () Ansiedade () Choro () Irritabilidade () Medo () Vive: () Sozinho () Familiares () Amigos () Aviso () Outros _____

Religiosidade/Espiritualidade
 Religião: _____
 Necessita de auxílio espiritual: _____
 Data: 22/10/2020 _____

- 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: Thiago Almeida
 Data: 22/10/2020 _____

*Maria Eliane de Souza Alburquerque
 COREN-SE 464.113-ENF*

Dependência para o autocuidado: () Não () Sim Tipo: () Alimentar () Higiene corporal () Preservada () Exala odor desagradável () Lesões () Lingua saburrosa () Couro cabeludo: () Limpo () Sujo () Pediculose () Pele: () Integra () Fria () Aquecida () Corada () Hipocorada ^{pele com excesso de suor} () Cianótica ^{1/4} () Ictérica ^{1/4} () Cicatrizes () Petéquias () Equimoses () Hematomas () LPP: () Estágio I () Estágio II fase de cicatrização): _____
 Tratamento curativo: _____

Sono e Repouso
 () Preservado () Alterado, motivo: Desenvolvi
 () Usa medicamentos para dormir: Hojos

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 Faceis tranquilas: () Não () Sim
 - Impedimentos a expressão verbal: () Permanece em silêncio () Afasia () Disartria
 () Gagueira () Lesões de cordas vocais
 - Conhece seu problema de saúde: () Não () Sim

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Nasc.:

19/10/1982 Sexo: Masculino

Nº amostra: 76056

Origem: OBS. ADULTO (AZUL)

Apelido: XN-L

ID paciente: 548156

Médico:

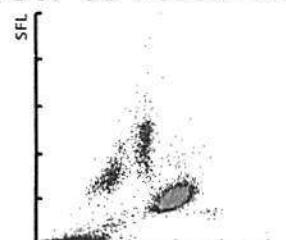
		Referência:		
Hemácias	5.00	[$10^6/\mu\text{L}$]	(4.3 - 6.0)	(3.9 - 5.3)
Hemoglobina	14.6	[g/dL]	(13.6 - 17.8)	(12.0 - 16.0)
Hematócrito	43.6	[%]	(41.0 - 54.0)	(36.0 - 48.0)
VCM	87.2	[fL]	(80.0 - 100.0)	
HCM	29.2	[pg]	(27.0 - 33.0)	
CHCM	33.5	[g/dL]	(32.0 - 36.0)	
RDW-SD	41.7	[fL]	(37.0 - 54.0)	
RDW-CV	12.7	[%]	(11.0 - 14.0)	
PLAQUETAS	232	[$10^3/\mu\text{L}$]	(140 - 400)	
VPM	10.9	[fL]	(9.0 - 13.0)	
eucócitos	14.29	[$10^3/\mu\text{L}$]	(3.60 - 11.00)	
NEUTRO	12.21+	[$10^3/\mu\text{L}$]	{1800 - 6600}	
LINFO.	0.82-	[$10^3/\mu\text{L}$]	{1100 - 4400}	
MONO	1.11+	[$10^3/\mu\text{L}$]	{150 - 1000}	
EOSINO	0.03	[$10^3/\mu\text{L}$]	{50 - 400}	
BASO	0.05	[$10^3/\mu\text{L}$]	{0 - 200}	
IG	0.07	[$10^3/\mu\text{L}$]		
NEUTRO	85.5+	[%]	{36.0 - 66.0}	
LINFO.	5.7 -	[%]	{22.0 - 44.0}	
MONO	7.8	[%]	{3.0 - 10.0}	
EOSINO	0.2	[%]	{1.0 - 4.0}	
BASO	0.3	[%]	{0.0 - 1.0}	
IG	0.5	[%]		

WBC IP Message

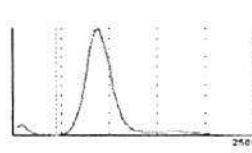
RBC IP Message

PLT IP Message

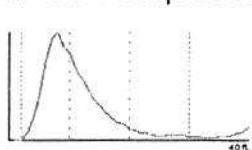
Dist. de Leucócitos



Dist. de Hemácias



Dist. de Plaquetas



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

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Data de Nascimento: 19/10/1982
Nro Identidade: 20110162
Emissão do laudo: 23/03/2020
Dr(a) KATARINE CARVALHO CAETANO

Origem: Ambulatório
Prontuário: 0054815/6
Convênio: SUS
Cartão SUS:

Página 1

COAGULOGRAMA (SANGUE)

Solicitação: 76056

COAGULOGRAMA

TEMPO DE SANGRAMENTO (TS): 2:30 min.
TEMPO DE COAGULAÇÃO (TC): 8:00 min.
TEMPO DE PROTROMBINA (TP): 13,1 seg.
ATIVIDADE(TP): 82 %
INR: 1,21
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA): 26,0 seg.
PLAQUETAS: 232000 /mm3

Valores de Referência: 1 a 4 min
Valores de Referência: 4 a 10 min.
Valores de Referência: 11 a 13 seg.
Valores de Referência: 70 a 100%
Valores de Referência: Até 1,20
Valores de referência: 28 a 43 seg.
Valores de Referência: 150 a 450/mm3

Recebimento material: 22/03/20 23:07 Liberado em: 23/03/20 03:41

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
CINTYA SANTOS GOES - CRBM : 5480

"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

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Data de Nascimento: 19/10/1982
Nro Identidade: 20110162
Emissão do laudo: 23/03/2020
Dr(a) KATARINE CARVALHO CAETANO

Origem: Ambulatório
Prontuário: 0054815/6
Convênio: SUS
Cartão SUS:

Página 1

Solicitação: 76056

Material SANGUE

GLICOSE: 128 mg/dL

Método: GOD - PAD Fotométrico Enzimático

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

Recebimento material: 22/03/20 23:07 Liberado em: 23/03/20 02:22

*Exames conferidos e liberados digitalmente por:
CINTYA SANTOS GOES - CRBM : 5480*



"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

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Nasc.: 19/10/1982 Sexo: Masculino
 Nº amostra: 76160 Origem: OBS. ADULTO (AZUL) Apelido: XN-L
 ID paciente: 548156 Médico:

		Referência:	Homem	Mulher
Hemácias	4.20	[$10^6/\mu\text{L}$]	(4.3 - 6.0)	(3.9 - 5.3)
Hemoglobina	12.3	[g/dL]	(13.6 - 17.8)	(12.0 - 16.0)
Hematócrito	36.9	[%]	(41.0 - 54.0)	(36.0 - 48.0)
VCM	87.9	[fL]	(80.0 - 100.0)	Dist. de Leucócitos
HCM	29.3	[pg]	(27.0 - 33.0)	
CHCM	33.3	[g/dL]	(32.0 - 36.0)	Dist. de Hemácias
RDW-SD	42.0	[fL]	(37.0 - 54.0)	
RDW-CV	12.8	[%]	(11.0 - 14.0)	Dist. de Plaquetas
PLAQUETAS	189	[$10^3/\mu\text{L}$]	(140 - 400)	
VPM	10.3	[fL]	(9.0 - 13.0)	Dist. de Leucócitos
Leucócitos	7.48	[$10^3/\mu\text{L}$]	(3.60 - 11.00)	
NEUTRO	5.43	[$10^3/\mu\text{L}$]	(1800 - 6600)	Dist. de Hemácias
LINFO.	1.32	[$10^3/\mu\text{L}$]	(1100 - 4400)	
MONO	0.65	[$10^3/\mu\text{L}$]	(150 - 1000)	Dist. de Plaquetas
EOSINO	0.03	[$10^3/\mu\text{L}$]	(50 - 400)	
BASO	0.03	[$10^3/\mu\text{L}$]	(0 - 200)	Dist. de Leucócitos
IG	0.02	[$10^3/\mu\text{L}$]		
NEUTRO	72.6	[%]	(36.0 - 66.0)	Dist. de Hemácias
LINFO.	17.6	-	(22.0 - 44.0)	
MONO	8.7	[%]	(3.0 - 10.0)	Dist. de Plaquetas
EOSINO	0.4	[%]	(1.0 - 4.0)	
BASO	0.4	[%]	(0.0 - 1.0)	Dist. de Leucócitos
IG	0.3	[%]		

WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

Plácida B. P. da Gois
Biotecnóloga
CRBM 0798

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

Nome REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA	Nome Social [REDACTED]	Prontuário 54815/6	
Nome Mãe MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA	Sexo Masculino	Estado Civil Solteiro	
Nome Pai JORGE DA SILVEIRA	Data cadastro 06/04/2019	Data recadastro 22/03/2020	
RG 20110162	CPF 013.388.435-08	Cartão SUS [REDACTED]	
Nome Anterior [REDACTED]	Cidade de nascimento LAGARTO	UF SE	
Grau Instrução 1º Grau Incompleto	Nacionalidade BRASILEIRO		
Profissão [REDACTED]	Código da profissão [REDACTED]	Cor Parda	
Logradouro TRAVESSA SITIO DE LORO	Posto de Referência : [REDACTED]	Fone ou Recado 79-998863056	
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)			
Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.			
Lagarto			
() Paciente	() Pai	() Mãe	() Representante Legal
Hospital Univ Monsenhor Joao Batista Boletim de Identificação de Paciente			

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

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

Classificação de Risco

Queixa Principal:	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-ENP 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. Katarine Carvalho Caetano - Dr. 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, 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 da Ortopédico - Pronto de ferias

Elaborado e assinado por Dr. 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 de Internamento

para Pronto

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: Drª. Katarine Carvalho Caetano - Drª. Katarine Carvalho Caetano
Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Prontuário: 054815/6 Unidade Funcional: PRONTO SOCORRO

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

EF:

A: VIAS 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

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

Procedimentos Realizados:

CURATIVO POR PACIENTE, quantidade: 1

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

CID: S72.2 - FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Nota(s) adicional(is):

ortopedia - paciente ainda alcoolizado, mas responde à 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 SBOP: 768

Código

1402

PRONTUÁRIO

548156

NOME

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Unidade de Origem

AZUL ADULTO

Data Solicitação

23/03/2020

Hora Solicitação

Prioridade

(3) Média

Unidade de Destin

CLÍNICA CIRÚRGICA

Data Liberação

24/03/2020

Hora Liberação

Status da Solicitação

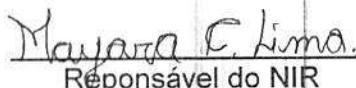
Liberado

Leito Liberado

400D

Hora Admissão


 Liciane Assis dos Santos
 COREN-SE 429738-ENF


 Mayara C. Lima.
 Responsável do NIR

Enfermeiro Setor de Origem

Alice Luz Barros

ENFERMEIRA

COREN-SE 105625

Enfermeiro Setor de Destino

Identificação do Paciente

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

Identificação do Responsável

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

Dados de Internação

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

Equipe Médica

Equipe: BRENO GOMES GALLO
CRM: 3647 CPF: 145212530
Chefe da Equipe ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA : AGHURHL
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 SUBROCANTEIRA

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

ATENÇÃO

CUIDADOS

Aprazamento

2. Repouso no leito - com medidas antiescara, contínuo

I= T= CONTINUO

MEDICAMENTOS

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

Entregue a O. Barbosa Antônio
COREN-SE 14465-TI



Hospital Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Unidade: AZUL

Identificação
Valéria Viana de Carvalho
COREN-SE 30.00335-1

Marco Freire Vieira
CRM-SE 6452
MR Ortopedia e Traumatologia

054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - UNIDADE AZUL

CID: FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Data da Internação: 22/03/2020

Folha 2/2

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



Hospital Universitário
Legião

PRESCRIÇÃO

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Identificação

Data de Nascimento: 19/10/1982

Unidade: AZUL

054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 1/2

Data da Internação: 22/03/2020

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

DIETA

1. Livre
obs.: LAXATIVA;

Aprazamento

N.D

CUIDADOS

2. Repouso no leito - com medidas antiescara, contínuo

Aprazamento

T= Manta

MEDICAMENTOS

APRAZAMENTO

POSOLOGIA

APRAZAMENTO

DOSAGEM

APRAZAMENTO

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

Identificação

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA


 Hospital Universitário
Lagarto

 Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
CRM-SE 5291
M.R. Ortopedia e Traumatologia

Data de Nascimento: 19/10/1982

054815/6

Leito: 400D

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLÍNICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 2/2

Data da Internação: 22/03/2020

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

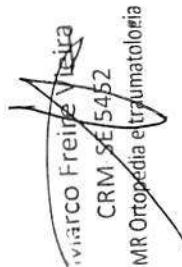
MEDICAMENTOS		APRAZAMENTO	
POSOLOGIA	DOSAGEM	POSOLOGIA	DOSAGEM
10. CAPTOPRIL 25 MG 25 mg	Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100	10. CAPTOPRIL 25 MG 25 mg	Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100
11. GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL	Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60	11. GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 100 UI/ml	Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60
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	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
13. ENOXAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg	Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas,	13. ENOXAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg	Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas,

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

14. Fisioterapia respiratória

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

25/03/2020 17:29h.

Marco Freire Vieira
CRM SE 5452
MR Ortopedia e Traumatologia

Identificação

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D



H +
Hospital Universitário
Lagarto
PREScrição

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Nasc.: 19/10/1982 Sexo:Masculino
Nº amostra: 76160 Origem:OBS. ADULTO (AZUL) Apelido: XN-L
ID paciente:548156 Médico:

		Referência:	Homem	Mulher
Hemácias	4.20	[$10^6/\mu\text{L}$]	(4.3 - 6.0)	(3.9 - 5.3)
Hemoglobina	12.3	[g/dL]	(13.6 - 17.8)	(12.0 - 16.0)
Hematócrito	36.9	[%]	(41.0 - 54.0)	(36.0 - 48.0)
VCM	87.9	[fL]	(80.0 - 100.0)	Dist. de Leucócitos
HCM	29.3	[pg]	(27.0 - 33.0)	
CHCM	33.3	[g/dL]	(32.0 - 36.0)	Dist. de Hemácias
RDW-SD	42.0	[fL]	(37.0 - 54.0)	
RDW-CV	12.8	[%]	(11.0 - 14.0)	Dist. de Plaquetas
PLAQUETAS	189	[$10^3/\mu\text{L}$]	(140 - 400)	
VPM	10.3	[fL]	(9.0 - 13.0)	WBC IP Message
Leucócitos	7.48	[$10^3/\mu\text{L}$]	(3.60 - 11.00)	
NEUTRO	5.43	[$10^3/\mu\text{L}$]	(1800 - 6600)	RBC IP Message
LINFO.	1.32	[$10^3/\mu\text{L}$]	(1100 - 4400)	
MONO	0.65	[$10^3/\mu\text{L}$]	(150 - 1000)	PLT IP Message
EOSINO	0.03	[$10^3/\mu\text{L}$]	(50 - 400)	
BASO	0.03	[$10^3/\mu\text{L}$]	(0 - 200)	Plaquetas
IG	0.02	[$10^3/\mu\text{L}$]		
NEUTRO	72.6	[%]	(36.0 - 66.0)	Dist. de Leucócitos
LINFO.	17.6	-	(22.0 - 44.0)	
MONO	8.7	[%]	(3.0 - 10.0)	Dist. de Hemácias
EOSINO	0.4	[%]	(1.0 - 4.0)	
BASO	0.4	[%]	(0.0 - 1.0)	Dist. de Plaquetas
IG	0.3	[%]		

WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

Plácida B. P. da Gois
Biotecnóloga
CRBM 0798

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

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Data de Nascimento: 19/10/1982
Nro Identidade: 20110162
Emissão do laudo: 23/03/2020
Dr(a) MARCO FREIRE VIEIRA

Origem: Internação
Prontuário: 0054815/6
Convênio: SUS
Cartão SUS:

Página 1

COAGULOGRAMA (SANGUE)

Solicitação: 76160

COAGULOGRAMA

TEMPO DE SANGRAMENTO (TS): 1,30 min.
TEMPO DE COAGULAÇÃO (TC): 10,0 min.
TEMPO DE PROTROMBINA (TP): 14,0 seg.
ATIVIDADE(TP): 76 %
INR: 1,30
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA): 17,4 seg.
PLAQUETAS: 189000 /mm3

Valores de Referência: 1 a 4 min
Valores de Referência: 4 a 10 min.
Valores de Referência: 11 a 13 seg.
Valores de Referência: 70 a 100%
Valores de Referência: Até 1,20
Valores de referência: 28 a 43 seg.
Valores de Referência: 150 a 450/mm3

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

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

Solicitação: 76160

Material SANGUE
GLICOSE: 113 mg/dL
Método: GOD - PAD Fotométrico Enzimático
Valores de Referência: Adultos : 70 a 115 mg/dL

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

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

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

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

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Data de Nascimento: 19/10/1982
Nro Identidade: 20110162
Emissão do laudo: 27/03/2020
Dr(a) GLAUBER CESAR MARQUES BARBOSA

Origem: Internação
Prontuário: 0054815/6
Convênio: SUS
Cartão SUS:

Página 1

Solicitação: 76820

HEMOGRAMA

EQUIPAMENTO: SYSMEX XN-350

ERITRÓCITOS: 2,44 milhões/ μ L
HEMOGLOBINA: 7,3 g/dL
HEMATÓCRITO: 21,9 %
VCM: 89,8 fL
HCM: 29,9 pg
CHCM: 33,3 g/dL
RDW: 13,0 %

VALORES DE REFERÊNCIA
HOMENS **MULHERES**
4,3 - 6,0 3,9 - 5,3 milhões/ μ L
13,6 - 17,8 12,0 - 16,0 g/dL
41,0 - 54,0 36,0 - 48,0 %
80,0 - 100,0 fL
27,0 - 33,0 pg
32,0 - 36,0 g/dL
11,0 - 14,5 %

LEUCÓCITOS TOTAIS: 7250 / μ L

3600 - 11000 / μ L

PROMIELÓCITOS: 0 % 0 / μ L
MIELÓCITOS: 0 % 0 / μ L
METAMIELÓCITOS: 0 % 0 / μ L
BASTÔES: 2 % 145 / μ L
SEGMENTADOS: 71 % 5148 / μ L
EOSINÓFILOS: 5 % 362 / μ L
BASÓFILOS: 0 % 0 / μ L
MONÓCITOS: 9 % 652 / μ L
LINFÓCITOS: 13 % 942 / μ L
PLASMÓCITOS: 0 % 0 / μ L
BLASTOS: 0 % 0 / μ L
LINFÓCITOS ATÍPICOS: 0 % 0 / μ L
ERITROBLASTOS EM 100 LEUCÓCITOS: 0

Nº RELATIVO **Nº ABSOLUTO**
0 % 0 / μ L
0 % 0 / μ L
0 % 0 / μ L
2 - 5 % 100 - 500 / μ L
36 - 66 % 1800 - 6600 / μ L
1 - 4 % 50 - 400 / μ L
0 - 2 % 0 - 200 / μ L
3 - 10 % 150 - 1000 / μ L
22 - 44 % 1100 - 4400 / μ L
0 % 0 / μ L
0 % 0 / μ L
0 % 0 / μ L

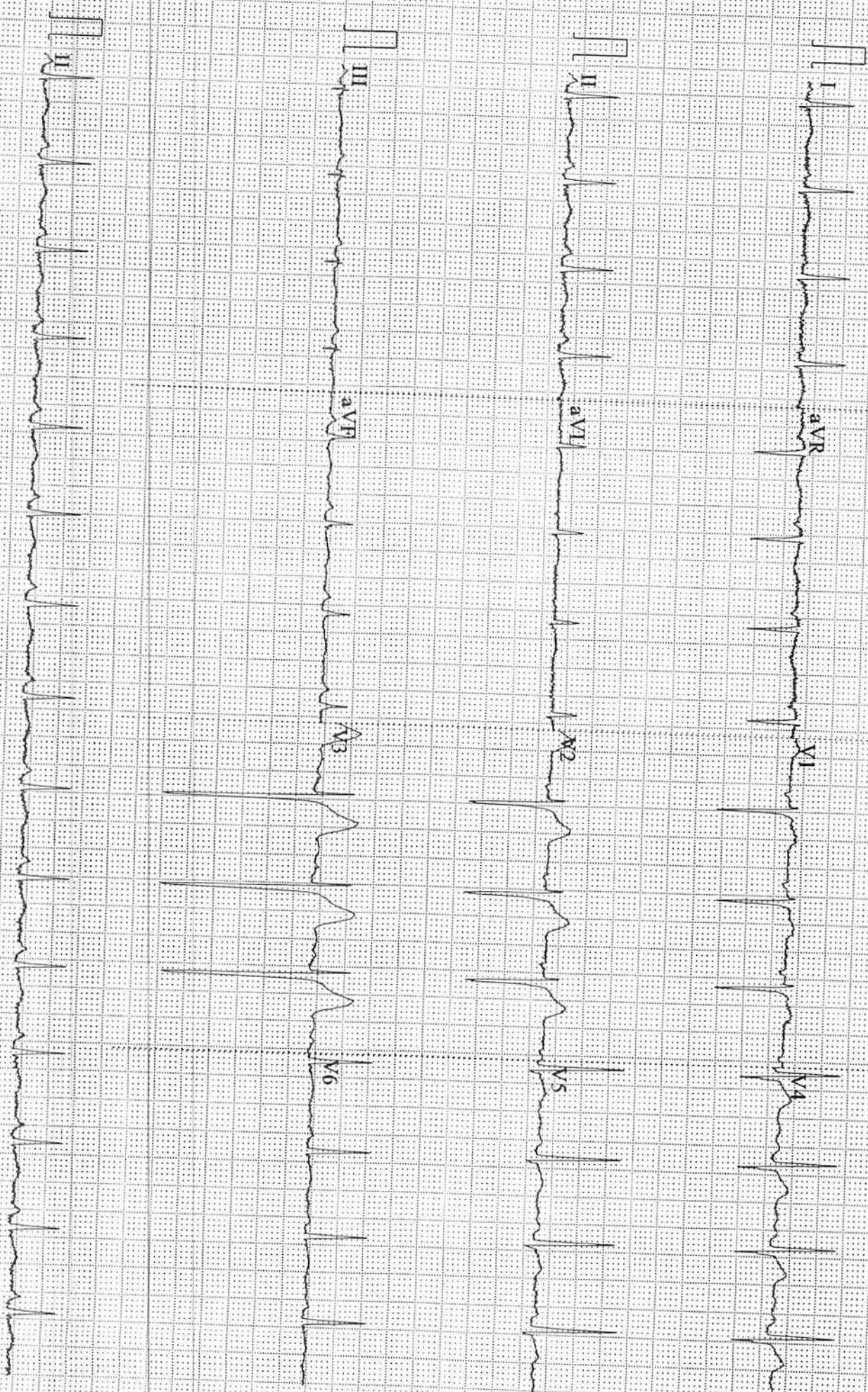
PLAQUETAS/ μ L: 186000
VALOR DE REFERÊNCIA: 140000 - 400000/ μ L

Recebimento material: 27/03/20 18:43 Liberado em: 27/03/20 18:44

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
JUSSARA LEITE DO NASCIMENTO - CRBM : 3674 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



100Hz AC50 25mm/s 10mV/mV 4*2 5+1Ritmo 87

SE-1200Express v2.2

Glasgow V28.6.0 HOSPITAL UNIVERSIT

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome: REGINALDO Pereira da Silveira	Data: 26/03/2007	Enfermaria/Leito: 400 D	Horas: 10:00
Idade: 37	Em uso de pulseira de identificação: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Sexo: M	Cirurgião: _____		
N: 19/10/1982	Fratura Subtrocanterica do Fémur (E)		
Principais Vitais: PA: 100x60 mmHg	T: 36,5 °C	FR: 16 rpm	FC: 83 bpm
SaO2: 99 %		Peso: _____	

CONDICÕES GERAIS

Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Ansioso <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado <input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico <input type="checkbox"/> Dispnélico <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> Cardiopata	
Acuidade visual: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Acuidade auditiva: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente	
Medicações que faz uso: NEGA	Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Qual? _____

Retirado: Prótese Dentária <input checked="" type="checkbox"/> SIM	Adornos (→) _____	Óculos (→) _____	Lente de contato (→) _____
--	-------------------	------------------	----------------------------

Jejum: Início 00 h	Banho: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Tricotomia: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Enteroclisma: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
---------------------------	---	--	--

Acesso Venoso: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico msd	Jelco nº: 20 () Central _____	Cateter duplo lumen ()	Cateter triplô lumen ()
--	---------------------------------------	-------------------------	--------------------------

Dispositivos em uso: () SNE <input type="checkbox"/> SNG nº _____	() GTT <input type="checkbox"/> TOT nº _____	() TQT nº _____	() SVD nº _____	Outros: _____
--	---	------------------	------------------	---------------

Exames: <input checked="" type="checkbox"/> Hemograma Completo 23/03/2007 <input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma 23/03 <input checked="" type="checkbox"/> Raio X 23/03 <input checked="" type="checkbox"/> ECG 23/03 Glicemia: 113 Uréia: _____ Creatinina: _____ Outros: _____

Reservas: Cont. de Hemácias: 02 Plasma () nº de bolsas: _____ Plaquetas () nº de bolsas: _____ Vaga de UTI: () SIM Leito: 400 D <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
--

DOCUMENTAÇÕES/AÇÕES NECESSÁRIAS AO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO

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

Anotações de Enfermagem:

Confirme com Banco de Sangue 02 bolsas de concentrado hematíaco p/ cirurgia.

Ass./Carimbo do Enfermeiro:

Isabelle Barros Sobral
COREN-SE 26.562-ENE

Horário: **08:00**

Ass./Carimbo do Enfermeiro responsável pelo encaminhamento ao C.C.: Camila Paixão de Andrade Enfermeira 189906	TRANSP-OPERATÓRIO
---	-------------------

TRANSP-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: _____		
	Início:	Término:	Tipo da anestesia:
			() Geral: <input type="checkbox"/> Endovenosa <input type="checkbox"/> Inhalatória <input type="checkbox"/> Balanceada TOT nº: _____
			() Local <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Bloqueio
Antibioticoprofilaxia: _____			
Horário: _____			
			() Raquianestesia nº da agulha: _____
			() Peridural: <input type="checkbox"/> com cateter <input type="checkbox"/> sem cateter nº da agulha: _____

Cirurgião: _____	Cirurgião: _____
------------------	------------------

Procedimento cirúrgico: Início: _____	Término: _____	Instrumentador: _____	Circulante: _____
---------------------------------------	----------------	-----------------------	-------------------

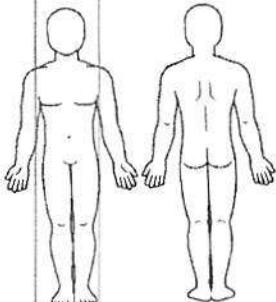
Classificação do procedimento cirúrgico	Pequeno porte ()	Médio porte ()	Grande porte ()
	Limpa ()	Potencialmente contaminada ()	Contaminada ()

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

Localização: _____	Dispositivos em uso:	Hemocomponentes:
Legenda:	() Cateter nasal de O2 _____ L/min	() Conc. Hemácias nº de bolsas _____
	() Guedel nº _____	() Plasma nº de bolsas _____
	() Dreno de Sucção Local: _____	() Plaquetas nº de bolsas _____
	() Dreno de Penrose nº _____ Local: _____	() Outros: _____
	() Dreno de Tórax nº _____ Local: _____	
	() Sonda de Foley nº _____	
	() Manta térmica	
	() Intensificador de imagem	
	() Outros: _____	
	Amostra de anatomopatológico: () Sim () Não	
	Tipo da peça: _____	nº de peças: _____

CONTAGEM DE COMPRESSAS:	Nº ENTREGUE: _____	Nº RECOLHIDAS: _____
-------------------------	--------------------	----------------------

CATEGORIA DE INSTRUMENTAL:	Nº ENTREGUE: _____	Nº RECOLHIDOS: _____
----------------------------	--------------------	----------------------



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

PRE-OPERATÓRIO

Nº me:	REGINALDO TEREIRA DA SILVEIRA	Data:	24/03/2020	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:	Fratura Suboccipital de Fémur (F)					
Sinais Vitais:	PA: 100 x 70 mmHg	T: 35,8°C	FR: 17 rpm	FC: 92 bpm	SaO2: 96 %	Peso:
CONDICÕES GERAIS						
() Orientado	() Desorientado	() Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> Calmo	() Agitado	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico	() Dispnéico
Acuidade visual: <input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Ausente	Acuidade auditiva: <input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Ausente	() Diabético
Medicações que faz uso: NEGA				Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Qual?		
Retirado: Prótese Dentária <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	Adornos (—)	—	Óculos (—)	Lente de contato ()	
Jejum: Início 00 h	Banho: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Tricotomia: <input type="checkbox"/> SIM		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Enteroclisma: <input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Acesso Venoso: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico MSD	Jelco nº: 18	() Central		Cateter duplo lumen ()	Cateter tripla lumen ()	
Dispositivos em uso: <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG nº _____	<input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> TOT nº _____	<input type="checkbox"/> TQT nº _____	<input type="checkbox"/> SVD nº _____	Outros: _____		
Exames: <input checked="" type="checkbox"/> Hemograma Completo <input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma 23/03	<input checked="" type="checkbox"/> Raio X <input checked="" type="checkbox"/> ECG 23/03	Glicemia: 113	Uréia: —	Creatinina: —	Outros:	
Reservas: Cont. de Hemácia <input checked="" type="checkbox"/> nº de bolsas: 02	Plasma <input type="checkbox"/> nº de bolsas: _____	Plaquetas <input type="checkbox"/> nº de bolsas: _____	Vaga de UTI: <input type="checkbox"/> SIM	Leito: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Isabelle Barros Sobral CORENSE-265-562-ENT	

DOCUMENTAÇÕES/AÇÕES 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"/> DESCRIÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM	TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO ASSINADO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="checkbox"/> MOTAÇÕES 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? Termos

Anotações de Enfermagem:

Entro em contato com Banco de Sangue que informa 02 bolsas p/ CH p/ reserva cirúrgica.

Ass./Carimbo do Enfermeiro:

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

TRANS-OPERATÓRIO

Entrada na Sala Operatória	Sala: _____	Hora: _____	() Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Comatoso	
Anestesia	Anestesiologista: _____			
	Inicio:	Término:	Tipo da anestesia:	
			() Geral: <input type="checkbox"/> Endovenosa <input type="checkbox"/> Inalatória <input type="checkbox"/> Balanceada	TOT nº: _____
			() Local <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Bloqueio	() Raquianestesia nº da agulha: _____
AntibiotiCoprofilaxia:		() 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 <input type="checkbox"/>	Médio porte <input type="checkbox"/>	Grande porte <input type="checkbox"/>
	Limpa <input type="checkbox"/>	Potencialmente contaminada <input type="checkbox"/>	Contaminada <input type="checkbox"/>

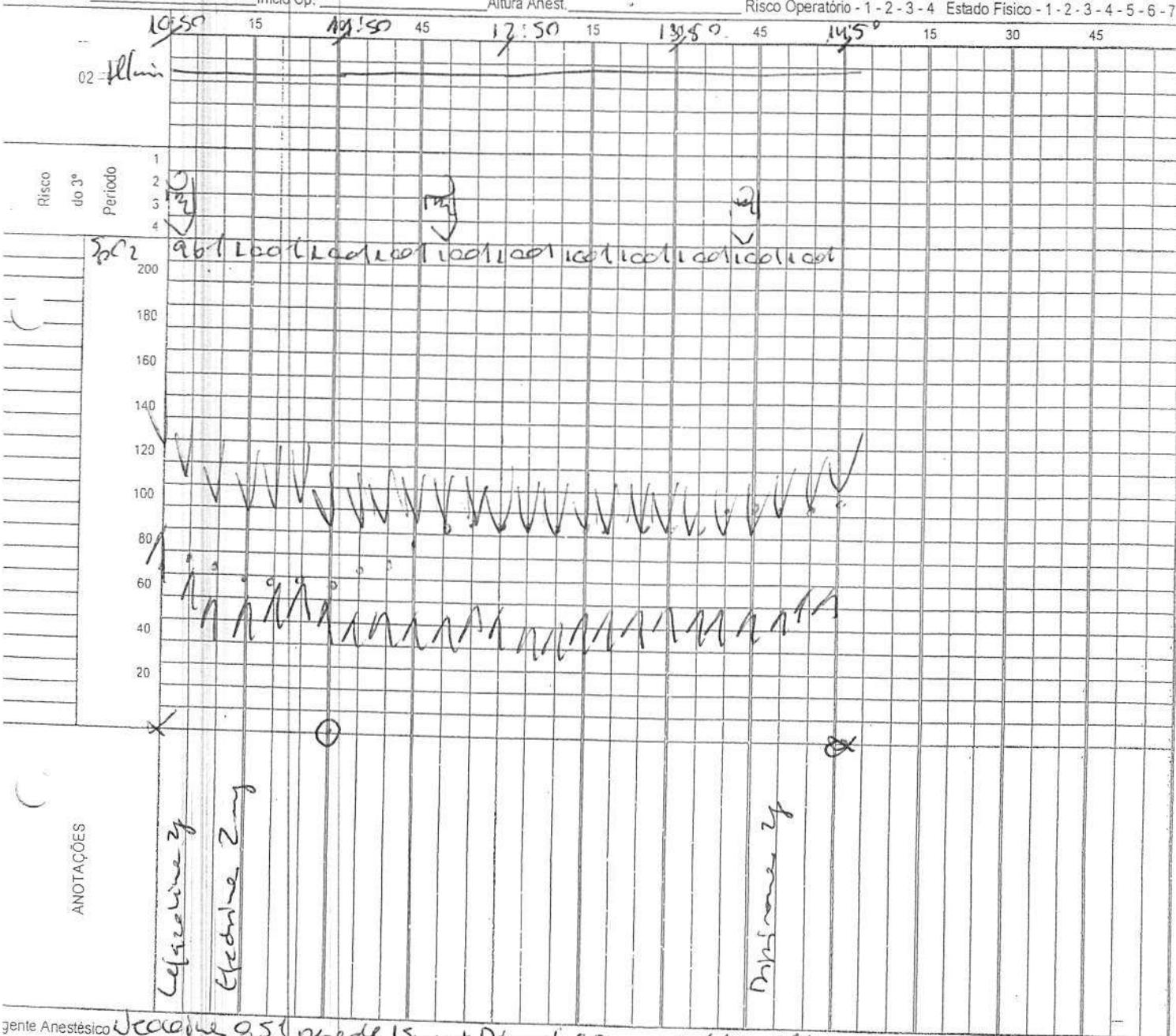
Posição cirúrgica	Dorsal <input type="checkbox"/>	Ventral <input type="checkbox"/>	Litotômica <input type="checkbox"/>	Lateral: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Outras: _____
-------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--	---------------

Localização: Legenda: Eletrodos Punção arterial Placa de bisturi elétrico Restrições Punção venosa 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 anatomopatológico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo da peça: _____	
CONTAGEM DE COMPRESSAS:		Nº ENTREGUE: _____	
CONTAGEM DE INSTRUMENTAL:		Nº ENTREGUE: _____	
		Nº RECOLHIDAS: _____	
		Nº RECOLHIDOS: _____	

N. Registro:
054815-6

nestesia:
Reaktionen

Nome Reginaldo Pereira de Oliveira 19/10/1982 Data 27/03/2020
Enf. Quarto Leito Sexo M Cor B Idade 370
Cuidador
Auxiliares
Diag. Pré-op. Frahme hombrocosteira (curva P)
Diag. Pós-op. O mesmo.
Op. Propost. Tto. cir. frahme subhombrocosteira (curva P)
Op. Realiz. A negar.
Pré-medicação Midazolam 2mg + Fentanyl 50ug Hora Resultado 1-2-3-4-5-6
Início Anest. 10:50 Início Op. Alter. Anest. Fim Op.



gente Anestésico Jeannele 9,51 peso de 15ug + Dimef 80ug + Cloridr. 75ug
écnica Regional anestesia Mulher 426
parelho - Indução - Posição 7 Local punção 13114 Líquido retirado lar clara
écnica Regional anestesia Posição após 7 Posição operatório 7 Resultado: B - R - M
uração da operação Duração da Anestesia Consciência
Indução no final da operação Observações: 3

serviços: Páginas circuladas. Impressas, sem grandes mudanças. Use asas redobradas, ou de um ou de mais páginas. Exames rotulados. As

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Nasc.: 19/10/1982 Sexo: Masculino
 Nº amostra: 76160 Origem: OBS. ADULTO (AZUL) Apelido: XN-L
 ID paciente: 548156 Médico:

		Referência:	Homem	Mulher
Hemácias	4.20	[$10^6/\mu\text{L}$]	(4.3 - 6.0)	(3.9 - 5.3)
Hemoglobina	12.3	[g/dL]	(13.6 - 17.8)	(12.0 - 16.0)
Hematócrito	36.9	[%]	(41.0 - 54.0)	(36.0 - 48.0)
VCM	87.9	[fL]	(80.0 - 100.0)	Dist. de Leucócitos
HCM	29.3	[pg]	(27.0 - 33.0)	
CHCM	33.3	[g/dL]	(32.0 - 36.0)	
RDW-SD	42.0	[fL]	(37.0 - 54.0)	
RDW-CV	12.8	[%]	(11.0 - 14.0)	
PLAQUETAS	189	[$10^3/\mu\text{L}$]	(140 - 400)	
VPM	10.3	[fL]	(9.0 - 13.0)	
Leucócitos	7.48	[$10^3/\mu\text{L}$]	(3.60 - 11.00)	Dist. de Hemácias
NEUTRO	5.43	[$10^3/\mu\text{L}$]	(1800 - 6600)	
LINFO.	1.32	[$10^3/\mu\text{L}$]	(1100 - 4400)	
MONO	0.65	[$10^3/\mu\text{L}$]	(150 - 1000)	
EOSINO	0.03	[$10^3/\mu\text{L}$]	(50 - 400)	
BASO	0.03	[$10^3/\mu\text{L}$]	(0 - 200)	
IG	0.02	[$10^3/\mu\text{L}$]		
NEUTRO	72.6	[%]	(36.0 - 66.0)	Dist. de Plaquetas
LINFO.	17.6	-	(22.0 - 44.0)	
MONO	8.7	[%]	(3.0 - 10.0)	
EOSINO	0.4	[%]	(1.0 - 4.0)	
BASO	0.4	[%]	(0.0 - 1.0)	
IG	0.3	[%]		

WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

Plácida B. P. da Gois
Biotecnóloga
CRBM 0798

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

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Data de Nascimento: 19/10/1982
Nro Identidade: 20110162
Emissão do laudo: 23/03/2020
Dr(a) MARCO FREIRE VIEIRA

Origem: Internação
Prontuário: 0054815/6
Convênio: SUS
Cartão SUS:

Página 1

COAGULOGRAMA (SANGUE)

Solicitação: 76160

COAGULOGRAMA

TEMPO DE SANGRAMENTO (TS): 1,30 min.
TEMPO DE COAGULAÇÃO (TC): 10,0 min.
TEMPO DE PROTROMBINA (TP): 14,0 seg.
ATIVIDADE(TP): 76 %
INR: 1,30
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA): 17,4 seg.
PLAQUETAS: 189000 /mm3

Valores de Referência: 1 a 4 min
Valores de Referência: 4 a 10 min.
Valores de Referência: 11 a 13 seg.
Valores de Referência: 70 a 100%
Valores de Referência: Até 1,20
Valores de referência: 28 a 43 seg.
Valores de Referência: 150 a 450/mm3

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

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

Solicitação: 76160

Material SANGUE
GLICOSE: 113 mg/dL
Método: GOD - PAD Fotométrico Enzimático
Valores de Referência: Adultos : 70 a 115 mg/dL

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

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

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

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

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA
Data de Nascimento: 19/10/1982
Nro Identidade: 20110162
Emissão do laudo: 27/03/2020
Dr(a) GLAUBER CESAR MARQUES BARBOSA

Origem: Internação
Prontuário: 0054815/6
Convênio: SUS
Cartão SUS:

Página 1

Solicitação: 76820

HEMOGRAMA

EQUIPAMENTO: SYSMEX XN-350

ERITRÓCITOS: 2,44 milhões/ μ L
HEMOGLOBINA: 7,3 g/dL
HEMATÓCRITO: 21,9 %
VCM: 89,8 fL
HCM: 29,9 pg
CHCM: 33,3 g/dL
RDW: 13,0 %

VALORES DE REFERÊNCIA
HOMENS **MULHERES**
4,3 - 6,0 3,9 - 5,3 milhões/ μ L
13,6 - 17,8 12,0 - 16,0 g/dL
41,0 - 54,0 36,0 - 48,0 %
80,0 - 100,0 fL
27,0 - 33,0 pg
32,0 - 36,0 g/dL
11,0 - 14,5 %

LEUCÓCITOS TOTAIS: 7250 / μ L

3600 - 11000 / μ L

PROMIELÓCITOS: 0 % 0 / μ L
MIELÓCITOS: 0 % 0 / μ L
METAMIELÓCITOS: 0 % 0 / μ L
BASTÔES: 2 % 145 / μ L
SEGMENTADOS: 71 % 5148 / μ L
EOSINÓFILOS: 5 % 362 / μ L
BASÓFILOS: 0 % 0 / μ L
MONÓCITOS: 9 % 652 / μ L
LINFÓCITOS: 13 % 942 / μ L
PLASMÓCITOS: 0 % 0 / μ L
BLASTOS: 0 % 0 / μ L
LINFÓCITOS ATÍPICOS: 0 % 0 / μ L
ERITROBLASTOS EM 100 LEUCÓCITOS: 0

Nº RELATIVO **Nº ABSOLUTO**
0 % 0 / μ L
0 % 0 / μ L
0 % 0 / μ L
2 - 5 % 100 - 500 / μ L
36 - 66 % 1800 - 6600 / μ L
1 - 4 % 50 - 400 / μ L
0 - 2 % 0 - 200 / μ L
3 - 10 % 150 - 1000 / μ L
22 - 44 % 1100 - 4400 / μ L
0 % 0 / μ L
0 % 0 / μ L
0 % 0 / μ L

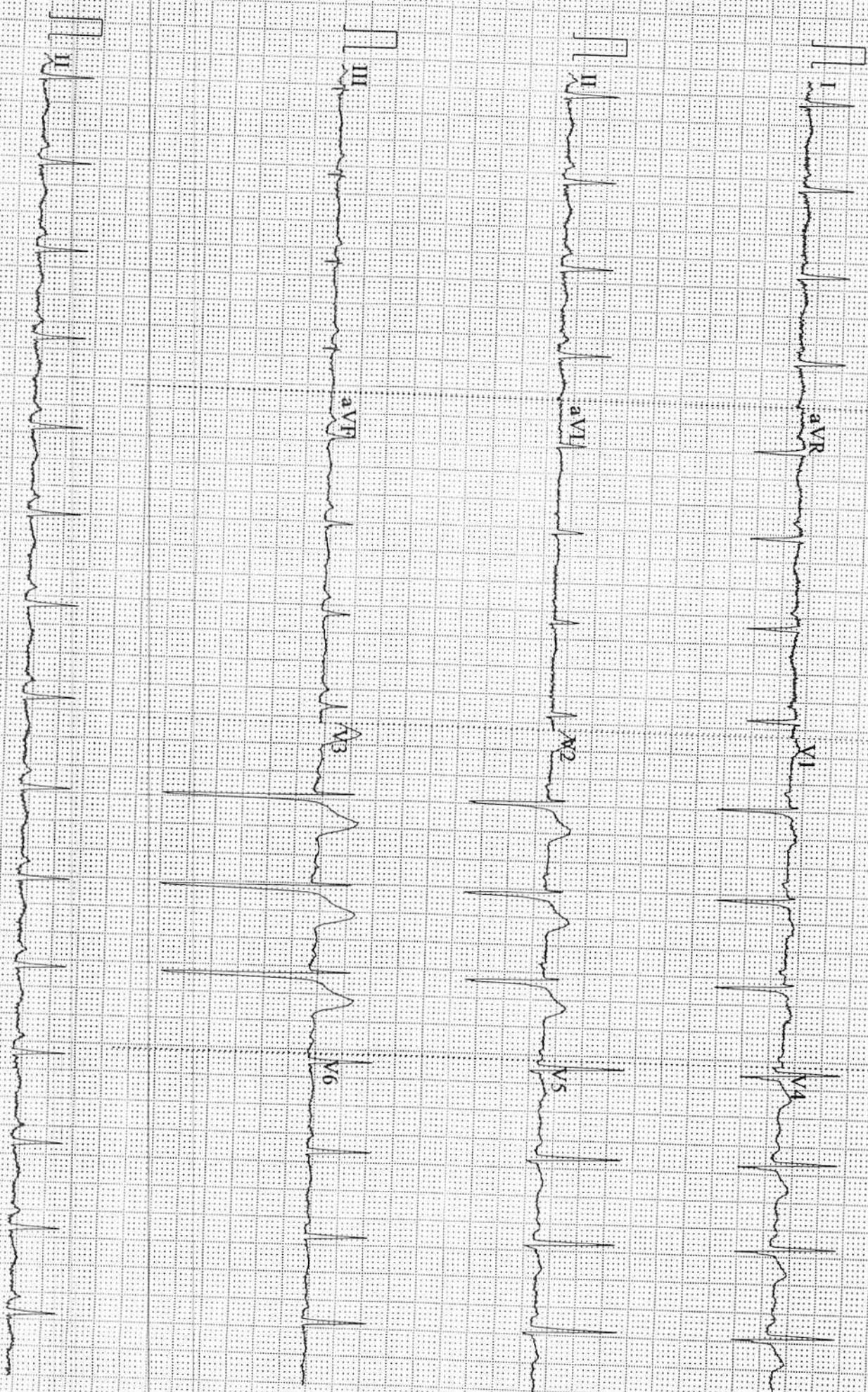
PLAQUETAS/ μ L: 186000
VALOR DE REFERÊNCIA: 140000 - 400000/ μ L

Recebimento material: 27/03/20 18:43 Liberado em: 27/03/20 18:44

Exames conferidos e liberados digitalmente por:
JUSSARA LEITE DO NASCIMENTO - CRBM : 3674 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)

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome: <u>Reginaldo Pereira da Silveira</u>	Data: <u>26/03/2007</u>	Enfermaria/Leito: <u>400 D</u>	Horas: <u>10:00</u>
Idade: <u>37</u>	Em uso de pulseira de identificação: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Sexo: <u>M</u>	Cirurgião: _____		
Principais Vitais: PA: <u>100x60</u> mmHg T: <u>36,5</u> °C FR: <u>16</u> rpm FC: <u>83</u> bpm SaO2: <u>99</u> % Peso: _____			

CONDICÕES GERAIS

Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Ansioso <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado <input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico <input type="checkbox"/> Dispnélico <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> Cardiopata	Acuidade visual: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Acuidade auditiva: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Outros: _____
--	---

Medicações que faz uso: <u>NEGA</u>	Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Qual? _____
-------------------------------------	--

Retirado: Prótese Dentária <input checked="" type="checkbox"/> SIM	Adornos (→) _____	Óculos (→) _____	Lente de contato (→) _____
--	-------------------	------------------	----------------------------

Jejum: Início <u>00</u> h	Banho: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Tricotomia: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Enteroclisma: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
---------------------------	---	--	--

Acesso Venoso: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <u>msd</u>	Jelco nº: <u>20</u> () Central _____	Cateter duplo lumen ()	Cateter triplô lumen ()
--	---------------------------------------	-------------------------	--------------------------

Dispositivos em uso: () SNE <input type="checkbox"/> SNG nº _____	() GTT <input type="checkbox"/> TOT nº _____	() TQT nº _____	() SVD nº _____	Outros: _____
--	---	------------------	------------------	---------------

Exames: <input checked="" type="checkbox"/> Hemograma Completo <u>23/03/2007</u> <input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma <u>23/03</u> <input checked="" type="checkbox"/> Raio X <u>23/03</u> <input checked="" type="checkbox"/> ECG <u>23/03</u> Glicemia: <u>113</u> Uréia: _____ Creatinina: _____ Outros: _____

Reservas: Cont. de Hemácias: <u>02</u> Plasma () nº de bolsas: _____ Plaquetas () nº de bolsas: _____ Vaga de UTI: () SIM Leito: <u>400 D</u> <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
--

DOCUMENTAÇÕES/AÇÕES NECESSÁRIAS AO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO

() FAE/BOLETIM DE INTERNAÇÃO	TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO ASSINADO? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
() ESCRITÓRIO MÉDICO E DE ENFERMAGEM	TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO ASSINADO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
() ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
() EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS (DESCRITOS ACIMA)	PENDÊNCIAS? () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM Qual? <u>Termo Consentimento</u>

Anotações de Enfermagem: <u>Confirme com Banco de Sangue 02 bolsas de concentrado de hemácias p/ reutora cirúrgica.</u>	Ass./Carimbo do Enfermeiro: <u>Ass. Carimbo do Enfermeiro: Isabelle Barros Sobral COREN-SE 26.562-ENE</u>
---	---

Ass./Carimbo do Enfermeiro responsável pelo encaminhamento ao C.C: <u>Camila Paz Santos de Andrade</u>	Horário: <u>08:00</u>
--	-----------------------

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"/> Inhalatória <input type="checkbox"/> Balanceada TOT nº: _____

() Local <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Bloqueio
--

() Raquianestesia <input type="checkbox"/> nº da agulha: _____

() Peridural: <input type="checkbox"/> com cateter <input type="checkbox"/> sem cateter <input type="checkbox"/> nº da agulha: _____

Cirurgião: _____

Procedimento cirúrgico: Início: _____ Término: _____ Instrumentador: _____ Circulante: _____
--

Classificação do procedimento cirúrgico	Pequeno porte ()	Médio porte ()	Grande porte ()
---	-------------------	-----------------	------------------

	Limpa ()	Potencialmente contaminada ()	Contaminada ()	Infetada ()
--	-----------	--------------------------------	-----------------	--------------

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

Localização: _____	Dispositivos em uso: _____	Hemocomponentes: _____
--------------------	----------------------------	------------------------

Legenda: _____	() Cateter nasal de O2 _____ L/min
----------------	-------------------------------------

 Eletrodos	() Guedel nº _____
---	---------------------

 Punção arterial	() Dreno de Sucção Local: _____
---	----------------------------------

 Placa de bisturi elétrico	() Dreno de Penrose nº _____ Local: _____
---	--

 Restrições	() Dreno de Tórax nº _____ Local: _____
--	--

 Punção venosa	() Sonda de Foley nº _____
---	-----------------------------

 Sítio cirúrgico	() Manta térmica
---	-------------------

	() Intensificador de imagem
--	------------------------------

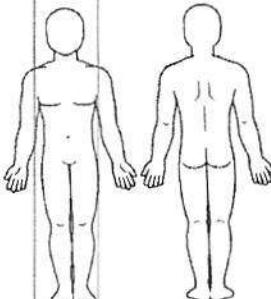
	() Outros: _____
--	-------------------

Amostra de anatomopatológico: () Sim () Não

Tipo da peça: _____ nº de peças: _____

CONTAGEM DE COMPRESSAS: _____	Nº ENTREGUE: _____	Nº RECOLHIDAS: _____
-------------------------------	--------------------	----------------------

CATEGORIA DE INSTRUMENTAL: _____	Nº ENTREGUE: _____	Nº RECOLHIDOS: _____
----------------------------------	--------------------	----------------------



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

PRE-OPERATÓRIO

Nº me:	REGINALDO TEREIRA DA SILVEIRA	Data:	24/03/2020	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:	Fratura Suboccipital de Fémur (F)			Cirurgião:		
Sinais Vitais:	PA: 100 x 70 mmHg	T: 35,8°C	FR: 17 rpm	FC: 92 bpm	SaO2: 96 %	Peso:

CONDICÕES GERAIS

() Orientado () Desorientado () Ansioso Calmo () Agitado Eupnélico () Dispnéico () 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 tripla 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 Hemácia nº de bolsas: 02 Plasma () nº de bolsas: _____ Plaquetas () nº de bolsas: _____ Vaga de UTI: () SIM Leito: _____ NÃO

DOCUMENTAÇÕES/AÇÕES NECESSÁRIAS AO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO

<input checked="" type="checkbox"/> AIH/ FAE/ BOLETIM DE INTERNAÇÃO	TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO ASSINADO? () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="checkbox"/> ESCRIÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM	TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO ASSINADO? () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="checkbox"/> IOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE? () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS (DESCRITOS ACIMA)	PENDÊNCIAS? () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM Qual? Termos Isabelle Barros Sobral CORENSE-265-562-ENT

Anotações de Enfermagem:

Entro em convale com Banco de Sangue que informa 02 bolsas p/ CH p/ reserva cirúrgica.

Ass./Carimbo do Enfermeiro:

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

TRANS-OPERATÓRIO

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

Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

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

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

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

Localização: Legenda: Eletrodos Punção arterial Placa de bisturi elétrico Restrições Punção venosa 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 anatomopatológico: () Sim () Não Tipo da peça: _____	
CONTAGEM DE COMPRESSAS:		Nº ENTREGUE: _____ Nº RECOLHIDAS: _____	
CONTAGEM DE INSTRUMENTAL:		Nº ENTREGUE: _____ Nº RECOLHIDOS: _____	

Unidade de Origem: Clinica Geralista Leito: 4000 Matrícula: _____Paciente: REGINALDO NEVES DA SILVEIRA Idade: 37Diagnóstico Pré-Operatório: Furunculose submucocutânea femur (C)Cirurgia Realizada: OsteossínteseCirurgião: Dr. Glauber Barbosa Auxiliar: PA - PABLOAnestesiologista: PNA - ANDREA Anestesia: RegionalDiag. Pós-Operatório: POF

Tipo de Cirurgia

- Cirurgia Limpa
 Cirurgia Contaminada

- Cirurgia Potencialmente 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
 ANTES DA COLOCAGEM DE CAMPANAS E PONTOES
 ② FATO ACESSO LATERAL FEMUR FERNA FERNA (C), NIVELADO
 PON PONOS, VISUALIZADO FOCO DE FURUNCULO, REMOVIDO
 CAMPANAS NO FOCO, REMOÇÃO NO PON PONOS E FERNA
 COM PONAS PCS DE 14 PONOS, UMA PONAS PARA COVRI
 NO VIVO A FERNA, INICIA A INCISÃO DE 1/3 NIVELADO ATRAS
 AO FERNA (C), REALIZADA MANO A MANO NO PON PONOS
 ③ REMOÇÃO FATIAMENTOS NO ÓSCOPIA, COLOCADO NO
 PON PONOS, FERNA PON PONOS E CAMPANAS
 OBS - NÃO HOUVE MIGRAÇÃO NO PON PONOS, NODOSOS
 NÃO FERNA 100%. AM RODA

Data: 27/03/20

 Dr. Glauber Barbosa
 CRM-SE 5293
 TEOF 15008

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

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

Termo de Consentimento Esclarecido para Anestesia

Nome do paciente:
Data de Nascimento:

--	--

Data:
Hora:

25/03/20

Autorizo a realização do procedimento anestésico abaixo no procedimento proposto:

proposta:

Reginaldo Renato da Silveira ou possível técnica alternativa

e me fiz ciente da técnica
se o anestesiologista que

realizar meu procedimento julgar necessária:

Tenho ciênciencia 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:

Marielene da Silveira

Grau de parentesco:

Data da Assinatura:

RG: Marielene da Silveira

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: 014262/RN
RQE: 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).

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 Brado
 Anestesiologista
 CRM/SE 3743 ROE: 3094

Raimundo Oliveira

Raimundo 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>Repinhópolo. R Pereira de Oliveira</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 Oliveira</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 Oliveira

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

Pós-Operatório

Admissão na SRPA às 14:45 hs

Data: 27/03/2020

Procedimento cirúrgico realizado: Tlo. cir. hérnia
transverso anterolateral de 5cm (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
	Têm 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: Intensivo, Data: 27/03/2020, Hora: 15:45

Inatura e Carimbo do Anestesista (a):

Dra. Anaete Pereira Augusto
CRM 5619

SINAIS VITAIS									
	0	15	30	45	60	90	120	150	180
Temp	35 ³	35 ⁸	35 ⁸	36 ³	36 ³	36 ³			
Pulso	89	93	93	89	103	102			
Resp	26	23	19	22	15	23			
SatO2	97	100	97	99	99	98			
PA	976	946	846	976	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
Valor				

Intercorrências Anestésico- Cirúrgica/Evolução Médica:

Ø

Prescrições Médica para SRPA:

Monitorizar P.A + ECG + SatO2
Dra. Anaete Pereira Augusto
CRM 5619



IN: 19/10/1982

FOLHA DE CONSUMO - MÉDICO - CIRÚRGICO

Data: 27/03/2020

NOOME:	Reginaldo Ferreira da Silveira		Prontuário:	05481516	SPO2:	98%
Adm Sala Nº	04	Hora: 10:30	PA:	15x74	FC:	72
Ato Anestésico:	Hora: 10:35		Início Ato Cirúrgico:	11:20	Tipo Anestesia:	
Fim Ato Cirúrgico	14:22		PA:	95/56	FC:	106
Garrote: Hora Início:	/		Fim:	/	OBS:	
Á SRPA:	14:37				Especialidade: Ortopedia.	
Descrição	Unid	Qtde	Descrição		Unid	Qtde.
Antibioticos						
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	1	Ciprofloxacin 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	1	Adrenalina		Amp	
Citr de Fentanila 78,5mg (2 ml)	Amp		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	
Dólosal (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	1	Hidental 250 mg		Amp	
Clor. De Bupivacaína + Glicose 5 mg/ml	Amp		Kanakiom / Vit K		Amp	
Neocaína 0,50% (Bup + Epinefrina) 20 ml	Fr amp		Lasix 20 mg		Amp	
Novabupi (Isobárica) 4 ml	Amp		Bromoprida		Amp	
Novabupi (Clor. De Levobupivacaína 20 ml)	Amp		Neostigmina		Amp	
Clor de Lindocaína 1% s/vaso 20 ml	Fr amp		Profenid IV		Amp	
Clor. Lindocaína + Epinefrina 20 ml	Fr amp		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		Grama	
			colagenase		Grama	
			Xilocaina Geleia		Tubo	

Assinatura do Profissional:

Flávia 520967.

epidine

CHECK LIST DE CRIRUGIA SEGURA

Identificação do Paciente			Cirurgia
Nome	Ricardo Teixeira da Silva		Prontuário 548156
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	
Não se aplica		Lateralidade: <input type="checkbox"/> Direita <input checked="" type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Consentimento e avaliação anestésica		Montagem da sala operatória, de acordo com o procedimento programado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Revisão dos equipamentos de anestesia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Consentimento cirúrgico		Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio e lâmina <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no
Consentimento transfusional		<input checked="" type="checkbox"/> Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> Ambu <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador	<input checked="" type="checkbox"/> Vácuo <input checked="" type="checkbox"/> Cânula endotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Bougue
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Vácuo <input checked="" type="checkbox"/> Cânula endotraqueal	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no
<input type="checkbox"/> Não se aplica		paciente e em funcionamento <input type="checkbox"/> Bougue	
Banho		Há risco de perda sanguínea maior que 500ml ou mais de 7ml/kg em crianças?	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tricotomia		Reserva sanguínea?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Local _____	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Não se aplica		Acesso venoso adequado e pérvio?	
Jejum		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Horas 02h	Tipo de acesso venoso	
Exames		<input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC	
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorial	<input checked="" type="checkbox"/> Imagem	Alergia medicamentosa	
<input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Biópsia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não. Se sim, qual(is) medicamento(s)?
Retirado próteses e adornos		Em caso de alergia, retirar o medicamento da sala.	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Tipo de precaução			
<input checked="" type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Gotícula	
<input type="checkbox"/> Reverso	<input type="checkbox"/> Aerossol		



CONTROLE DE RASTREABILIDADE

PACIENTE: Ruginaldo Ferreira da Silveira DATA: 27/03/2020

CIRURGIÃO: Elamber F. Pallo PRONTUÁRIO: 05481516 D.N.: 19/10/1982

PROCEDIMENTO: Fratura tubular omotruca. CIRCULANTE/COREN: Flávia 52091



MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: Cuba de Blaques
Total de peças: 01 Lote: 1713
Data de Processamento: 27/03/20 Autoclave ()1
Validade: 28/03/20
Responsável (Ass. e COREN): Nai (core 55886)



MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: LAP → 01 C/ 01 Lote EG e 01 GG
Total de peças: 09 Lote: 1713
Data de:
Validade:
Responsável (Ass. e COREN):

MAXITEST
INTEGRADOR QUÍMICO
ISO 11140-1 / 121°C x 20 min / 127°C x 17 min / 136°C x 5 min
ISO 11607-1 / 121°C x 20 min / 127°C x 17 min / 136°C x 5 min
ISO 19352/1936-1 / 10/2019 - 12/2022
www.maxitest.com.br

TIPO S: VAPOR

Descrição do material: Coxa de D. H.S
Total de peças: 01 Lote: 1713
Data de Processamento: 25/03/20 Autoclave ()1
Validade: 26/03/20
Responsável (Ass. e COREN): P1 Rauldo 56426



MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: Tripano
Total de:
Data de:
Validade:
Responsável (Ass. e COREN):

MAXITEST
INTEGRADOR QUÍMICO
ISO 11140-1 / 121°C x 20 min / 127°C x 17 min / 136°C x 5 min
ISO 11607-1 / 121°C x 20 min / 127°C x 17 min / 136°C x 5 min
ISO 19352/1936-1 / 10/2019 - 12/2022
www.maxitest.com.br

TIPO S: VAPOR

Descrição do material: CAIXA OA FOPÉDICA P/ AVEN
Total de peças: 33 Lote: 1708 P/ PTE
Data de Pro:
Validade:
Responsável:

MAXITEST
INTEGRADOR QUÍMICO
ISO 11140-1 / 121°C x 20 min / 127°C x 17 min / 136°C x 5 min
ISO 11607-1 / 121°C x 20 min / 127°C x 17 min / 136°C x 5 min
ISO 19352/1936-1 / 10/2019 - 12/2022
www.maxitest.com.br

ESTERILIZADO



MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material:
Total de peças:
Data de:
Validade:
Responsável:

MAXITEST
INTEGRADOR QUÍMICO
ISO 11140-1 / 121°C x 20 min / 127°C x 17 min / 136°C x 5 min
ISO 11607-1 / 121°C x 20 min / 127°C x 17 min / 136°C x 5 min
ISO 19352/1936-1 / 10/2019 - 12/2022
www.maxitest.com.br

ESTERILIZADO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ANAMNESE DE ENFERMAGEM DO HUL

Teoria de Enfermagem: Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta

que é de morte,
sem expectativa
de cura na que se

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Reginaldo Perreira da Silveira Sexo: ()F ()M
Data de Nascimento: 19/10/01 Idade: 37 Estado Civil: Casado Profissão: Tourista
Naturalidade: Lagarto - SE Procedência: Lagarto - SE
Data de admissão: 22/03/20 Prontuário: 54815-6 Setor: Reabilitação
Adulto

2. ENTREVISTA/COLETA DE DADOS:

- Internações Anteriores: Sim () Não () Motivo: curva de aprendizagem
- Antecedente patológico pessoal/familiar: () HAS () DM () AVE/h () IAM () Angina
- () Obesidade () Outros
- Hábitos pessoais: () Tabagismo () Etilismo () Drogas ilícitas () Nega
- Faz uso contínuo: () Sim, quais: _____ Não ()
- () Sim, mas não sabe informar
- Alergias: () Não () Sim Especificar _____
- Órteses: () Prótese Ocular () Prótese Dentária () Membros _____ () Nenhuma

3. EXAME FÍSICO

Regulação Neurológica

- Nível de Consciência: Escala de coma de Glasgow (AO 4 RV 1 RM 6)

Observações: _____

- Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () Miose () Midriase
- Mobilidade Física: MMSS () Preservada () Plegia () Paresia () Parestesia
- MMII: () Preservada () Plegia () Paresia () Movimentos lentos () Movimentos involuntários () Força Motora diminuída () trauma em fêmur esquerdo
- () Cefaléia () Crises Convulsivas () Fotofobia () Rigidez de Nuca () Sinal de Kernig () Sinal de Brudzinski
- Medicações psicotrópicas: não Dose: _____ ml/h

Percepção dos órgãos e Sentidos

- Condições da visão: () Normal () Alterada miopia Condições da audição: () Normal () Diminuída () Surdez () Uso de aparelho de audição () Otorréia

- Sensibilidade à dor: () Comportamento não verbal de dor () Verbalização de dor

Tipo, localização, frequência e intensidade da dor: _____

Uso de medicamentos: _____

Oxigenação

- Ventilação: () Espontânea. O2 suplementar _____ L/min: () Cânula nasal () máscara simples () Máscara Venturi () Máscara com reservatório () Macronebulização () MM: () TOT () TQT _____ °dia FIO2: _____ SpO2: _____ FR: _____ ipm

- Expansibilidade Torácica: () Simétrica () Assimétrica () Aumentada () Diminuída

- Ausculta pulmonar: MV: () aumentados () Diminuídos () ausentes Ruídos () Sibilos () Estertores Tosse: () Improdutiva () Produtiva () purulenta

Regulação Vascular

- Ausculta cardíaca: () Sons cardíacos normais () Sons cardíacos anormais
- Arritmias: () Não () Sim. Tipo: _____
- Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Cheio () Filiforme
- Perfusion periférica: () Preservada () Diminuída
- Acesso Venoso: () Central _____ () Periférico MSD 22/03 () Flebotomia _____
- Complicações de Acesso: _____
- () Drogas vasoativas (DVA) _____ dose: _____ ml/h
- () Ingurgitamento jugular Marcapasso: () Não () Sim Cateter Swan Ganz: () Não () Sim Outro: _____
- Dados Fisiológicos: FC 98 bpm PA: _____ mmHg

Hidratação e Eliminação Vesical

- Estado de hidratação: () Hidratado () Desidratado () Sede () Lábios ressecados e com odor () língua seca
 - Turgor da Pele: () Preservado () Diminuído
 - Condições das mucosas: () Úmidas () Ressecadas
 - Edemas: () Pés _____ /+4 () MMII _____ /+4 () MMSS _____ /+4 () Anasarca
 - Citostomia () Oligúria () Anúria () Poliúria () Polaciúria () Disúria () Hematúria () Colúria
 - Outros: _____
- Característica da Urina (aspecto, odor, cor e presença de sedimentos)

Alimentação e Eliminação Intestinal

- Estado nutricional: () Normal () Obeso () emagrecido () Desnutrido Peso: _____ Kg
- Dieta: () Oral () NPT: _____ ml/h () NE: _____ ml/h () Ostomia: _____ ml/h Aceitação: () Boa () Regular () Insuficiente - HGT _____ ml/dl
- Sonda: () SOG () SNG () SNE () SOE () Gastrostomia () Jejunostomia

Tipo do Documento	INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS	ESC Nº1 - Página 1/2
Título do Documento	ADULTO	Emissão: Revisão:

NOME: <i>Reginaldo Pereira de Oliveira</i>	DN: <i>1911011982</i>							
SETOR: <i>Reidratase</i>	Nº PRONTUÁRIO: <i>54815-6</i>	DATA DE INTERNAÇÃO: <i>22/03/2020</i>						
RISCO DE QUEDA - MORSE								
FATORES DE RISCO: <input type="checkbox"/> Idade ≥ 65 anos <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Agitação/ Confusão <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Déficit Sensitivo/Motor <input type="checkbox"/> Distúrbios Neurológicos	Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
	Baixo Risco 0-24							
	Moderado Risco 25-44							
	Alto Risco ≥45	<i>60</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Pontuação	<i>60</i>	<i>60</i>	<i>60</i>	<i>60</i>	<i>60</i>		
	Monitoramento do Risco	<i>RI</i>	<i>RC</i>	<i>RC</i>	<i>RC</i>	<i>AC</i>		

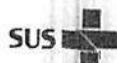
RISCO DE LEÃO POR PRESSÃO - BRADEN								
Sem Risco ≥ 17 Risco Brando 15 a 16 Risco Moderado 12 a 14 Risco Severo ≤ 11	Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
	Sem Risco							
	Risco Brando	<input checked="" type="checkbox"/>						
	Risco Moderado							
	Risco Severo							
	Pontuação	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>		
Monitoramento do Risco	<i>RI</i>	<i>RC</i>	<i>RC</i>	<i>RC</i>	<i>AC</i>			

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO			RISCO DE FLEBITE - MADDOX					
<input type="checkbox"/> Doença Neurológica <input type="checkbox"/> Doenças Respiratórias <input type="checkbox"/> Uso de drogas sedativas <input type="checkbox"/> Desnutrição ou Desidratação <input type="checkbox"/> Prótese dentária mal adaptada <input type="checkbox"/> Dispositivos: IOT/ TQT/ SNE/ GTT <input type="checkbox"/> História prévia de disfagia orofaríngea <input type="checkbox"/> Refresco de tosse diminuído ou ausente <input type="checkbox"/> Doença e/ou Cirurgia de Cabeça e PESCOÇO <input type="checkbox"/> Uso de anestésico tópico na cavidade oral ou na orofaringe	<input type="checkbox"/> Doenças Gástricas	<input type="checkbox"/> Doenças Esofágicas	<input type="checkbox"/> Glasgow ≤12	<input type="checkbox"/> Fatores de Risco:	<input type="checkbox"/> CLASSIFICAÇÃO:			
	<input type="checkbox"/> Idade ≥ 65 anos			<input type="checkbox"/> Idade ≥ 65 anos	<input type="checkbox"/> Não há sinal de flebite			
	<input checked="" type="checkbox"/> Infusão venosa			<input checked="" type="checkbox"/> Infusão venosa	<input type="checkbox"/> 1-Possível início de flebite			
	<input type="checkbox"/> Fragilidade tissular			<input type="checkbox"/> Fragilidade tissular	<input type="checkbox"/> 2-Início de flebite			
	<input type="checkbox"/> Uso de drogas vesicantes			<input type="checkbox"/> Uso de drogas vesicantes	<input type="checkbox"/> 3-Flebite em evolução			
	<input type="checkbox"/> Múltiplas punções venosas periféricas			<input type="checkbox"/> Múltiplas punções venosas periféricas	<input type="checkbox"/> 4-Início de tromboflebite			
	<input type="checkbox"/> Inserção de CVP em situação de emergência			<input type="checkbox"/> Inserção de CVP em situação de emergência	<input type="checkbox"/> 5-Tromboflebite em evolução			
	<input type="checkbox"/> Não se aplica			<input type="checkbox"/> Não se aplica				
	Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
	Monitoramento do Risco	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCALA DE AGITAÇÃO E SEDAÇÃO - RASS				
Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Abertura ocular	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>		
Resposta verbal	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
Resposta motora	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>6</i>		
Não testável	<i>-</i>						
Pontuação	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>		
Classificação da ECG	<i>2</i>	<i>L</i>	<i>L</i>	<i>L</i>	<i>L</i>		

LEGENDA DO MONITORAMENTO DO RISCO:			ESCALA DE AGITAÇÃO E SEDAÇÃO - RASS				
SR (sem risco)	RI (risco identificado)	RC (risco continuado)	RS (risco solucionado)	RA (risco agravado)	RM (risco melhorado)		
Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Monitoramento do Risco	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Maria Eliane de Souza Almeida</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Valéria Gonçalves</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Rejane N. Lima</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Rejane N. Lima</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>	<i>27/03/2020</i>
Enfermeiro (Assinatura/Carimbo)	<i>Mirella Moreno de Oliveira</i>	<i>22/03/2020</i>	<i>24/03/2020</i>	<i>26/03/2020</i>			



CHECK LIST DE CRIRUGIA SEGURA

Identificação do Paciente		Cirurgia
Nome <i>Ronaldo Pereira da Silva</i>		Prontuário <i>318156</i>
Data de Nascimento <i>12/10/62</i>	RG <i>20210162</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	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 _____	<input type="checkbox"/> Não
Exames		Reserva sanguínea?
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorial	<input checked="" type="checkbox"/> Imagem	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Biópsia	Acesso venoso adequado e pérvio?
Retirado próteses e adornos		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tipo de acesso venoso
Tipo de precaução		<input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC
<input checked="" type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Contato	Alergia medicamentosa
<input type="checkbox"/> Reverso	<input type="checkbox"/> Aerossol	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Se sim, qual(is) medicamento(s)?
		Em caso de alergia, retirar o medicamento da sala.

HOSPITAL H. C. L CIDADE: Logotá COORDENADOR: Dr. Glauber Barbosa
 CRM-SE 5293
 TEOF 15008

MÉDICO Dra. Glauber Barbosa CRM 687116

NOME PACIENTE Reginaldo Branco da Silveira PRONTUÁRIO 5881516
 DATA NASCIMENTO PACIENTE 19/10/82 NOME DA MÃE PACIENTE Almena Branca da
 DATA INTERNAÇÃO 27/03/20 DATA CIRURGIA 27/03/20 DATA DA ALTA Silveira
 PROCEDIMENTO REALIZADO TTO. Brau. Fract. Fract. P CÓDIGO PROCEDIMENTO

DESCRÍÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

PEQ. FRAGMENTOS	DESCRÍÇÃO	REF	QTD	DESCRÍÇÃO	REF	QTD
	PLACA 1/3 TUBO RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO LINEAR		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PUNHO		
	PLACA RECONSTRUÇÃO BACIA RETA 3.5MM			MINI FIXADOR EXTERNO		
	PLACA EM T 3.5MM			FIXADOR EXTERNO CIRCULAR		
	PLACA EM T OBliqua 3.5MM			FIXADOR WAGNER (ALONGAMENTO)		
	PLACA TREVO 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PLATAFORMA		
	PLACA SEMITUBULAR 3.5MM			PINO SCHANZ		
	PLACA CALCANEO DIREITA			FIO STEINMAN ROSQUEADO		
	PLACA CALCANEO 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		
	PLACA PONTE 4.5MM			FIO CERCLAGEM		
	PLACA CALÇO 4.5MM			PLACA ENDOBUTTON		
	ARRUELA 4.5MM			LAMINA SHAVER		
	ARRUELA 6.5MM			CANULA ARTROSCOPIA		
DHS / DCS	PLACA DHS 135°			DRENO SUCCAO		
	PLACA DCS 95°			FIO STEINMAN		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA CURTA			FIO KIRSCHNER		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA LONGA			PLACA BUCO MAXILO		
	PLACA EM T 2.7MM			SUBSTITUTO SINTETICO - DURAMATER		
	PLACA SEMITUBULAR 2.7MM			ASPIRADOR COM FILTRO		
	MINI 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 PARA FUSOS						
PARAFUSO CORTICAL 4.5 MM	Nº 138	QTD 400	Nº 58	QTD 60	Nº 67	QTD 08
PARAFUSO CORTICAL MM	Nº 02	QTD 02	Nº 07	QTD 01	Nº 01	QTD 07
PARAFUSO CANULADO 3.5MM	Nº	QTD				
PARAFUSO CANULADO 4.5MM	Nº	QTD				
PARAFUSO CANULADO 7.0MM	Nº	QTD				
PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM	Nº	QTD				
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5MM	Nº	QTD				
PARAFUSO MALEOLAR 4.5MM	Nº	QTD				

MATERIAL FORA DA LISTA

DESCRÍÇÃO	QTD	DESCRÍÇÃO	QTD

Recebemos de Dibron Comercio de Artigos Ortopédicos Eireli - EPP os produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado. Destinatário: Fundo Estadual de Saúde - Rua General Valadao, 32 - Centro - Aracaju/SE		Data de Emissão 08/04/2020	NFe Nº 0000050392
Data de Recebimento Identificação e Assinatura do Recebedor:		Valor Total da Nota 831,35	Série 001
 DIBRON Dibron Comercio de Artigos Ortopédicos Eireli - EPP Rua Thomaz Pileggi, 421 - - República 14030-010 - Ribeirão Preto - SP - Fone/Fax: 16 3234 0226	DANFE 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

Nome/Razão Social Fundo Estadual de Saúde	CNPJ/CPF 04.384.829/0001-96	Data de Emissão 08/04/2020
Endereço Rua General Valadao, 32 -	Bairro/Distrito Centro	CEP 49010-460
Município Aracaju	Fone	UF SE

Fatura

Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor
001	08/05/2020	831,35									

Cálculo dos Impostos

Base de Cálculo do ICMS 0,00	Valor do ICMS 0,00	Base Cálculo 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. Desp. Acessor. 0,00	Valor do IPI 0,00	Valor Deson. 0,00

Transportador / Volumes Transportados

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

Dados dos Produtos

Cód. Prod.	Descrição dos Produtos	NCM/SH	CST CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vir. Unitário	Vir. Desconto	Vir. Total	BC Icms	Vir. Icms	Vir. IPI	ALIQ. %	Vir. Aprox. dos Trib.	
													ICMS	IPI	
2687	Placa DCS 95G - 14 Furos - SUS: 07.02.03.082-1 Lote: 7182/19 Fabricação: 01/01/2019	90211020	040	6108	UN	1,0000	688,8700	0,00	688,87	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 Fabricação: 02/01/2019	90211020	040	6108	UN	2,0000	18,0600	0,00	36,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,52
3787	Parafuso Cortical 4,5 X 40MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 0468/20 Fabricação: 02/01/2020	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 Fabricação: 01/01/2018	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: 6841/19 Fabricação: 22/09/2019	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: 4771/17 Fabricação: 08/11/2017	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 Fabricação: 10/06/2011	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 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	Informações Adicionais do Fisco
*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 Caráter Internação: URGENCIA
 Data/Hora internação: 22/03/2020 22:03 Data/Hora Alta: 28/03/2020 06:58 Permanência: 6 dias
 Responsável Internação: Dr. Breno Gomes Gallo CNS: 980016284945022
 Responsável Alta: MARCO FREIRE VIEIRA CNS:

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

fratura 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

>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

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

Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASILIA S/N, LAGARTO-SE, 90035-903, (79) 3632-2026, 6558343

Sumário de Alta

Retirar os pontos com 15 dias

Retorno ao hospital se piora clínica

Medicamentos Prescritos na Alta

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

NOVALGINA 1G -- 1CX -- Uso Interno

CEFALEXINA 500MG -- 1CX -- Uso Interno

XARELTO 10MG -- 1CX -- Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)



Marco Freire Vieira
CRM/SE 5452
MR Ortopedia e Traumatologia

O.E : M280350001

ESFERA : PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 05 / 2020

Num AIH : 282010023432-5

Situação : DIGITADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 05/2020

Data Autorização: 22 / 03 / 2020

Especialidade : 01 - CIRÚRGICO

Orgão Emissor : M280350001

CRC:

Doc autorizador : 702307151440810

Doc med resp : 980016283208113 Doc diretor clínico : 980016283208113 Doc médico solic : 980016283208113

CNS : 70140361897443-3

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

Prontuário : 548156

Paciente : REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data Nasc. : 19 / 10 / 1982 Sexo : MASCULINO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : IGNORADO

Doc :

Responsável pac. : REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Nome da Mãe : MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA

Endereço : CAMPO POV HORTA Bairro: HORTA

Raça/Cor: 04-AMARELA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município : 280350 - LAGARTO

UF : SE CEP : 49400-000

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

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

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

Diag. principal : S722-FRATURA SUBTROCANTERICA

Diag. secundário :

Complementar :

Causa Obito :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Modalidade : HOSPITALAR

Data internação : 22 / 03 / 2020

Data saída : 28 / 03 / 2020 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

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 CIRÚRGICO DE FRATURA	
2	0408050616	980016286004292	225151(6)	6568343	6568343	1	03/2020	TRATAMENTO CIRÚRGICO 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		55.121.602/0001-99			
5	50392		55.121.602/0001-99			

CID SECUNDÁRIO

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

Número de Nascidos

Número de Saídas

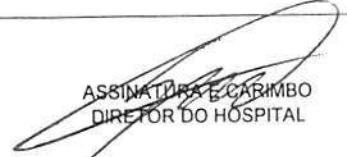
Nº Pré-Natal:

Vivos :

Altas :

Transf.: Óbitos :

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



ASSINATURA E CARIMBO
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

5-NOME DO PACIENTE

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

6-Nº PRONTUÁRIO
548156

7-CARTÃO NACIONAL SUS

1014036189744

8-DATA NASC.

19/10/1982

9-Masculino

1

Feminino

3

10-Raça/Cor

Parda

10.1-Etnia

11-NOME DA MÃE

MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA

33

11.1-RESPONSÁVEL

12-TELEFONE DE CONTATO
79-998863056

13-ENDEREÇO (Rua, N°, Bairro.)

TRAVESSA SITIO DE LORO 435 - HORTA

14-MUNICÍPIO

LAGARTO

15-IBGE

2803500

16-UF

SE

17-CEP

49400000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dor, deformidade e limitação funcional em membro inferior esquerdo

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura cirúrgica

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

rx + exame físico

21-DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA SUBTROCANTÉRICA

22-CID 10 PRINCIPAL
S72.2

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 20:48:12

31 - CNS 980016284945022

LOP: 091452125 30

32-ASSINATURA E CARIMBO CRM 3847

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

39-CNPJ EMPRESA

40-CNAE EMPRESA

41-CBOR

38-() ACID. TRABALHO TRAJETO

42-CID 10 PRINCIPAL

43-CID 10 SECUNDARIO

DESCRÍPCAO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

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

55-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG CONSELHO)

Breno Gallo
CRM 1647 SESI 766

Helenando Peninha da Silva

Sistema
SUS Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

H
Universitário
Lagarto

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCELENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

2 - CNES
6568343

2 - CNES
6568343

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante

Breno Caiado
Ortopedista Infantil
CNPJ: 341.580.768/0001-00

282010023432-5



Universitário
Lagarto

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO
HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1/3-ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Univ Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro			2/4-CNES 6568343		
TA PROVÁVEL INTERNAÇÃO 22/03/2020	DATA PROVÁVEL CIRURGIA 25/03/2020	EQUIPE ERICO DE PINHO MENEZES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5-NOME DO PACIENTE REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA			6-Nº PRONTUÁRIO 548156		
7-CARTÃO NACIONAL SUS 7014036189744	8- DATA NASC. 19/10/1982	9-Masculino X 1	Feminino 3		
11-NOME DA MÃE MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA	12-TELEFONE DE CONTATO 79-998863056	10-Raça/Cor Parda	10.1-Etnia		
13-ENDERECO (Rua, N°, Bairro.) TRAVESSA SITIO DE LORO 435 - HORTA					
14-MUNICÍPIO LAGARTO	15-IBGE 2803500	16-UF SE	17-CEP 49400000		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
18-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS dor, deformidade e limitação funcional em membro inferior esquerdo					
19-CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fratura cirúrgica					
20-PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) rx + exame físico					
21-DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA SUBTROCANTERÍCA	23-CID 10 PRINCIPAL S72.2	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. BRENO GOMES GALLO		
30-DT.SOLICITAÇÃO 22/03/2020 20:48:12	31 - CNS 980016284945022	32-ASSINATURA E CARIMBO CRM 3647	<i>Breno Gallo</i> CRM 3647 S801788		
26-COD. DO PROCEDIMENTO 408050616 040805 0616					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
33-(<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO	34-CNPJ DA SEGURADORA	35-Nº DO BILHETE	36-SÉRIE		
37-(<input type="checkbox"/>) ACID. TRABALHO TÍPICO	39-CNPJ EMPRESA	40-CNAE EMPRESA	41-CBOR		
38-(<input type="checkbox"/>) ACID. TRABALHO TRAJETO					
42-CID 10 PRINCIPAL	DESCRÍÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL				
43-CID 10 SECUNDÁRIO	44-(<input type="checkbox"/>) LEVE	45-(<input type="checkbox"/>) GRAVE	46-(<input type="checkbox"/>) GRAVÍSSIMA		
47-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
(<input type="checkbox"/>) EMPREGADO	(<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR	(<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO	(<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO	(<input type="checkbox"/>) APOSENTADO	(<input type="checkbox"/>) 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. / /	<i>282010023432-5</i>			
50-CNS	54-CNS				
51-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG.CONSELHO)	55-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG.CONSELHO)				

NELENIAUO PERINHA DA SILVEIRA

Sistema Ministério
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 EXECUTANTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

2-CNES
6568343

2-CNES
6568343

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante

Breno Gallo
Ortopedista Infantil
CNPJ 341 50018

282010023432-5

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Laerte Pereira Fonseca 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 013.388.465-08, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez 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:

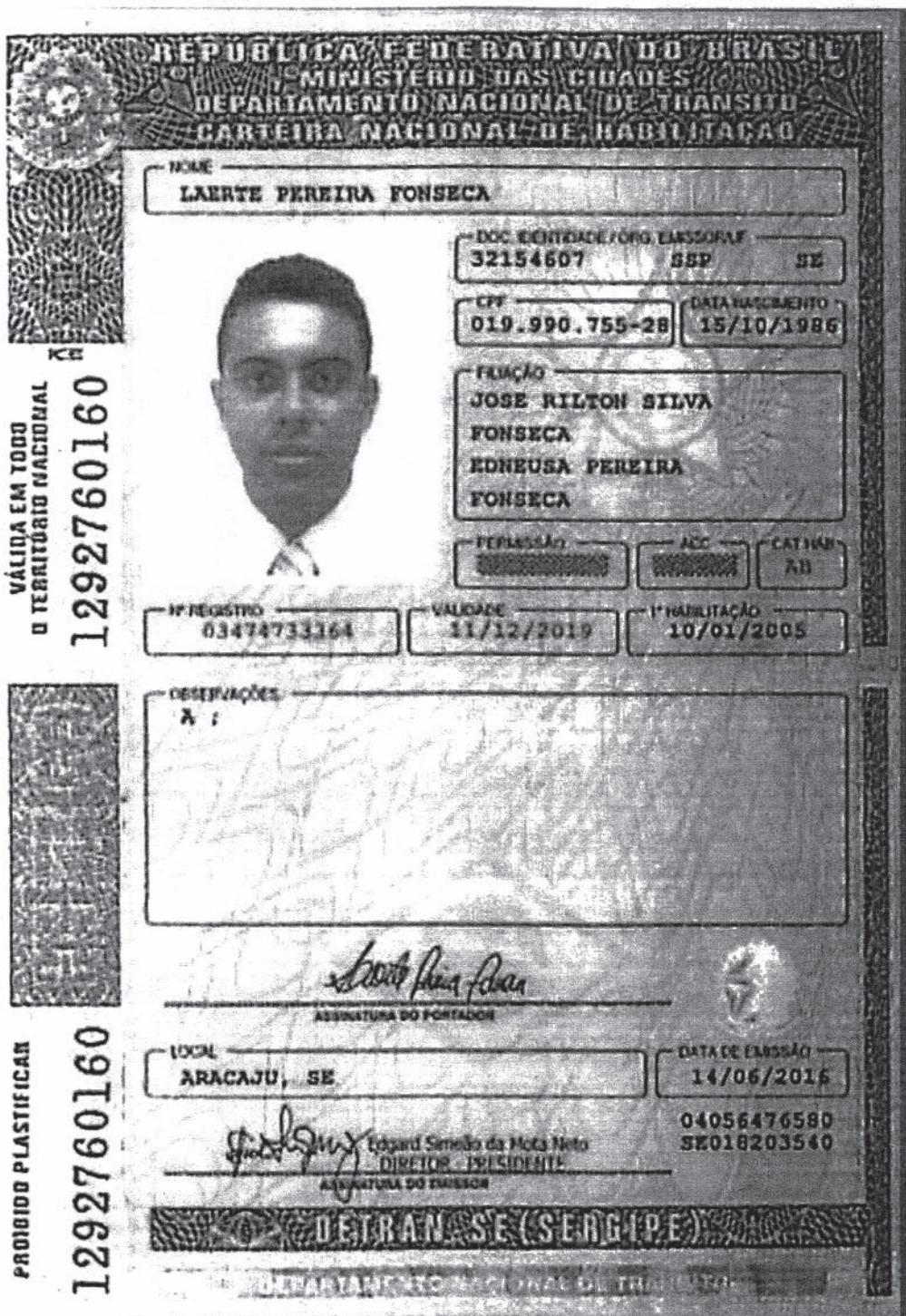
Recuso informar

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>Prof. Felino Fonseca</u>	Número	<u>91</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Lagarto</u>
Email	<u>laerte@lagartolider.com.br</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(49)99935-2089</u>
Estado	<u>SC</u>	CEP	<u>89400-000</u>

Laerte Fonseca de agosto de 2020
Local e Data
Assinatura do Declarante





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **013.388.435-08**

Nome: **REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA**

Data de Nascimento: **19/10/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/12/2001**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:00:35** do dia **04/11/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **E634.972C.8990.081B**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)


Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe
Guia de Recolhimento
Custas - Inicial Cível
Data:

04/11/2020

Num. Guia:

202010303883

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73

Valor das Custas: R\$ 338.61

Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 116.48

Valor da Causa: R\$ 7765.00

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00

Comarca: Lagarto

TOTAL 503,47**Guia Válida 24/11/2020**

Via - Cartório

Autenticação Mecânica


Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe
Guia de Recolhimento
Custas - Inicial Cível
Data:

04/11/2020

Num. Guia:

202010303883

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73

Valor das Custas: R\$ 338.61

Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 116.48

Valor da Causa: R\$ 7765.00

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00

Comarca: Lagarto

TOTAL 503,47**Guia Válida 24/11/2020**

Via - Parte

Autenticação Mecânica

856300000051 034701560129 020103038830 202011240340


Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe
Guia de Recolhimento
Custas - Inicial Cível
Data:

04/11/2020

Num. Guia:

202010303883

Taxa de Distribuição: R\$ 20.73

Valor das Custas: R\$ 338.61

Valor da(s) Diligência(s): R\$ 27.65

Taxa Judiciária: R\$ 116.48

Valor da Causa: R\$ 7765.00

Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00

Comarca: Lagarto

TOTAL 503,47**Guia Válida 24/11/2020**

Via - Banco

Autenticação Mecânica

**Declaração de Imposto sobre a Renda Retido na Fonte - Dirf
Relação de Dirf's Entregues**

CPF: 013.388.435-08

Nome: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Ano-
Calendário ▼Entrega
Data e Hora ▼Tipo de
DeclaraçãoSituação da
Declaração

Serviço

Não Consta Entrega de Declarações

Somente serão disponibilizadas informações sobre declarações a partir do Ano-Calendário 1999. Caso tenha transmitido a Dirf hoje, consulte novamente mais tarde.

ATENÇÃO contribuinte PESSOA FÍSICA !

Esta consulta refere-se as Declarações de Imposto Retido na Fonte - Dirf. A Dirf é apresentada por pessoas (físicas ou jurídicas) que realizaram pagamentos a outras pessoas com retenção de imposto na fonte.

Caso esteja procurando informações sobre Declaração do Imposto de Renda - DIRPF, verifique em <http://receita.economia.gov.br/>, na seção referente ao IRPF.

Data: 04/11/2020 18:0:

Situação das Declarações IRPF 2020

Prezado Contribuinte (CPF 013.388.435-08),

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

04/11/2020

18:03

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R

Situação das Declarações IRPF 2019

Prezado Contribuinte (CPF 013.388.435-08),

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

04/11/2020

18:05

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R

Situação das Declarações IRPF 2018

Prezado Contribuinte (CPF 013.388.435-08),

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

04/11/2020

18:08

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



SUBSTABELECIMENTO

Pelo presente, substabeleço, com reservas dos mesmos, a Bel. Laerte Pereira Fonseca, OAB/SE nº 6.779, Bela. Naiane Santos Carvalho Dória, OAB/SE 7.569, Bel. Yuri Andrade Chaves, OAB/SE 11.736, os poderes a mim conferidos e relativos pelo Sr.(a), **REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA**, portador do CPF nº 013.388.435-08, que ora tramitará nesta vara.

Lagarto (SE), 05 de novembro de 2020.

LAERTE FONSECA ADVOGADOS ASSOCIADOS



CERTIDÃO

O Secretário-Geral da Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional de Sergipe certifica que, o registro da Sociedade de Advogados **LAERTE FONSECA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, protocolado sob nº 464/2017, livro A-5, fls. 64, registrado em 02/05/2017, sob nº 464/2017, no livro B-46, fls. 11/15, foi deferido pela Comissão de Sociedade de Advogados em 02/05/2017, conforme Art. 15/17 do EOAB, Artigo 37/43 do Regimento Geral e o Artigo 8º do Provimento 112/2006 do Conselho Federal da OAB.//////////

Aracaju, 02 de Maio de 2017.


AURELIO BELEM DO ESPÍRITO SANTO
Secretário-Geral da OAB/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

PROCESSO:

202054101361

DATA:

06/11/2020

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**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:

19/11/2020

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

Preenchidos os requisitos essenciais e não sendo o caso de improcedência liminar do pedido, nos termos do art. 319, VII, designo a referida audiência para o dia 19/02/2021, às 10h00min, na sala de audiência desta vara, onde as partes deverão estar acompanhadas por seus advogados ou defensores públicos. Intime-se o autor, via DJ, através de seu advogado. Notifique-se o presentante do Ministério Público, se for o caso. Cite-se a parte ré, com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência, da audiência aprazada, a qual deverá demonstrar, com no mínimo 10 (dez) dias de antecedência, seu desinteresse na conciliação, mediante petição.

 Designo o dia 19/02/2021 às 10h:00min para que seja realizada audiência Conciliação/Mediação.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
2ª Vara Cível de Lagarto**

Nº Processo 202054101361 - Número Único: 0006240-14.2020.8.25.0040

Autor: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Réu: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Defiro o benefício da justiça gratuita, por estarem preenchidos os requisitos do art. 98 do NCPC.

Preenchidos os requisitos essenciais e não sendo o caso de improcedência liminar do pedido, nos termos do art. 319, VII, designo a referida audiência para o dia **19/02/2021, às 10h00min**, na sala de audiência desta vara, onde as partes deverão estar acompanhadas por seus advogados ou defensores públicos. Intime-se o autor, via DJ, através de seu advogado. Notifique-se o presentante do Ministério Público, se for o caso.

Cite-se a parte ré, com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência, da audiência aprazada, a qual deverá demonstrar, com no mínimo 10 (dez) dias de antecedência, seu desinteresse na conciliação, mediante petição.

Advirtam-se as partes de que a ausência ao ato implicará o reconhecimento do ato atentatório a dignidade da justiça com a aplicação de multa prevista no §8º do art.334 NCPC.

Caso a parte ré demonstre desinteresse na realização de audiência de conciliação, entendo ser justificativa suficiente para determinar o cancelamento da audiência anteriormente designada, sem incidir, inclusive, os efeitos apontados no item anterior. Nesse caso, o protocolo do pedido de cancelamento da audiência deve ser considerado como o termo inicial para o oferecimento da sua resposta, no prazo de 15 (quinze) dias, conforme artigo 335, inciso II, do CPC/15.

Restando infrutífera a solução amigável do litígio em razão de ausência de qualquer das partes e por desinteresse manifestado na audiência, a data da assentada deve ser considerada como o termo inicial para o oferecimento da contestação.

Ressalte-se que diante da não apresentação de contestação poderão ser reputados verdadeiros os fatos alegados pelo autor (art. 344 e 345 do CPC/15).

Apresentada a contestação em que forem arguidos impeditivos e modificativos do direito autoral, bem como juntados documentos, intime-se a parte autora para no prazo de 15(quinze) dias, manifestar-se, requerendo o que entender cabível. Em caso de ausência de contestação, volvam os autos conclusos.

Intimações necessárias (advogado da parte autora, pela imprensa, ficando o mesmo advertido de que deverá comunicar ao seu constituinte a aludida sessão).



Documento assinado eletronicamente por **GUILHERME DIAMANTINO DE OLIVEIRA WEBER, Juiz(a) de 2ª Vara Cível de Lagarto, em 19/11/2020, às 22:44:16**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002246857-38**.



**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:

20/11/2020

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico e dou fé que expedi carta de CITAÇÃO.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



**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:

20/11/2020

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 202054104880 do tipo (NCPC) - Mandado Citação e Intimação - Procedimento Comum - audiência [TM4145,MD150]

 {Destinatário(a): SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



PROCESSO: 202054101361 (Eletrônico)

NÚMERO ÚNICO: 0006240-14.2020.8.25.0040

NATUREZA: Procedimento Comum Cível

REQUERENTE: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

REQUERIDO: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Através da presente, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** para a audiência de Conciliação ou de Mediação na forma do Art. 334, para a finalidade abaixo transcrita.

Finalidade: Comparecer a este Juízo para audiência de Conciliação ou de Mediação, de acordo com Arts. 334 e 344 do CPC. Não havendo autocomposição, o prazo para a contestação, 15 (quinze) dias, será contado na forma do Art. 335 do CPC. Fica advertido(a) que deverá comparecer a referida audiência acompanhado(a) de advogado(a) ou defensor(a) público(a).

Despacho: Preenchidos os requisitos essenciais e não sendo o caso de improcedência liminar do pedido, nos termos do art. 319, VII, designo a referida audiência para o dia 19/02/2021, às 10h00min, na sala de audiência desta vara, onde as partes deverão estar acompanhadas por seus advogados ou defensores públicos. Intime-se o autor, via DJ, através de seu advogado. Notifique-se o presentante do Ministério Público, se for o caso. Cite-se a parte ré, com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência, da audiência aprazada, a qual deverá demonstrar, com no mínimo 10 (dez) dias de antecedência, seu desinteresse na conciliação, mediante p e t i ç à o .

Designo o dia 19/02/2021 às 10h:00min para que seja realizada audiência Conciliação/Mediação.

Data e horário da audiência: 19/02/2021 às 10:00:00, **Local:** NESTE JUÍZO

Forma de realização da audiência: Presencial

Advertência: O não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado.

Qualificação da parte ré:

Nome: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Residência: Rua Senador Dantas, , 74

Bairro: Centro

CEP: 20031204

Cidade: Rio de Janeiro - RJ - RJ

Ilmº (a) Sr(a)

Nome: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Residência: Rua Senador Dantas, , 74

Bairro: Centro

CEP: 20031204

Cidade: Rio de Janeiro - RJ - RJ

[TM4145, MD150]



Documento assinado eletronicamente por **TAIS WILTSHERE SOARES DO AMARAL, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de 2ª Vara Cível de Lagarto, em 20/11/2020, às 11:28:14**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002251335-52**.