



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

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

Dados do Processo

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

Assuntos

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

Dados das Partes

Requerente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: LAGARTO - Estado: SE - CEP: 49400000

Requerente: Advogado(a): LAERTE PEREIRA FONSECA 6779/SE

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

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento:

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031204



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

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

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

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

PROCESSO:

202054101361

DATA:

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, 2ª VIA SSP (SE), residente e domiciliado na Estrada de Louro, n.º 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 apenso, enviada pela Requerida.

No entanto, inobstante a natureza dos danos do Requerente tenha sido qualificada como **FRATURA SUBTROCANTÉRICA 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 seqüela 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 gradação 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 gradação 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- APLICABILIDADE. 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 César 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





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, 2ª 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 procuração de 20 20.


REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.011.016-2 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/08/2012

NOME REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

FILIAÇÃO JORGE DA SILVEIRA
MARINA PEREIRA DA SILVEIRA

NATURALIDADE LAGARTO-SE DATA DE NASCIMENTO 19/10/1982

DOC ORIGEM

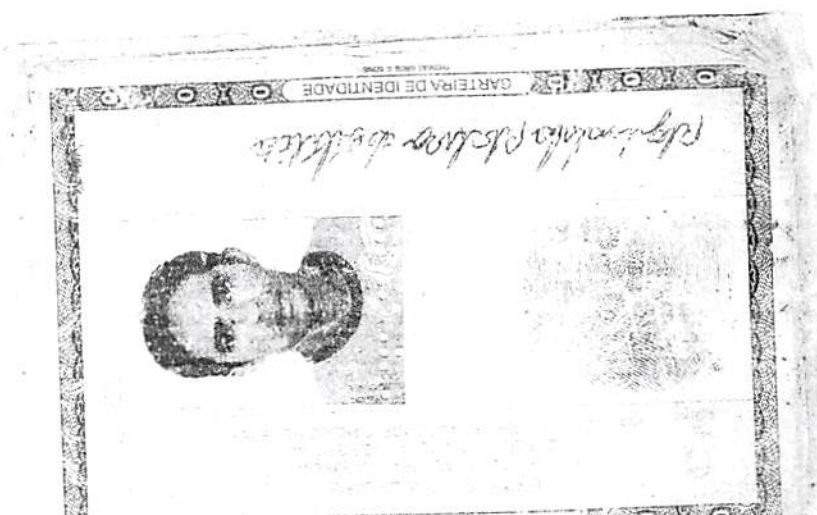
DT. NASCIM. INK 18510 LV A.17 FL 146 V

CART. 3 OF. DIST. COM. LAGARTO-SE

013.338.435-08

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



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 Apolonio Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 270.787.438



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	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA 13.017.462/0001-63

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. Hiran de Paula Haun
Ginecologia/Obstetrícia
Dr. Edla 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. Atilano Godinho
Clínica 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 Maynard
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 devido
fim, que o a. Resimundo
Pereira da Silveira, nas
este fazendo fisioterapia
devido ao momento atual
devido a pandemia do
Covid 19.

Ester Prata Feitosa
Médica
CRM 1067

11/8/2020

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

RECEITUÁRIO

Regina Ida Pereira da Silva

Patônio Medo

Paciente com fratura do fêmur (E)

consolidada.

apresenta encurtamento de cerca de 4cm
do membro inferior D.

Cid. S77.1
29B8

30/03/2020

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



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

Bairro: HORTA

Email: reginaldogerente1@gmail.com

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

CEP: 49.400-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

"Relata que na tarde do dia 22/03/2020 por volta das 17:30h, estava na garupa de uma motocicleta (honda/nxr160 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: 836.643.355-20) quando ao passar por um buraco perdeu o equilíbrio e acabou caindo na pista de rolamento, ficando lesionado. Que, foi conduzido por terceiros para o Hospital Regional de Lagarto, onde foi atendido e diagnosticado com FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR ESQUERDO, conforme Prontuário Médico de NÚMERO 054815/6. Que, a vítima foi submetida a procedimento cirúrgico no dia 27/03/2020 na mesma unidade hospitalar."

Este registro de ocorrência tem origem no boletim n.º 132076 da delegacia Virtual (em anexo), em atendimento a portaria N 004/2020, tendo em vista plano de ação da polícia civil para contenção da propagação e contágio do corona 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: 3 - CPF da vítima: 013.388.455-08 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: 013.388.455-08
7 - Profissão: Lavador 8 - Endereço: Estrada de Louro 9 - Número: 345 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Lagarto 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49400-000
15 - E-mail: laurita.lauritonsela.adv.br 16 - Tel. (DDD): (79) 99955-2089

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 0336 0 CONTA: 50075 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

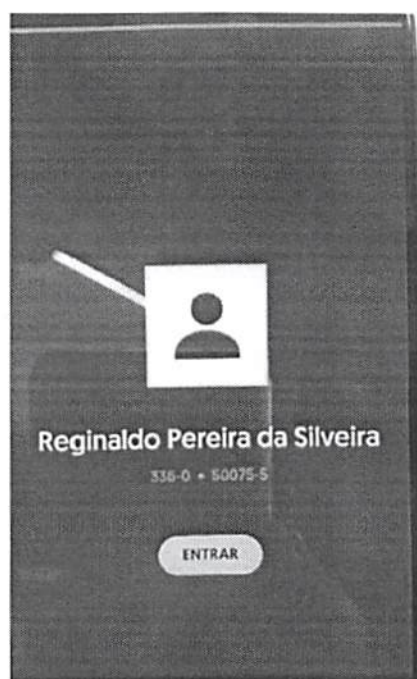
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Lagarto, SE, 04 de agosto de 2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050549/2020

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Regional de Lagarto - Aisp

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

Local do Fato

Município: Lagarto (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: TREVO LAGARTO/ITABAIANA

CEP: 49.400-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

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

Documento(s)

CPF: 013.388.435-08

Endereço

Município: Lagarto - SE

Logradouro: TRAVESSA SÍTIO DE LOURO

Bairro: HORTA

CEP: 49.400-000

Email: reginaldogerente1@gmail.com

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

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

"Relata que na tarde do dia 22/03/2020 por volta das 17:30h, estava na garupa de uma motocicleta (honda/nxr160 bros 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 FÊMUR ESQUERDO, conforme Prontuário Médico de NÚMERO 054815/6. Que, a vítima foi submetida a procedimento cirúrgico no dia 27/03/2020 na mesma unidade hospitalar."

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



Impresso por: Luciene Santos Silva

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

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00050549/2020

ASSINATURAS



Reginaldo Pereira da Silveira

Reginaldo Pereira da Silveira
Vítima, Comunicante

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



NOTA FISCAL/CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA Nº 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
 COLÔNIA TREZE
 LAGARTO/SE CEP: 49.400-000
 ACESSO WWW.CERCOS.COM.BR

Set 2020

EMIÇÃO

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 COLÔNIA TREZE, 344

COLÔNIA TREZE - LAGARTO/SE - CEP: 49400-000

CPF/CNPJ: 836.643.355-20

MAT.: 4700

CDU: 6369

ASSOCIADO: SIM TARIFA SOCIAL: NÃO ROT: 13-03-21-0344

CLASSE: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL/MONO

MEDIDOR: N1-07943455

CÁLCULO DE CONSUMO

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

DEMONSTRATIVO

DESCRIÇÃO	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

HISTORICO DE CONSUMO E PAGAMENTO

MÊS/ANO	CONSUMO MEDIDO (kWh)	CONSUMO FATURADO (kWh)	VALOR (R\$)	EM ABERTO (SIM/NÃO)	DATA DE PAGAMENTO
8/2020	61	61	58,50	NÃO	24/09/2020
7/2020	26	30	22,08	NÃO	02/09/2020
6/2020	43	43	33,84	NÃO	03/08/2020
5/2020	50	50	40,10	NÃO	25/06/2020
4/2020	50	50	39,14	NÃO	26/05/2020
3/2020	51	51	39,92	NÃO	30/04/2020
2/2020	50	50	40,00	NÃO	31/03/2020
1/2020	35	35	28,62	NÃO	13/02/2020
12/2019	44	44	36,71	NÃO	15/01/2020
11/2019	91	91	102,39	SIM	
10/2019	41	41	33,30	NÃO	27/12/2019
9/2019	3	30	24,68	NÃO	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 COLÔNIA TREZE Ref. 07/2020	LIMITES DA ANEEL	APURADOS	DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
DIC MENSAL	11,45	0,00	Serviços de Dist. da CERCOS	16,65	47,41
DIC TRIMESTRAL	22,90		Compra de Energia	11,71	33,34
DIC ANUAL	45,80		Serviço de Transmissão	4,05	11,53
FIC MENSAL	7,97	0,00	Encargos Setoriais	0,76	2,16
FIC TRIMESTRAL	15,94		Impostos Diretos e Encargos	1,95	5,55
FIC ANUAL	31,88		Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	6,29	0,00	TOTAL	35,12	100,00
DICRI	16,60	0,00	Valor do Encargo do Uso do Sistema de Distribuição		

CANAL DE CONTATO COM O CONSUMIDOR

PREZADO CLIENTE O PAGAMENTO EM DIA DE SUA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA CONTRIBUI PARA QUE TENHAMOS UM SERVIÇO PRESTADO CADA VEZ MELHOR EM NOSSA COMUNIDADE. COMUNICAMOS QUE, COM A AUSÊNCIA DE PAGAMENTO 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO DESTA FATURA, SUA UNIDADE CONSUMIDORA ESTARÁ SUJEITA A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. EVITE PAGAR A MULTA DE R\$ 0,70 E TAMBÉM OS JUROS R\$ 0,01 POR DIA DE ATRASO. PAGUE A SUA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA ATÉ O VENCIMENTO.

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 84070000003512

PAGADOR: FABIO SILVA ALMEIDA DE SANTANA - CPF/CNPJ: 83664335520
 LOTEAMENTO SANTA BARBARA COLÔNIA TREZE, 344
 LAGARTO/SE CEP: 49400000

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

BENEFICIÁRIO: COOP. ELET. DESEN. RURAL CENTRO SUL SERGIPE LTDA CNPJ: 13.107.842/0001-99
 TRAVESSA SANTA LUZIA, 236 - COLÔNIA TREZE - LAGARTO/SE - CEP: 49.400-000
 Agência / Código do Beneficiário: 2102.02.06241



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 - : N° 027.267.160



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

DADOS DO CLIENTE

MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA
EST DE LOURO 345
LAGARTO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/381570-1

REFERÊNCIA

SET/2020

APRESENTAÇÃO

02/09/2020

CONSUMO

67

VENCIMENTO

10/09/2020

TOTAL A PAGAR

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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32689190000504525	000000000202009	10/09/2020	R\$ 43,04	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA				13.017.462/0001-63
RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/178003-4				

SEDE: Rua Campo do Brito, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-380
CNPJ: 13.018.171/0001-60 – INSC. EST. 27.051.036-2

NOTIFICAÇÃO

Matricula

571627.6

Nome do Cliente

FABIO SILVA ALMEIDA DE SANTA

CPF:	
------	--

Endereço

RUA A LOT SANTA BARBARA. 336. 49400-000

Grupo/Sector/Rotación/Leitura

Date da Leitura: _____

Hilfsangaben

Classificação / Economias	
---------------------------	--

417006/00276

A11F071858

RES: 1

AVISO DE DÉBITO/SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO

CONSTATAMOS O DÉBITO ABAIXO DISCRIMINADO. DIOS VALORES NAO ESTAO ATUALIZADOS, ESTANDO O SEU FORNECIMENTO DE AGUA PASSIVEL DE CORTE APOS 30 (TRINTA) DIAS DE RECEBIMENTO DESTA AVISO, CONFORME LEI Nº 11.445/07. ACRESCIMOS MORATORIOS (JURO, MULTA E CORRECAO MONETARIA) PROVENIENTES DO PAGAMENTO DAS FATURAS CONSTANTES NESTE AVISO, SERAO COBRADOS NA FATURA SUBSEQUENTE, CONSIDERANDO OS SEUS RESPECTIVOS VENCIMENTOS ATÉ A DATA DA SUA QUITACAO. APOS O CORTE, A RELIGACAO DEVERA SER SOLICITADA EM QUALQUER LOJA DE ATENDIMENTO DA DESO, MEDIANTE COMPROVACAO DO PAGAMENTO TOTAL OU NEGOCIACAO DO DÉBITO E DA TAXA DE RELIGACAO. PARA INFORMACOES ADICIONAIS, CONTATE-NOS NO 4020-0195 OU EM UMA DAS NOSSAS LOJAS DE ATENDIMENTO. ATENCAO: AVISO ANTERIOR RECEBIDO, CUJO DÉBITO NAO TENHA SIDO QUITADO COMPLETAMENTE E ESTEJA INCLUIDO NO PRESENTE AVISO, ESTARA SUJEITO A CORTE A QUALQUER MOMENTO. DESCONSIDERAR ESTE AVISO, CASO O DÉBITO JA TENHA SIDO QUITADO.

M85
12/2019

Valor
40,27

HONG

Value

Mês Referência:

EMITIDO EM: 15/01/2020

TOTAL A PAGAR R\$	
-------------------	--

40.27

10. HOMEMS PELO FIM DA VIOLENCIA CONTRA A MULHER? DISQUE 180

ficou de mãos sem a negociação. Os outros, que ensinaram o corte, o ramal
e o al poder ser suprimido, tiveram as despesas com o restabelecimento
das sedes e a carga do usuário.

CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-ne.com.br/contato

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Ar

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fúor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Nº Mínimo de Amostras Exigidas						
Nº de Amostras Analisadas						
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Portaria nº 2.814/2011						
(Significado dos Parâmetros de Controle - Verbo Verso)						

Forest State

IAURINA PEREIRA DA SILVA
ST DE LOURO, 345 - CENTRO
LAGARTO/SE CEP: 49400000 (AG: 180)

Instalação: MONOFÁSICO
Cálculo: RUT MTC B2 / RUTAL - RUTAL RESIDENCIAL
Fatura: 1 - 180 - 15 - 1195 Referência: Dez/2019
Emissor: W1036535436 Emissão: 04/12/2019



ENERGISA SERGIPE DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 91 - Inácio Barbosa
Araçáju/SE - CEP: 49040-150
CNPJ 12.017.462/0001-63 Insc. Est. 270.787.436
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 019.037.231
Cód. para Dígit. Automático: 0003815701

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

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, Olimpio Campos, no centro de Araçáju. Espetáculos artísticos com show, pirotecnia, junel musical, carrossel, trenó da Papai Noel e muito mais. De 26/11 a 05/01/19

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
04/11/19	17997	04/12/19	17997		70	30	
Demonstrativo							
Qtd	Descrição	Quantidade	Valor Base Calc	Alíq	ICMS(R\$)	Base Calc Po(R\$)	Colind(R\$)
			Rebentos Total(R\$)	ICMS		Po/Colind(R\$)	(0,7518%) (2,4631%)
		70,000 0,21090	29,47	0,00	0	0,00	29,47 0,22 1,02
1.01	Consumo em kWh		2,61	0,00	0	0,00	2,61 0,02 0,09
1.02	Adic. B. Vermeilha		0,14	0,00	0	0,00	0,14 0,00 0,00
1.03	Adic. B. Amarela		5,31	0,00	0	0,00	5,31 0,07 0,32
1.04	Subsídio						
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
1.05	CONTRIBUIÇÃO PUE/CA		11,08	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
1.06	CONTRIBUIÇÃO PUE/CA		0,15	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
1.07	CONTRIBUIÇÃO PUE/CA		0,39	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
1.08	MULTA 11/2019		-8,92	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
1.09	Devolução Subsídio						

Cl. Código de Classificação do Item: TOTAL 45,03 0,00 0,00 41,53 0,31 1,43

Média últimos meses (kWh) 89

VENCIMENTO 11/12/2019

TOTAL A PAGAR R\$ 45,03

Histórico de Consumo (kWh)

59	67	65	65	72	69	68	53	59	50	57	65
Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
1. MENSAL	5,43	0,00	NOVINAL	127	11,25	24,99
2. TRIMESTRAL	10,86				18,27	39,13
3. ANUAL	21,72				1,10	2,44
4. MENSAL	0,30	0,00	CONTRATADA	1,7	2,25	5,00
5. TRIMESTRAL	0,60		LIMITE INFERIOR	103	14,16	31,45
6. ANUAL	12,20		LIMITE SUPERIOR		0,00	0,00
7. DC	0,17					
8. DR	10,22					
				Total	45,03	100,00

ATENÇÃO

Subvenção DEC 7.091/19 R\$ 6,92

Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município.

Faturas em atraso

Ouvir e/ou Energia Energisa 0800 79 0196 (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento.



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 Fontes inscrito (a) no CPF 019.990.785, 28
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Reginaldo Pereira da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 013.388.465, 08, do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima
Reginaldo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.388.465, 08, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Profa Felino Fontes</u>		Número	<u>41</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Lauro de Freitas</u>	Estado	<u>SE</u>
Email	<u>laerte@laertepontes.adv.br</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>(79)99935-2089</u>	

Lauro de Freitas de agosto de 2020
Local e Data
Laerte Pereira Fontes
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, Fabio Silva Almeida
RG nº 2.049-5, data de expedição 11/02/2016
Órgão SSP, portador do CPF nº 836.643.355-6
com domicílio na cidade de Maracatu, no Estado de Sergipe
Rua Sta Barbara Colonia 13, nº 336
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Plumbeo Ribeiro Santos, cujo o condutor era
Fabio Silva Almeida
Veículo: Moto Modelo: Honda 160 Bros Ano: 2015
Placa: QKR2372 Chassi: 9C2KD0800FRO26226
Data do Acidente: 27/04/2020

Local e Data: Maracatu - 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, 88 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 49.400-000
Fones: (78) 3631.8301 / (78) 9979.8253 / (78) 99825.8944

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



TABELIÃO: LAFIETE LUIZ DO NASCIMENTO
SUBSTITUTA: DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO
ESCREVENTE AUTORIZADA: JULIANA OLIVEIRA DE SOUZA

1º OFÍCIO DE NOTAS DE LAGARTO, SE
Deborah Santana Santos
Escrevente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		SE	
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1746898827	NOME FABIO SILVA ALMEIDA		DOC. IDENTIDADE / CRS EMISSOR/UF 20492405 SSP SE
		CPF 836.643.355-20	DATA NASCIMENTO 22/04/1983
		FILIAÇÃO PEDRO FERREIRA DE ALMEIDA TEREZINHA SILVA ALMEIDA	
		PERMISSÃO 	ACC
	IP REGISTRO 05934726775	VALIDADE 14/10/2023	HABILITAÇÃO 21/11/2013
PROIBIDO PLASTIFICAR 1746898827	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;		
	Assinatura do Portador: <i>Fabio Silva Almeida</i>		
	LOCAL ARACAJU, SE	DATA DE EMISSÃO 16/10/2018	
	Assinatura do Emissor: <i>Luciana Cândida Dêda Chagas de Melo</i> <small>Luciana Cândida Dêda Chagas de Melo</small> <small>SECRETARIA DE TRANSPORTES</small>		
	SERGIPE		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

CS 000013267159 Nº 015855620380
DETRAN-SE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 01048071593 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2020

NOME
FABIO SILVA ALMEIDA

CPF / CNPJ 836.643.355-20 PLACA QKR2372

PLACA ANT / UF QKR2372/SE CHASSI 9C2KD0000FR026226

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/QUEMUNA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESO ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 2P0CV/162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *****
I P V A PAGO FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEM RESTRICÇÕES FINANCEIRAS BRIGATORIO

OBSERVAÇÃO DESP. 29

DOCUMENTO DE POSSE BRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

MOTOR: KD08E0F026226

LOCAL ABNER MELO SILVA
LAGARTO-SE DIRETOR PRESIDENTE DATA 03/03/2020

EXPEDIDOR

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

SE Nº 015855620380 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 03/03/2020

VIA ** CPF / CNPJ 836.643.355-20 PLACA QKR2372

RENAVAM 1048071593 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESO

ANO FAB. 2015 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KD0000FR026226

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 3,64 DENATRAN (R\$) 0,40 CUSTO DO SEGURO (R\$) 4,05

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

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.249.608/0001-04

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: Reginaldo Pereira da Silveira 6 - CPF: 013.388.435-08
7 - Profissão: Lavador 8 - Endereço: Estrada de Louro 9 - Número: 345 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Lagoarto 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13400-000
15 - E-mail: laert@laertpessoa.adv.br 16 - Tel. (DDD): (79) 99955-2089

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0336 0 CONTA: 50075 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

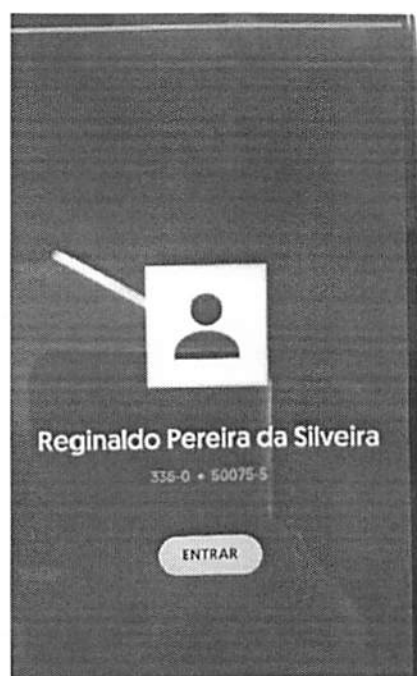
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Lagoarto, SP, 04 de agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Reginaldo Pereira da Silveira

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Profissão: Procurador

Identidade: 2.011.016.2 CPF: 013.388.455-08

Endereço: rua Sítio de Moura

Bairro: Itaú Cidade: Lagarto

Estado: Sergipe CEP: 49400-000

Outorgado: **LAERTE PEREIRA FONSECA**, natural de Lagarto-Sergipe, casado, portador de célula de identidade nº 3.215.460-7 SSP/SE, inscrito no cadastro de pessoa física nº 019.990.755-28 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: Invalidez

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

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



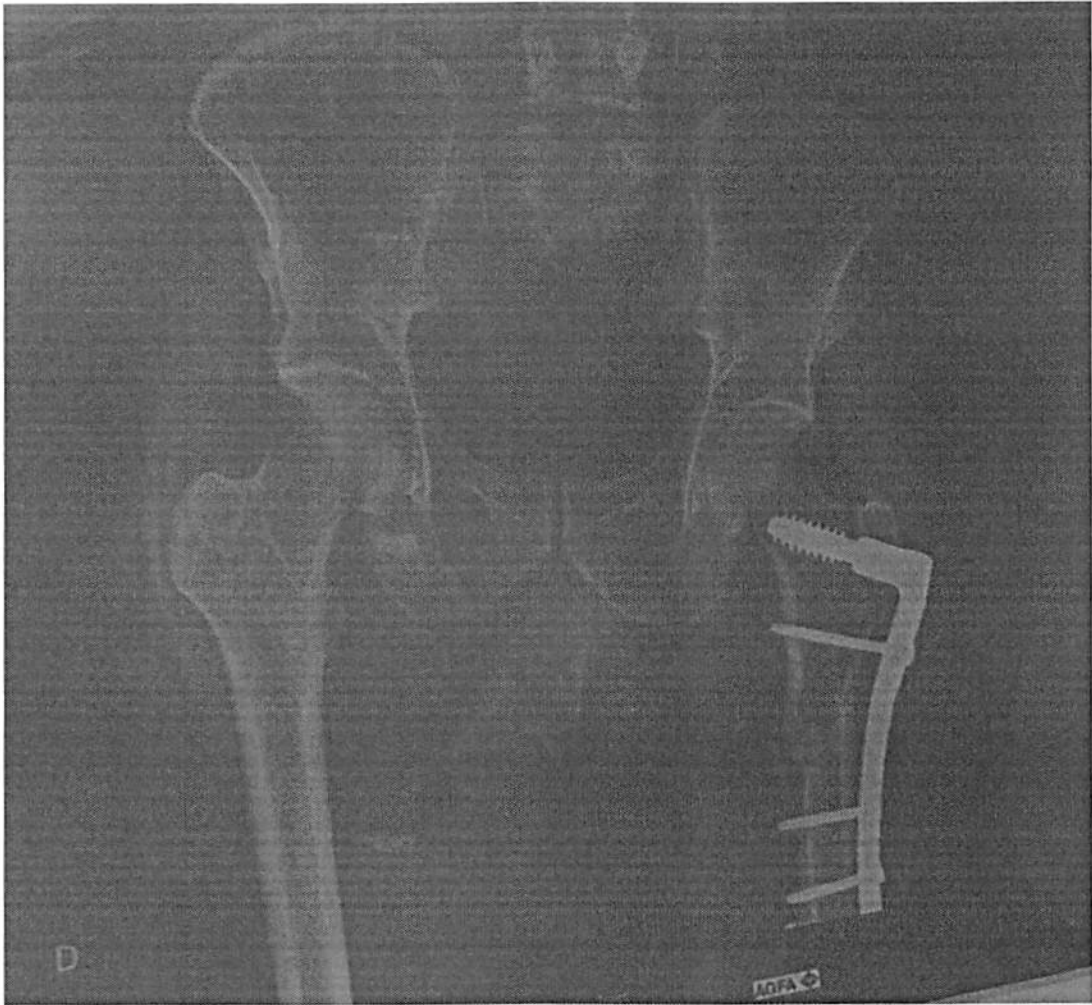
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Av. Pres. Vargas, 68 - Centro - Lagarto - SE - CEP: 49.400-000
Fones: (79) 3531.6301 / (79) 8978.9255 / (79) 8995.8544

TABELIÃO: LAFAIETE LUIZ DO NASCIMENTO
SUBSTITUTA: DANIELA SANTOS LIMA DO NASCIMENTO
ESCRIVENTE AUTORIZADA: JULIANA OLIVEIRA DE MENEZES

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



Deborah Santana Santos
Escrivente





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 - CLINICA CIRURGICA

Data da Internação: 22/03/2020

CID: FRATURA SUBTROCANTERICA

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

Folha 1/2

Aprazamento

DIETA

1. Livre obs.: LAXATIVA, ZERO A PARTIR DAS 04H

Aprazamento

CUIDADOS

I= T=

2. Repouso no leito - com medidas antiescaras, contínuo

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
3. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 ML	Administrar 1.000 mL IV, de 24/24 horas.	2000h 580 000h
4. DAPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9Kg	2000h 580 000h
5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	00 1200h
6. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV lento 30-60min. IV SE DOR INTENSA	500
7. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL S/N	500
8. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas.	06. 1200h
9. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL	Administrar 1 AMP. IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE	500

Angela Vieira dos Santos
COREN - SE 1217315 - TEHospital Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação

Márcio Freire Vieira

CRM-SE 5452

MIR Ortopedia e traumatologia

Rafael de Sá Santos

CRM-SE 653.453

Rafael de Sá Santos

CRM-SE 653.453

Rafael de Sá Santos

CRM-SE 653.453

05481516

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTERICA

Folha 2/2

Data da Internação: 22/03/2020

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

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA		DOSAGEM	APRAZAMENTO
10.	CAPTOPRIL 25 MG 25 mg	Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>180 E/OU PAD>100	A CRITÉRIO MÉDICO
11.	GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL	Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60	A CRITÉRIO MÉDICO
12.	INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL	Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs.: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar	A CRITÉRIO MÉDICO

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

13. Fisioterapia respiratória

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

26/03/2020,09:37h

Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR Ortopedia e traumatologia

Atividade de Saúde
Tela de Acompanhamento
CRM-SE 653.453

Condição de Saúde
Enfermagem
CRM-SE 189906

Hospital Universitário
Legado
PRESCRIÇÃO

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação

054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA		Data da Internação: 22/03/2020	
CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA		Validade: de 27/03/2020 14:50 h. a 28/03/2020 11:00 h.	
Folha 1/3			
DIETA		Aprazamento	
1. Livre	obs.: LAXATIVA; livre após recuperação da anestesia	SND	

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

MEDICAMENTOS			APRAZAMENTO
POSOLOGIA	DOSAGEM		
4. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 ML	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas,		500 580
5. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9Kg		260 82 08 14
6. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).		62 14
7. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV lento 30-60min. IV SE DOR INTENSA		SN
8. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL S/N		SN
9. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,		66
10. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL	Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE		SN

H
Hospital Universitário
Lagarto
PRESCRIÇÃO

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação

Dr. Glauber Barboza
CRM/SE 5293
TEOT 15308

Luciane Souza de
COSTA
CRM/SE 5293
TEOT 15308

054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Data da Internação: 22/03/2020

Folha 2/3

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

MEDICAMENTOS

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

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

16. Fisioterapia respiratória



Hospital Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Identificação

Dr. Glauber Barbosa
CRM-SE 5293
TEOT 15008

Luciano Souza da Silva
COREN-SE 152705-1/2011

054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 - CLÍNICA CIRÚRGICA

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Folha 3/3

Data da Internação: 22/03/2020

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

Dr. GLAUBER CESAR MARQUES BARBOSA CRM: 024417

27/03/2020,14:53h.

Dr. Glauber Barbosa
CRM: 024417
Rég. SE 5293-04
Rég. CT 15008

 **Hospital Universitário**
Lagarto
PRESCRIÇÃO

Identificação

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

054815/6

Anamnese**Dados do Paciente**

Referência: 22/03/2020

Leito: 0000

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: UNIDADE AZUL

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

Nome do Responsável: BRENO GOMES GALLO

Data Confirmação: 22/03/2020 22:17

CRM: 3647

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

Notas Adicionais:

Dr. G. Gomes Gallo
CRM: 3647
TTO Cirúrgico



Hospital **Universitário**
Lagarto

ANAMNESE**Identificação**

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

Evolução - MEDICINA**Dados do Paciente**

Referência: 22/03/2020

Prontuário: 54815/6

Leito: 400D

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Nome Social:

Data de Nascimento: 19/10/1982

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 FÊMUR ESQUERDO****>História da admissão**

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

>Evolução Médica Diária

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

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

AVC: RCR, BNF 2T, SEM SOPROS

AR: MV+ AHT, SEM RA

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR, RHA +, SEM VISCEROMEGALIAS

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

>CONDUTA:

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

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
CRM-585452
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 FÊMUR ESQUERDO

>História da admissão

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

>Evolução Médica Diária

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

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

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:

Marco Freire Vieira
CRM: SE 5452
MR Ortopedia e Traumatologia

Identificação

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 25/03/2020

Leito: 400D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

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

Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 25/03/2020 17:33

CRM: 5452 SE

Evolução:

#FRATURA SUBTROCANTÉRICA + TERÇO MÉDIO DO FÊMUR ESQUERDO

>História da admissão

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

>Evolução Médica Diária

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

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

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

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

>CONDUTA:

- MANTENHO PRESCRIÇÃO
- ANALGESIA SISTEMÁTICA
- AGUARDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
CRM 5452 SE
MR Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

Evolução**Dados do Paciente**

Referência: 25/03/2020

Leito: 400D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 26/03/2020 09:37 Atendimento 143406

Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 26/03/2020 09:37

CRM: 5452 SE

Evolução:**#FRATURA SUBTROCANTÉRICA + TERÇO MÉDIO DO FÊMUR ESQUERDO****>História da admissão**

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

>Evolução Médica Diária

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

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

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

>CONDUTA:

- MANTENHO PRESCRIÇÃO

- ANALGESIA SISTEMÁTICA

- AGUARDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, POSSÍVEL AMANHÃ 27/03/2020

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR Ortopedia e traumatologia

Identificação

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 27/03/2020

Leito: 400D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

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

Nome do Responsável: GLAUBER CESAR MARQUES BARBOSA

Data Confirmação: 27/03/2020 14:59

CRM: 024477

Evolução:

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

EF- EXTREMIDADE PERFUNDIDA

CD- RX CONTROLE + HEMOGRAMA + ATB E CURATIVO

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

Notas Adicionais:

Dr. Glauber Barbosa
CRM-SE 5293
TEOT 15008



Hospital Universitário
Lagarto
EVOLUÇÃO

Identificação

Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Prontuário: 54815/6

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 27/03/2020

Leito: 400D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

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

Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 28/03/2020 06:57

CRM: 5452 SE

Evolução:

#FRATURA SUBTROCANTÉRICA + TERÇO MÉDIO DO FÊMUR ESQUERDO

>História da admissão

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

>Evolução Médica Diária

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

No momento em leito, hemodinâmica estável, colaborativo, com queixas de dor em MIE, interage bem com examinador, apetite e sono preservados. Boa diurese e dejeções sem alterações. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

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

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

>CONDUTA:

- CHECO RADIOGRAFIA DE CONTROLE
- ORIENTO PACIENTE
- ALTA HOSPITALAR

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
CRM: 5452 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: 27/03/2020

Leito: 400D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

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

Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 28/03/2020 06:57

CRM: 5452 SE

Evolução:

#FRATURA SUBTROCANTÉRICA + TERÇO MÉDIO DO FÊMUR ESQUERDO

>História da admissão

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

>Evolução Médica Diária

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

No momento em leito, hemodinâmica estável, colaborativo, com queixas de dor em MIE, interage bem com examinador, apetite e sono preservados. Boa diurese e dejeções sem alterações. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

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

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

>CONDUTA:

- CHECO RADIOGRAFIA DE CONTROLE
- ORIENTO PACIENTE
- ALTA HOSPITALAR

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira
CRM-SE 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

*quebra de nota
sem expor o
levar no que se*

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Reginaldo Pereira da Silveira Sexo: () F (X) M
Data de Nascimento: 19/10/1937 Idade: 37 Estado Civil: casado Profissão: laureado
Naturalidade: Lagarto - SE Procedência: Lagarto - SE
Data de admissão: 22/08/2010 Prontuário: 54815-6 Setor: Reidratação Adulta

2. ENTREVISTA/COLETA DE DADOS:

- Internações Anteriores: Sim (X) Não () Motivo: cirurgia de apendicite
- Antecedente patológico pessoal/familiar: () HAS () DM () AVEi/h () IAM () Angina
() Obesidade () Outros
- Hábitos pessoais: () Tabagismo (X) Etilismo () Drogas ilícitas (X) Nega Não ()
- Faz uso contínuo: () Sim, quais:
() 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 5 RM 6)
Observações:
- Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () Miose () Midriase
- Mobilidade Física: MMSS (X) Preservada () Plegia () Paresia () Parestesia.
MMII: () Preservada () Plegia () Paresia Movimentos lentos () Movimentos involuntários () Força Motora diminuída () fraqueza em fêmur esquerdo
- () Cefaléia () Crises Convulsivas () Fotofobia () Rigidez de Nuca () Sinal de Kernig () Sinal de Brudzinski
- Medicamentos psicotrópicos: nen Dose: _____ ml/h

Percepção dos órgãos e Sentidos

- Condições da visão: () Normal (X) Alterada miopia Condições da audição:
(X) Normal () Diminuída () Surdez () Uso de aparelho de audição () Otorréia
- Sensibilidade À dor: () Comportamento não verbal de dor (X) Verbalização de dor
Tipo, localização, frequência e intensidade da dor:
Uso de medicamentos:

Oxigenação

- Ventilação: (X) Espontânea O2 suplementar _____ L/min: () Cânula nasal () máscara simples () Máscara Venturi () Máscara com reservatório () Macronebulização
(X) VM () TOT () TQT _____ dia FiO2: _____ SpO2: _____ FR _____ ipm
- Expansibilidade Torácica: (X) Simétrica () Assimétrica () Aumentada () Diminuída
- Ausculta pulmonar: MV: () aumentados () Diminuídos (X) ausentes Ruídos
() Sibilos () Estertores Tosse: () Improdutiva () Produtiva

Regulação Vascular

- Ausculta cardíaca: (X) Sons cardíacos normais () Sons cardíacos anormais
- Arritmias: (X) Não () Sim. Tipo:
- Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Cheio () Filiforme
- Perfusão periférica: () Preservada () Diminuída
- Acesso Venoso: () Central (X) Periférico MSD () Flebotomia 2x103
Complicações de Acesso: _____ dose: _____ ml/h
- () 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: (X) Hidratado () Desidratado () Sede () Lábios ressecados e com odor () língua seca
- Turgor da Pele: (X) Preservado () Diminuído
- Condições das mucosas: (X) Úmidas () Ressecadas
- Edemas: () Pés _____ /+4 () MMII _____ /+4 () MMSS _____ /+4 () Anasarca sem edemas
- 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: (X) 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: 19/10/1982
 SETOR: Residência Nº PRONTUÁRIO: 54815-6 DATA DE INTERNAÇÃO: 22/03/2020

RISCO DE QUEDA - MORSE

FATORES DE RISCO:	Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
() Idade ≥ 65 anos	Baixo Risco 0-24							
() Obesidade	Moderado Risco 25-44							
() Agitação/ Confusão	Alto Risco ≥ 45	60	X	X	X	X		
() Demência	Pontuação	60	60	60	60	60		
() Déficit Sensitivo/Motor	Monitoramento do Risco	RI	RC	RC	RC	RC	AL	
() Distúrbios Neurológicos								

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							
	Risco Severo							
	Pontuação	16	16	16	16	16		
	Monitoramento do Risco	RI	RC	RC	RC	RC	AL	

CASO LESÃO JÁ INSTALADA

Classificação da Lesão:
Local da Lesão:

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

- () Doença Neurológica
 () Doenças Respiratórias
 () Uso de drogas sedativas
 () Desnutrição ou Desidratação
 () Prótese dentária mal adaptada
 () Dispositivos: IOT/ TQT/ SNE/ GTT
 () História prévia de disfagia orofaríngea
 () Reflexo de tosse diminuído ou ausente
 () Doença e/ou Cirurgia de Cabeça e Pescoço
 () Uso de anestésico tópico na cavidade oral ou na orofaringe

- () Doenças Gástricas
 () Doenças Esofágicas
 () Glasgow ≤ 12

FATORES DE RISCO:

- () Idade ≥ 65 anos
 (X) Infusão venosa
 () Fragilidade tissular
 () Uso de drogas vesicantes
 () Múltiplas punções venosas periféricas
 () Inserção de CVP em situação de emergência
 () Não se aplica

CLASSIFICAÇÃO:

- 0- Não há sinal de flebite
 1- Possível início de flebite
 2- Início de flebite
 3- Flebite em evolução
 4- Início de tromboflebite
 5- Tromboflebite em evolução

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

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Abertura ocular	4	4	4	4	4		
Resposta verbal	5	5	5	5	5		
Resposta motora	6	6	6	6	6		
Não testável	-						
Pontuação	15	15	15	15	15		
Classificação da ECG	2	L	L	L	L		

ESCALA DE AGITAÇÃO E SEDAÇÃO - RASS

- +4 Combativo
 +3 Muito agitado
 +2 Agitado
 +1 Inquieto
 0 Alerta e calmo
 () Não se aplica

- 1 Sonolento
 -2 Sedação leve
 -3 Sedação moderada
 -4 Sedação intensa
 -5 Não desperta

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

Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Pontuação	0	0	0	0	0		

LEGENDA DO MONITORAMENTO DO RISCO:

SR (sem risco) RI (risco identificado) RC (risco continuado) RS (risco solucionado) RA (risco agravado) RM (risco melhorado)

Dia/Data	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Enfermeiro	22/03/2020	24/03/2020	25/03/2020	26/03/2020	27/03/2020		
Assinatura/Carimbo	Maria Eliane de Sousa Albuquerque COREN-SE 464.113-ENF	Valéria Vinícius Cordeiro COREN-SE 470.335-ENF	Mirelle Morenno de Oliveira Enfermeira COREN-SE 517086	Mirelle Morenno de Oliveira Enfermeira COREN-SE 517086	Rejane N. Lima Enfermeira COREN-SE 114.685		

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

DEFINIÇÃO	PONTUAÇÃO - ESCALA DE BRADEN			
	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação
CONSCIÊNCIA	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente
MOBILIDADE	Totalmente	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente
PERICULO DE QUESADAMENTO	Problema	Problema Potencial	Nenhum Problema	

HISTÓRIA DE QUESADAMENTOS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES		AUXÍLIO NA MOBILIDADE		MARCHA		ESTADO MENTAL	
NÃO	0	Nenhum/Acamado/Repouso No Leito	0	Normal/Acamado/ Cadeira De Rodas	0	Orientado	0
SIM	25	Bengala/Moleta	15	Lenta/Fraca	10	Desorientado /Confuso	15
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		MOBILIDADE		MARCHA		ESTADO MENTAL	
NÃO	0	Mobilário Ou Parede	30	Alternada/Cambaleante	20		
SIM	15		0				
			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	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	OLHOS NÃO REATIVOS A LUZ
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- Obedece 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

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

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

Cuidado Corporal e Integridade Física

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

Sono e Repouso

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

Atividade Física

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

Comunicação/Educação para saúde/Aprendizagem

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

Segurança emocional/Amor e Aceitação/gregária

- Intolerância Alim: (X) Não () Sim: _____
 - Sentimentos e comportamentos: (X) Calmo () Apatia () Depressão () Angústia () Agitação () Agressividade () Ansiedade () Choro () Irritabilidade () Medo
 - Vive: () Sozinho (X) Familiares () Amigos () Aviso () Outros

Religiosidade/Espiritualidade

- Religião: católica
 Necessita de auxílio espiritual: neq

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

Enfermeiro/Coren: Elaine
 Data: 03/10/2020

Maria Elaine de Sousa Albuquerque
 COREN - SE 464.113 - ENF

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Nasc.: 19/10/1982 Sexo: Masculino

Nº amostra: 76056

Origem: OBS. ADULTO (AZUL)

Apelido: XN-L

ID paciente: 548156

Médico:

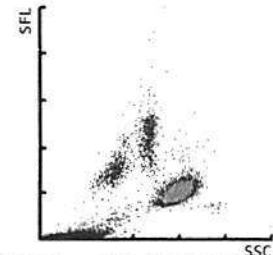
Referência:

Homem

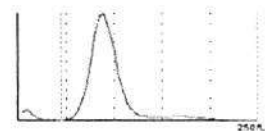
Mulher

Hemácias	5.00	[10 ⁶ /uL]	(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 /uL]	(140 - 400)	
VPM	10.9	[fL]	(9.0 - 13.0)	
eucócitos	14.29	[10 ³ /uL]	(3.60 - 11.00)	
NEUTRO	12.21+	[10 ³ /uL]	(1800 - 6600)	
LINFO.	0.82-	[10 ³ /uL]	(1100 - 4400)	
MONO	1.11+	[10 ³ /uL]	(150 - 1000)	
EOSINO	0.03	[10 ³ /uL]	(50 - 400)	
BASO	0.05	[10 ³ /uL]	(0 - 200)	
IG	0.07	[10 ³ /uL]		
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	[%]		

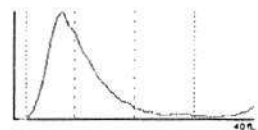
Dist. de Leucócitos



Dist. de Hemácias



Dist. de Plaquetas



WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

[Handwritten Signature]
Drª Cintya Santos Go.
Biotécnica
CRM 6486

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."

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."

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Nasc.: 19/10/1982 Sexo: Masculino

Nº amostra: 76160

Origem: OBS. ADULTO (AZUL)

Apelido: XN-L

ID paciente: 548156

Médico:

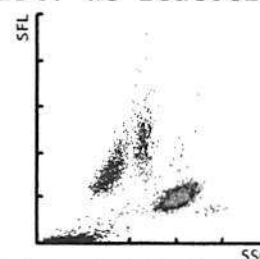
Referência:

Homem

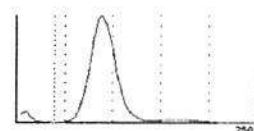
Mulher

Hemácias	4.20	[10 ⁶ /uL]	(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)	
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 /uL]	(140 - 400)	
VPM	10.3	[fL]	(9.0 - 13.0)	
Leucócitos	7.48	[10 ³ /uL]	(3.60 - 11.00)	
NEUTRO	5.43	[10 ³ /uL]	(1800 - 6600)	
LINFO.	1.32	[10 ³ /uL]	(1100 - 4400)	
MONO	0.65	[10 ³ /uL]	(150 - 1000)	
EOSINO	0.03	[10 ³ /uL]	(50 - 400)	
BASO	0.03	[10 ³ /uL]	(0 - 200)	
IG	0.02	[10 ³ /uL]		
NEUTRO	72.6+	[%]	(36.0 - 66.0)	
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	[%]		

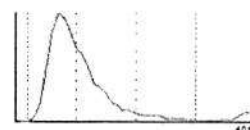
Dist. de Leucócitos



Dist. de Hemácias



Dist. de Plaquetas



WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

Plácida B. de Almeida
Bióloga
CRM 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 	Prontuário 54815/6
Nome Mãe MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA	Sexo Masculino	Estado Civil Solteiro
		Dt Nascimento 19/10/1982
Nome Pai JORGE DA SILVEIRA	Data cadastro 06/04/2019	Data recadastro 22/03/2020
		Pront. Família
RG 20110162	CPF 013.388.435-08	Cartão SUS
Nome Anterior 	Cidade de nascimento LAGARTO	UF SE
Grau Instrução 1º Grau Incompleto	Nacionalidade BRASILEIRO	
Profissão 	Código da profissão 	Cor Parda
		Fone ou Recado 79-998863056
Logradouro TRAVESSA SITIO DE LORO	Posto de Referência : 	
Número 435	Complemento 	Bairro HORTA
Cidade LAGARTO	UF SE	CEP 49400-000
Identificador TAMIRES SANTOS RIBEIRO		
Área Cadastradora CENTRO CUSTO 1		

Observação

ocupação: encostado (lavador de carros)

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

Lagarto

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

Hospital Univ Monsenhor Joao Batista

Boletim de Identificação de Paciente

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

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

Classificação de Risco

Queixa Principal:	Vítima de queda de moto há 1h, refere ter ingerido bebida alcoólica, apresenta ferimento em queixo e dor em MIE, nega alergias										
Fluxograma:	Cirurgião					Discriminador: Dor leve recente					
Parâmetros:	Glicemia Capilar					Escala de Coma de Glasgow:					15
	Pulso		62			Ritmo:			Sat O2 (%):		100
	Temperatura Timpânica			36		Escala de Dor:			6	PA	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:	Cirurgião										
Classificador:	JOSIVALDO DIAS DA CRUZ					COREN / CRM:		230693 SE		Hora de Início CR:	Hora de Fim CR:
										22/03/2020 19.09.39	22/03/2020 19.13.11

Reclassificação

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

Hospital Universitário de Lagarto

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

CONSULTAS AMBULATORIAIS

1

1

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

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

EF:

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

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

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

D: GLW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

E: ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, FCC EM

CD: LIMPEZA DE FERIMENTO

CURATIVO

RX DE COXA ESQUERDA

Av da Ortopedia - Tratamento de fratura

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

Procedimentos Realizados:

CURATIVO POR PACIENTE, quantidade: 1

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

Iuri Marcel Alves Prates
CRM/SE 5198

22:00

Abertura do Intervento

para a cirurgia

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

EF:

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

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

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

D: GLW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

E: ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, FCC EM

CD: LIMPEZA DE FERIMENTO

CURATIVO

RX DE COXA ESQUERDA

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

Procedimentos Realizados:

CURATIVO POR PACIENTE, quantidade: 1

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

CID: S72.2 - FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Nota(s) adicional(is):

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

faço internamento

nega alergia medicamentosa. nega uso de medicação regular.

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



Breno Gallo
Ortopedista Infantil
CRM: 3647 SBO: 768



Códig

1402

PRONTUÁRIO

548156

NOME

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Unidade de Origem

AZUL ADULTO

Data Solicitação

23/03/2020

Hora Solicitação

Prioridade

(3) Média

Unidade de Destin

CLÍNICA CIRÚRGICA

Data Liberação

24/03/2020

Hora Liberação

Status da Solicitação

Liberado

Leito Liberado

400D

Hora Admissão

Lidiane Assis dos Santos
COREN-SE 429738-ENF

Mayara C. Lima.
Responsável do NIR

Enfermeiro Setor de Origem

Luciane Luz Barros
ENFERMEIRA
COREN-SE 233625

Enfermeiro Setor de Destino

Identificação do Paciente

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

Identificação do Responsável

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

Dados de Internação

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

Equipe Médica

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

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: SAMUEL DOS SANTOS ANDRADE
C. Ponto: 300 33698
Observação

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - UNIDADE AZUL

CID : FRATURA SUBTROCANTÉRICA

Data da Internação: 22/03/2020

Folha 1/2

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

DIETA

Aprazamento

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

ATENÇÃO

CUIDADOS

Aprazamento

2. Repouso no leito - com medidas antiescara, contínuo

I= T= CONTÍNUO

MEDICAMENTOS

POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
3. RINGER C/ LACTATO DE 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	20 02 14
5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	00 14
6. TRAMADOL INJETAVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV lento 30-60min. IV SE DOR INTENSA	SOS
7. METOCLOPRAMIDA INJETAVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL S/N	SOS
8. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas.	06
9. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL	Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE	SOS

Eliziane de O. Barbosa Antunes
COREN-SE 114465-TU

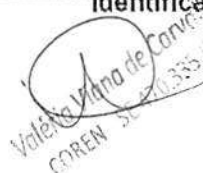

Hospital Universitário
Lagarto
PRESCRIÇÃO

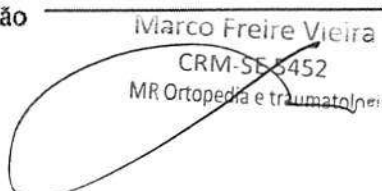
REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Unidade: AZUL 6001

Identificação


Valéria Viana de Carvalho
COREN-SE 270335-1


Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
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 16:00 h.

MEDICAMENTOS

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

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

13. Fisioterapia respiratória

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

24/03/2020,06:37h.

Marco Freire Vieira
CRM-SE 5452
MR Ortopedia e traumatologia


Hospital Universitário
Legato
PRESCRIÇÃO

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Unidade: AZUL

Identificação

054815/6

PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 1 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRAKTURA SUBTROCANTERICA

Folha 1/2

Data da Internação: 22/03/2020

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

DIETA	
1. Livre	obs.: LAXATIVA;
Aprazamento	

CUIDADOS	
2. Repouso no leito - com medidas antiescaras, contínuo	T= <i>Manter</i>
Aprazamento	

MEDICAMENTOS		
POSOLOGIA	DOSAGEM	APRAZAMENTO
3. RINGER C/ LACTATO DE SODIO 500 ML	Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas,	<i>500 500</i>
4. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL	Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9Kg	<i>20 02 08 14</i>
5. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg	Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).	<i>00 12/12 horas</i>
6. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL	Administrar 100 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: EV lento 30-60min. IV SE DOR INTENSA	<i>SN</i>
7. METOCLOPRAMIDA INJETÁVEL - 2 ML 5 mg/mL	Administrar 10 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: JUNTO AO TRAMAL S/N	<i>SN</i>
8. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg	Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,	<i>00</i>
9. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL	Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE	<i>SN</i>

Identificação

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

Angélica Vieira

Angélica Vieira dos Santos
COREN - SE 1217315 - TE

Marco Freire Vieira
CRM - SE 5452
MR Ortopedia e traumatologia

054815/6

H+
Hospital Universitário
Lagarto

PRESCRIÇÃO

PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA SUBTROCANTERICA

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

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
13.	ENOXAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg	Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas,	20

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

14. Fisioterapia respiratória

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

25/03/2020, 17:29h.

Luciano Souza da Silva
CONSELHEIRO

MARCO FREIRE VIEIRA
CRM SE 5452
MR Ortopedia e Traumatologia

H+ Hospital Universitário
Lagarto
PRESCRIÇÃO

Identificação

REGINALDO PEREIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 19/10/1982

Leito: 400D

054815/6

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:

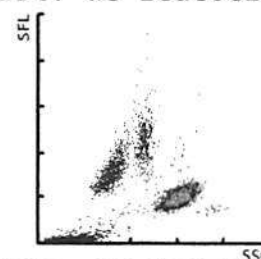
Homem

Mulher

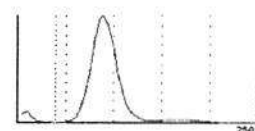
Hemácias	4.20	[10 ⁶ /uL]	(4.3 - 6.0)
Hemoglobina	12.3	[g/dL]	(13.6 - 17.8)
Hematócrito	36.9	[%]	(41.0 - 54.0)
VCM	87.9	[fL]	(80.0 - 100.0)
HCM	29.3	[pg]	(27.0 - 33.0)
CHCM	33.3	[g/dL]	(32.0 - 36.0)
RDW-SD	42.0	[fL]	(37.0 - 54.0)
RDW-CV	12.8	[%]	(11.0 - 14.0)
PLAQUETAS	189	[10 ³ /uL]	(140 - 400)
VPM	10.3	[fL]	(9.0 - 13.0)

Leucócitos	7.48	[10 ³ /uL]	(3.60 - 11.00)
NEUTRO	5.43	[10 ³ /uL]	(1800 - 6600)
LINFO.	1.32	[10 ³ /uL]	(1100 - 4400)
MONO	0.65	[10 ³ /uL]	(150 - 1000)
EOSINO	0.03	[10 ³ /uL]	(50 - 400)
BASO	0.03	[10 ³ /uL]	(0 - 200)
IG	0.02	[10 ³ /uL]	
NEUTRO	72.6+	[%]	(36.0 - 66.0)
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	[%]	

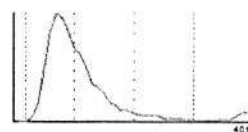
Dist. de Leucócitos



Dist. de Hemácias



Dist. de Plaquetas



WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

Plácida B. de Almeida Gois
Bióloga
CRM 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."

de

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

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

ERITROBLASTOS EM 100 LEUCÓCITOS:

0

PLAQUETAS/ μ L:

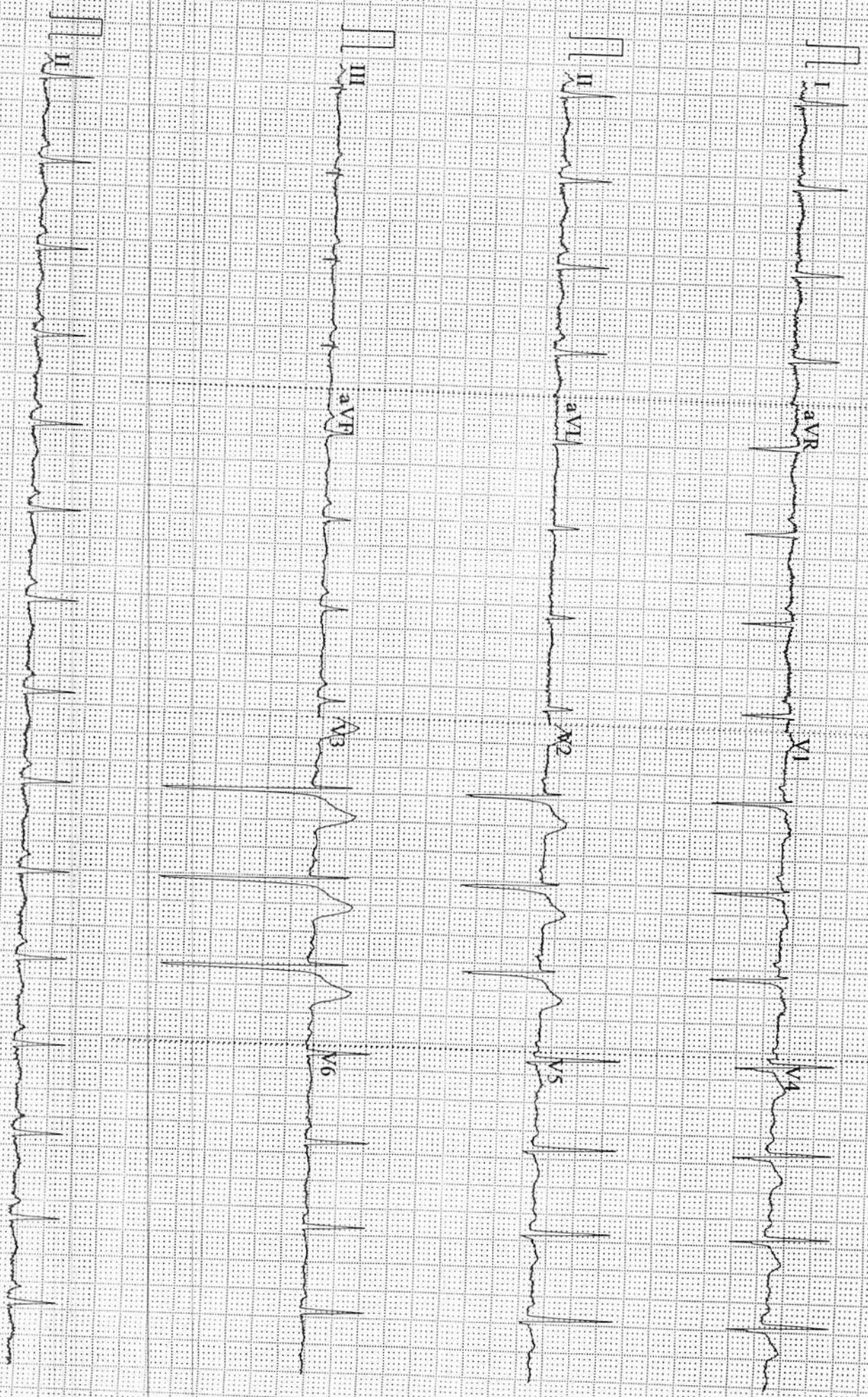
186000

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 : 8874 SE

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



100Hz AC50 2.5mm/s 10mm/mV 4*2 s+IRitmo 87 SE-1200Express V2.2 Glasgow V28.6.0 HOSPITAL UNIVERSIT

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome: REGINALDO PEREIRA DA SILVA Data: 26/03/2020 Enfermaria/Leito: 400 D Hora: _____
 Idade: 37 Em uso de pulseira de identificação: ☒ SIM ☐ NÃO
 N: 19/10/1982 Cirurgião: _____
 Cirurgia proposta: FEATURA SUBTROCANTEREA DE FÊMUR (E)
 Sinais Vitais: PA: 100 X 60 mmHg T: 36,5 °C FR: 16 rpm FC: 83 bpm SaO2: 99 % Peso: _____

CONDIÇÕES GERAIS

☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Ansioso ☒ Calmo ☐ Agitado ☒ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Diabético ☐ Hipertenso ☐ Cardiopata
 Acuidade visual: ☐ Presente ☒ Diminuída ☐ Ausente Acuidade auditiva: ☒ Presente ☐ Diminuída ☐ Ausente Outros: _____
 Alergias: ☒ NÃO ☐ SIM Qual? _____
 Medicamentos que faz uso: NEGA
 Retirado: Prótese Dentária ☒ SIM Adornos (→) _____ Óculos (→) _____ Lente de contato (→) _____
 Jejum: Início 00 h Banho: ☒ SIM ☐ NÃO Tricotomia: ☐ SIM ☒ NÃO Enterocolismo: ☐ SIM ☒ NÃO
 Acesso Venoso: ☒ Periférico MSD Jelco nº: 20 ☐ Central Cateter duplo lúmen ☐ Cateter triplo lúmen ☐
 Dispositivos em uso: ☐ SNE ☐ SNG nº _____ ☐ GTT ☐ TOT nº _____ ☐ TQT nº _____ ☐ SVD nº _____ Outros: _____
 Exames: ☒ Hemograma Completo ☒ Coagulograma ☒ Raio X ☒ ECG Glicemia: 113 Uréia: _____ Creatinina: _____ Outros: _____
 Reservas: Cont. de Hemácia ☒ nº de bolsas: 02 Plasma ☐ nº de bolsas: _____ Plaquetas ☐ nº de bolsas: _____ Vaga de UTI: ☐ SIM ☒ NÃO

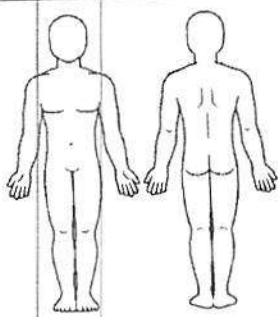
DOCUMENTAÇÕES/AÇÕES NECESSÁRIAS AO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO

☐ FAE/BOLETIM DE INTERNAÇÃO ☒ TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO ASSINADO? ☒ SIM ☐ NÃO
☐ DESCRIÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM ☐ TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO ASSINADO? ☐ SIM ☒ NÃO
☐ ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM ☐ DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE? ☐ SIM ☒ NÃO
☐ EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS (DESCRITOS ACIMA) ☐ PENDÊNCIAS? ☐ NÃO ☒ SIM Qual? Termo Consentimento

Anotações de Enfermagem:

Confio com Banco de Sangue 02 Bolsas de
consentimento de Hemácias pl. Rucma
Cirurgica.
 Ass./Carimbo do Enfermeiro: Isabelle Barros Sobral
Camila Paz Santos de Andrade
Enfermeira
 Ass./Carimbo do Enfermeiro responsável pelo encaminhamento ao C.C.: _____ Horário: 08:00

TRANS-OPERATÓRIO

Entrada na Sala Operatória Sala: _____ Hora: _____ ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Comatoso
 Anestesiologista: _____ Tipo da anestesia: _____
 Início: _____ Término: _____ ☐ Geral: ☐ Endovenosa ☐ Inalatória ☐ Balanceada TOT nº: _____
 Antibiotico profilaxia: _____ ☐ Local ☐ Sedação ☐ Bloqueio
 Horário: _____ ☐ Raquianestesia nº da agulha: _____
☐ Peridural: ☐ com cateter ☐ sem cateter nº da agulha: _____
 Cirurgião: _____
 C: ☒ la realizada: _____
 Procedimento cirúrgico: Início: _____ Término: _____ Instrumentador: _____ Circulante: _____
 Classificação do procedimento cirúrgico: Pequeno porte ☐ Médio porte ☐ Grande porte ☐
☐ Limpa ☐ Potencialmente contaminada ☐ Contaminada ☐ Infectada ☐
 Posição cirúrgica: Dorsal ☐ Ventral ☐ Litotômica ☐ Lateral: ☐ D ☐ E Outras: _____
 Localização: 
 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: _____ nº de peças: _____
 CONTAGEM DE COMPRESSAS: _____ Nº ENTREGUE: _____ Nº RECOLHIDAS: _____
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAL: _____ Nº ENTREGUE: _____ Nº RECOLHIDOS: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

PRÉ-OPERATÓRIO

Nº me: REGINALDO PEREIRA DA SILVA Data: 24/03/2020 Enfermaria/Leito: 400B Hora: _____
 DN: 19/10/1982 Idade: 37 Em uso de pulseira de identificação: ☒ SIM ☐ NÃO
 Cirurgia proposta: FRATURA SUBTROCANTÉICA DE FÊMUR (F) Cirurgião: _____
 Sinais Vitais: PA: 100 X 70 mmHg T: 35,6 °C FR: 17 rpm FC: 92 bpm SaO₂: 96 % Peso: _____

CONDIÇÕES GERAIS

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

DOCUMENTAÇÕES/AÇÕES NECESSÁRIAS AO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO

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

Anotações de Enfermagem:

Envio em carro com Banco de Suvare que informa 02 bolsas de
CH pl reserva cirurgica Ass./Carimbo do Enfermeiro: _____

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

TRANS-OPERATÓRIO

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

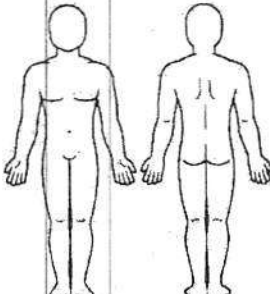
Anestesia	Anestesiologista:	Tipo da anestesia:	
	Início: _____ Término: _____	() Geral: () Endovenosa () Inalatória () Balanceada TOT nº: _____	
	Antibiótico profilaxia: _____	() Local () Sedação () Bloqueio	
Horário: _____		() Raqui-anestesia nº da agulha: _____	
		() Peridural: () com cateter () sem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

Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

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

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

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

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

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

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

Nº. Registro:
054815-6

Anesthesia:

Anesthesia
Requiescat

Início Anest. 10:50 Início Op. 8 Hora 23 Resultado - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Altura Anest. 1 Risco Operatório - 1 - 2 - 3 - 4 Estado Físico - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

10:50	15	11:50	45	12:50	15	13:50	45	14:50	15	30	45
-------	----	-------	----	-------	----	-------	----	-------	----	----	----

02. Ullin

[illegible]

2

Per
do
Ri
3

Sp2 961 1001 1001 1001 1001 1001 1001 1001 1001 1001

[illegible]

180

[illegible][illegible][illegible]

A hand-drawn graph on a grid. The x-axis is labeled from 0 to 10, and the y-axis is labeled from 0 to 80. The function $f(x)$ is plotted as a series of connected points. The function is 0 for $x < 0$ and increases linearly from $(0,0)$ to $(1,1)$.

40

20

[illegible]

82

[illegible]

NOTA

1. *Handwritten notes in the margin.*

A

$\frac{d}{dt} \left(\frac{1}{r^2} \right) = -\frac{2}{r^3} \frac{dr}{dt}$

1. $\frac{1}{2}$

Agente Anestésico Urethane 951 pred 15mg + Dimorf 80mg + Urethane 75mg

Requisitos: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 84

Indução _____ Posição 4 Local punção 13/14 Líquido retirado lar dard

Duração da operação _____ Posição após _____ Posição operatório _____ Resultado: B - R - M

Condição no final da operação _____ Condição _____

Observações: _____

1) círculo dividido. $1/2 \rightarrow$ sim, $1/2 \rightarrow$ não

supers. Vozes antes redolentes, mas de -

de diferentes elecciones. Examen no se da.

(iii) $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

p. 78 *improved version of the 1960 version.*

Dra. Andrea Pereira Augusto
CRM 5619

REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA

Nasc.: 19/10/1982 Sexo: Masculino

Nº amostra: 76160

Origem: OBS. ADULTO (AZUL)

Apelido: XN-L

ID paciente: 548156

Médico:

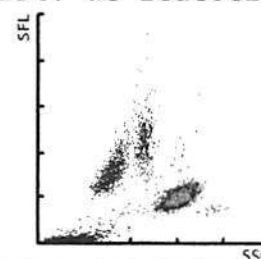
Referência:

Homem

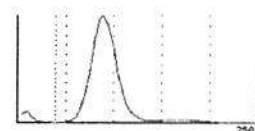
Mulher

Hemácias	4.20	[10 ⁶ /uL]	(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)	
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 /uL]	(140 - 400)	
VPM	10.3	[fL]	(9.0 - 13.0)	
Leucócitos	7.48	[10 ³ /uL]	(3.60 - 11.00)	
NEUTRO	5.43	[10 ³ /uL]	(1800 - 6600)	
LINFO.	1.32	[10 ³ /uL]	(1100 - 4400)	
MONO	0.65	[10 ³ /uL]	(150 - 1000)	
EOSINO	0.03	[10 ³ /uL]	(50 - 400)	
BASO	0.03	[10 ³ /uL]	(0 - 200)	
IG	0.02	[10 ³ /uL]		
NEUTRO	72.6+	[%]	(36.0 - 66.0)	
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	[%]		

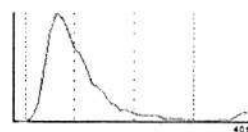
Dist. de Leucócitos



Dist. de Hemácias



Dist. de Plaquetas



WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

Plácida B. de Almeida Gois
Bióloga
CRM 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."

de

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

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

ERITROBLASTOS EM 100 LEUCÓCITOS:

0

PLAQUETAS/ μ L:

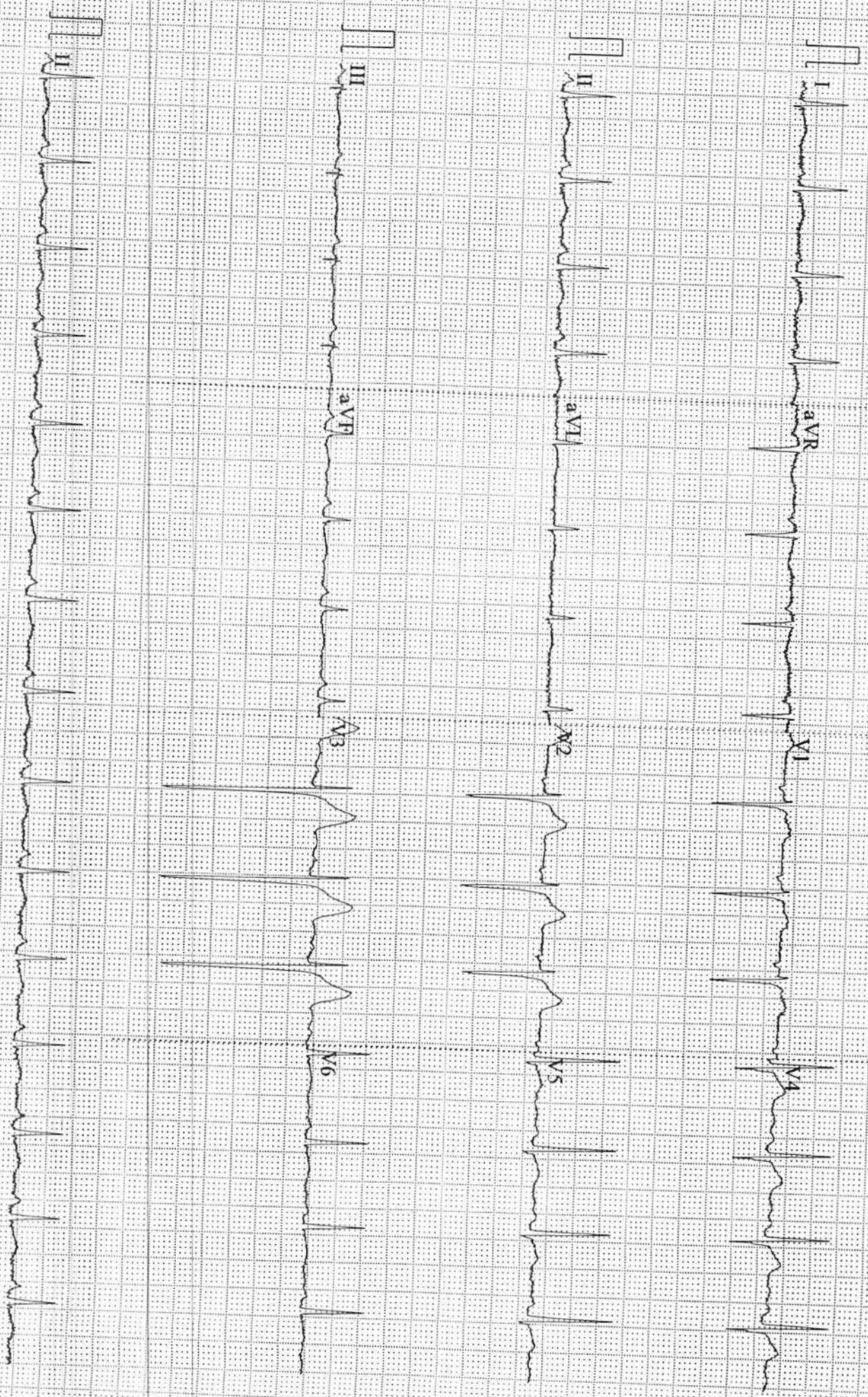
186000

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 : 8874 SE

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



100Hz AC50 25mm/s 10mm/mV 4*2 s+IRitmo 87 SE-1200Express V2.2 Glasgow V28.6.0 HOSPITAL UNIVERSIT

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome: REGINALDO PEREIRA DA SILVA Data: 26/03/2020 Enfermaria/Leito: 400 D Hora: _____
 Idade: 37 Em uso de pulseira de identificação: ☒ SIM ☐ NÃO
 N: 19/10/1982 Cirurgião: _____
 Cirurgia proposta: FEATURA SUBTROCANTEREA DA FEMUR (E)
 Sinais Vitais: PA: 100 X 60 mmHg T: 36,5 °C FR: 16 rpm FC: 83 bpm SaO2: 99 % Peso: _____

CONDIÇÕES GERAIS

Orientado ☒ () Desorientado () Ansioso ☒ Calmo () Agitado ☒ Eupnéico () Dispneico () Diabético () Hipertenso () Cardiopata
 Acuidade visual: ☒ Presente ☒ Diminuída () Ausente Acuidade auditiva: ☒ Presente () Diminuída () Ausente Outros: _____
 Alergias: ☒ NÃO () SIM Qual? _____
 Medicamentos que faz uso: NEGA
 Retirado: Prótese Dentária ☒ SIM Adornos (→) _____ Óculos (→) _____ Lente de contato (→) _____
 Jejum: Início 00 h Banho: ☒ SIM () NÃO Tricotomia: () SIM ☒ NÃO Enterocolismo: () SIM ☒ NÃO
 Acesso Venoso: ☒ Periférico MSD Jelco nº: 20 () Central Cateter duplo lúmen () Cateter triplo lúmen ()
 Dispositivos em uso: () SNE () SNG nº _____ () GTT () TOT nº _____ () TQT nº _____ () SVD nº _____ Outros: _____
 Exames: ☒ Hemograma Completo ☒ Coagulograma ☒ Raio X ☒ ECG Glicemia: 113 Uréia: _____ Creatinina: _____ Outros: _____
 Reservas: Cont. de Hemácia ☒ nº de bolsas: 02 Plasma () nº de bolsas: _____ Plaquetas () nº de bolsas: _____ Vaga de UTI: () SIM ☒ NÃO

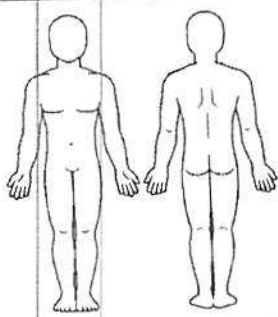
DOCUMENTAÇÕES/AÇÕES NECESSÁRIAS AO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO

() FAE/BOLETIM DE INTERNAÇÃO TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO ASSINADO? ☒ SIM () NÃO
 () DESCRIÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO ASSINADO? ☒ SIM ☒ NÃO
 () ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE? () SIM ☒ NÃO
 () EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS (DESCRITOS ACIMA) PENDÊNCIAS? () NÃO ☒ SIM Qual? Termo Consentimento

Anotações de Enfermagem:

Confio com Banco de Sangue 02 Bolsas de
consentimento de Hemácias pl. Rucma
Cirurgica.
 Ass./Carimbo do Enfermeiro: Isabelle Barros Sobral
Camila Paz Santos de Andrade
Enfermeira
 Ass./Carimbo do Enfermeiro responsável pelo encaminhamento ao C.C.: _____ Horário: 08:00

TRANS-OPERATÓRIO

Entrada na Sala Operatória Sala: _____ Hora: _____ () Acordado () Sonolento () Calmo () Agitado () Comatoso
 Anestesiologista: _____ Tipo da anestesia: _____
 Início: _____ Término: _____ () Geral: () Endovenosa () Inalatória () Balanceada TOT nº: _____
 Antibiotico profilaxia: _____ () Local () Sedação () Bloqueio
 Horário: _____ () Raquianestesia nº da agulha: _____
 () Peridural: () com cateter () sem cateter nº da agulha: _____
 Cirurgião: _____
 Procedimento cirúrgico: Início: _____ Término: _____ Instrumentador: _____ Circulante: _____
 Classificação do procedimento cirúrgico Pequeno porte () Médio porte () Grande porte ()
 Limpa () Potencialmente contaminada () Contaminada () Infectada ()
 Posição cirúrgica Dorsal () Ventral () Litotômica () Lateral: () D () E Outras: _____
 Localização: _____
 Legenda: 
 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: _____ nº de peças: _____
 CONTAGEM DE COMPRESSAS: Nº ENTREGUE: _____ Nº RECOLHIDAS: _____
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAL: Nº ENTREGUE: _____ Nº RECOLHIDOS: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

PRÉ-OPERATÓRIO

Nº me: REGINALDO PEREIRA DA SILVA Data: 24/03/2020 Enfermaria/Leito: 400B Hora: _____
 DN: 19/10/1982 Idade: 37 Em uso de pulseira de identificação: ☒ SIM ☐ NÃO
 Cirurgia proposta: FRATURA SUBTROCANTÉICA DE FÊMUR (F) Cirurgião: _____
 Sinais Vitais: PA: 100 X 70 mmHg T: 35,6 °C FR: 17 rpm FC: 92 bpm SaO₂: 96 % Peso: _____

CONDIÇÕES GERAIS

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

DOCUMENTAÇÕES/AÇÕES NECESSÁRIAS AO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO

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

Anotações de Enfermagem:

Envio em contato com Banco de Sangue que informa 02 bolsas de CH pl reserva cirurgica. Ass./Carimbo do Enfermeiro: _____

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

TRANS-OPERATÓRIO

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

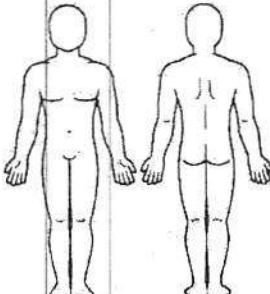
Anestesia	Anestesiologista: _____	Tipo da anestesia: () Geral () Endovenosa () Inalatória () Balanceada TOT nº: _____ () Local () Sedação () Bloqueio () Raqui-anestesia nº da agulha: _____ () Peridural: () com cateter () sem cateter nº da agulha: _____
	Início: _____ Término: _____	
	Antibiótico profilaxia: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

Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

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

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

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

Localização: Legenda: + Eletrodos ♥ Punção arterial ■ Placa de bisturi elétrico ▲ Restrições ● Punção venosa ★ Sítio cirúrgico		Dispositivos em uso: () Cateter nasal de O ₂ _____ L/min () Guedel nº _____ () Dreno de Sucção Local: _____ () Dreno de Penrose nº _____ Local: _____ () Dreno de Tórax nº _____ Local: _____ () Sonda de Foley nº _____ () Manta térmica () Intensificador de imagem () Outros: _____	Hemocomponentes: () Conc. Hemácias nº de bolsas _____ () Plasma nº de bolsas _____ () Plaquetas nº de bolsas _____ () Outros: _____
---	---	---	---

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

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

Unidade de Origem: CLÍNICA CIRÚRGICA Leito: 400D Matrícula: _____
 Paciente: REGINALDO PEREIRA DA SILVA Idade: 32a
 Diagnóstico Pré-Operatório: FARTURA SUBCUTÂNEA FEMORAL (C)
 Cirurgia Realizada: OSTEOSSINTÊSE
 Cirurgião: DR. GLAUBER BARBOSA Auxiliar: PA. PABLO
 Anestesiologista: PMA. ANAÍDA Anestesia: BLOQUEIO
 Diag. Pós-Operatório: POT

Tipo de Cirurgia

☒ Cirurgia Limpa

☐ Cirurgia Potencialmente Contaminada

☐ Cirurgia Contaminada

☐ Cirurgia Infectada

Infecção presente à admissão

☐ Sim

☒ Não

Topologia desta infecção

☐ Vias aéreas superiores

☐ Urinária

☐ Sistema Cardio Vascular

☐ Pulmonar

☐ Sist. Nerv. Central

☐ Gastro Intestinal

☐ Cutânea

☐ _____

☐ _____

Descrição do ato cirúrgico

① PACIENTE EM POS. SOB ANESTESIA, ASESIA E ANTISÉPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS E POSIÇÃO
 ② FEITO ACESSO LATERAL FEMORAL PARA FARTURA (C), INCISÃO POR PLANOS, VISUALIZADO FOCO DE FARTURA, ROMPIMENTO LIMPEZA DO FOCO, REMOÇÃO DE FARTURA E FIXAÇÃO COM PLACA DECS DE 14 FURACIS, USADO PARA COVAR RESUMO A FARTURA INCOMPLETA DE 1/3 MÉDIO ALTO DO FEMORAL (C), REALIZADA MODIFICAÇÃO MINOR NO PLANO.
 ③ REMOÇÃO FARTURADA NA ESCÓPIA, COLOCAÇÃO DE ANELO, FURTURA POR PLANOS E CURATIVO
 OBS- NÃO HA MODIFICAÇÃO NO NOME NA UNIFORME, MODIFICAÇÃO NÃO FEITA 100%. AM TOLÉCY

Data: 27/10/20

Dr. Glauber Barbosa
CRM-SE 5293
TEOT 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:

realizar meu procedimento julgar necessária:

ou possível técnica alternativa

e me fiz ciente da técnica se o anestesiológista que

Tenho ciência que o anestesiológista 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 anestesiológista 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:

Confirmo 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:

Grau de parentesco:

Data da Assinatura:

RG:

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:

CRM:

Dr. Igor Prado

Anestesiologista

CRM: 3094



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

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

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

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

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

Aracaju/SE, 23 de março de 2020.

Jilvan Pinto Monteiro
 Presidente do CREMESE

José Eduardo de Assis Silva
 1º Secretário do CREMESE

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

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>Regimundo P. Peres da Silva</i>	
Nome da mãe:	
CPF:	

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

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

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

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



FICHA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)

Nome: Reginaldo Pereira de Silveira

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

Pós-Operatório

Admissão na SRPA às 14:45 hs

Data: 22/03/2020

Procedimento cirúrgico realizado: Tto. cir. hérnia
transversária de 1cm

Tipo de anestesia: Região

Em uso de:

SNG ☐ SVD ☐ Drenos: ☐

Traqueostomia ☐

Suplementação de O₂: _____ litros/min

Cateter Venoso Central ☐ Periférico ☒

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

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

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

SINAIS VITAIS

	0	15	30	45	60	90	120	150	180
Temp	35.3	35.8	35.8	36	36.3	36			
Pulso	89	93	93	89	103	102			
Resp	26	23	19	22	15	23			
SatO ₂	97	100	97	99	99	98			
PA	9x6	9x6	8x6	9x6	8x6	9x6			

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

Escala de Bromage

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

Intercorrências Anestésico- Cirúrgica/Evolução Médica:

✓

Prescrições Médica para SRPA:

Monitorizar P.A. + ECG + S.O₂

Dra. Anaíza Pereira Augusto
CRM 5619

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

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista (a): Dra. Anaíza Pereira Augusto

CRM 5619



Hospital Universitário
Lagarto

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

FOLHA DE CONSUMO - MÉDICO - CIRÚRGICO

DU: 19/10/1982

Data: 27/03/2020

NOME: Reginaldo Pereira da Silva Prontuário: 05481516

Adm Sala Nº 04 Hora: 10:30 PA: 115x74 FC: 72 SPO2: 98%

Ato Anestésico: Hora: 10:35 Início Ato Cirúrgico: 11:40 Tipo Anestesia: Raqui-Medac

Fim Ato Cirúrgico 14:22 PA: 95/56 FC: 106 SPO2: 100

Garrote: Hora Início: 11:40 Fim: 14:22 OBS:

Á SRPA: 14:22 Especialidade: Ortopedia

Descrição	Unid	Qtde	Descrição	Unid	Qtde
Psicotrópicos			Antibióticos		
Dimorf 0,2MG/ml (1 ml)	Amp	1	Cefalotina 1 gr Keflin	Amp	11
Dimorf 1mg /ml (2 ml)	Amp		Cefazolina 1 gr Kefazol	Amp	
Dimorf 10mg/ml (1 ml)	Amp		Ceftriaxona 1 gr Rocefim	Amp	
Midazolam 5mg /ml (3 ml)	Amp	1	Metronidazol 500 mg (Flagyl)	Amp	
Midazolam 1mg /ml (5 ml)	Amp		Ciprofloxacino 400 mg	Amp	
Diazepam 10 mg	Amp	1	Amicacina 100 mg	Amp	
Clonidina 150 mcg/ml (1 ml)	Amp		Clorafenicol 1 gr	Amp	
Clor. Naloxona 0,4 mg/ml (1 ml)	Amp		Gentamicina 80 mg	Amp	
Nilperido (Citrato Fentanila + Droperidol)	Amp		Clindamicina 150mg/ml	Amp	
Citr de Fentanila 78,5mg (10 ml)	Amp	1	Medicações		
Citr de Fentanila 78,5mg (2 ml)	Fr amp		Adrenalina	Amp	
Propofol 10mg /ml 20 ml	Seringa		Água Destilada 10 ml	Amp	
Propofol 10mg /ml Seringa 1% () 2% ()	Fr amp		Decadron 4mg	Amp	
Cetamina (Clor. De Dextrocetamina 50mg/ml)	Amp		Clexane 20 mg	Amp	
Dolosal (Clor. de Peditina 50mg/ml (2 ml)	Amp		Clexane de 40 mg	Amp	
Etomidato 2 mg/ml (10 ml)	Fr amp		AntaK 150 mg (Ranitidina)	Amp	
Clor. De Remifentalina 2 mg	Amp		Ondasentrona 4mg/ml 2 ml	Amp	
Flumazenil 0,1mg/ml (5 ml)	Fr amp		Atropina (solução) 1 ml	Amp	
Quelicin (Clor. De Suxametônio 100 mg)	Fr amp		Buscopam Composto	Amp	
Precedex (Clor. De Dexmedetomidina 100mg/ml)	Amp		Dipirona 1 gr	Amp	
Clor. De Tramadol 100mg/2ml	Amp		Cedilanide 0,4 mg	Amp	
Bes de Cisatracúrio 2mg/ml (2 ml)	Fr amp		Efortil 0,01 gr	Amp	
Brom de Rancurônio 50mg/ml (10 ml)	Amp		Fernegan 50 mg Prometazina	Amp	
			Glicose 25 %	Amp	
			Hioscina / Buscp Simples	Amp	
			Glicose 50%	Amp	
			Hidantal 250 mg	Amp	
			Kanakiom / Vit K	Amp	
			Lasix 20 mg	Amp	
			Bromoprida	Amp	
			Neostigmina	Amp	
			Profenid IV	Amp	
			Solucortef 100 mg	Amp	
			Solucortef 500 mg	Amp	
			Omeprazol 50 mg	Amp	
			Transamin 0,5 mg	Gramma	
			Sulfadiazina Prata gr	Gramma	
			colagenase	Tubo	
			Xilocaina Geleia		

Assinatura do Profissional: Flavia 520967 efedine

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

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



CONTROLE DE RASTREABILIDADE

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



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: Cuba de Biquinho
Total de peças: 06 Lote: 1713
Data de Processamento: 27/03/20 Autoclave () ☒ 12
Validade: 28/03/20
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55886



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: Trepans
Total de peças: 06 Lote: 1713 Autoclave () ☒ 12
Data de Processamento: 27/03/2020
Validade: 28/03/2020
Responsável

MAXITEST

INTEGRADOR QUÍMICO

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min

ISO 1140-1 - 121°C x 30 min / 127°C x 15 min / 134°C x 4 min



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: LAP -> 01 capote EG e 03 GG
Total de peças: 09 Lote: 1738
Data de Processamento: 27/03/20 Autoclave () ☒ 12
Validade: 28/03/20
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55886



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: cx Grandes Fracs
Total de peças: 06 Lote: 1713 Autoclave () ☒ 12
Data de Processamento: 27/03/2020
Validade: 28/03/2020
Responsável (Ass. e COREN): Pl Rauldo 56426



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: Trepans
Total de peças: 06 Lote: 1713
Data de Processamento: 27/03/20 Autoclave () ☒ 12
Validade: 28/03/20
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55886



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: cx Grandes Fracs
Total de peças: 06 Lote: 1713 Autoclave () ☒ 12
Data de Processamento: 27/03/2020
Validade: 28/03/2020
Responsável (Ass. e COREN): Pl Rauldo 56426



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: CAIXA OFTOPÉDICA PEAUEN
Total de peças: 33 Lote: 1708 Autoclave () ☒ 12
Data de Processamento: 27/03/20
Validade: 28/03/20
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55886



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: CAIXA OFTOPÉDICA PEAUEN
Total de peças: 33 Lote: 1708 Autoclave () ☒ 12
Data de Processamento: 27/03/2020
Validade: 28/03/2020
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55886



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: CAIXA OFTOPÉDICA PEAUEN
Total de peças: 33 Lote: 1708 Autoclave () ☒ 12
Data de Processamento: 27/03/2020
Validade: 28/03/2020
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55886



EBSERH

MATERIAL ESTERILIZADO

Descrição do material: CAIXA OFTOPÉDICA PEAUEN
Total de peças: 33 Lote: 1708 Autoclave () ☒ 12
Data de Processamento: 27/03/2020
Validade: 28/03/2020
Responsável (Ass. e COREN): Nailson 55886

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ANAMNESE DE ENFERMAGEM DO HUL

Teoria de Enfermagem: Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta

*quebrado de morte
sem expirar
levar no quarto*

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Reginaldo Pereira da Silveira Sexo: () F (X) M
Data de Nascimento: 19/11/01 Idade: 37 Estado Civil: casado Profissão: laureado
Naturalidade: Lagarto - SE Procedência: Lagarto - SE
Data de admissão: 22/08/20 Prontuário: 54815-6 Setor: Reidratação Adulta

2. ENTREVISTA/COLETA DE DADOS:

- Internações Anteriores: Sim (X) Não () Motivo: evolução de apendicite
- Antecedente patológico pessoal/familiar: () HAS () DM () AVEi/h () IAM () Angina
() Obesidade () Outros
- Hábitos pessoais: () Tabagismo (X) Etilismo () Drogas ilícitas (X) 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 5 RM 6)
Observações: _____
- Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () Miose () Midriase
- Mobilidade Física: MMSS (X) 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
- Medicções psicotrópicas: nen Dose: _____ ml/h

Percepção dos órgãos e Sentidos

- Condições da visão: () Normal (X) Alterada miopia Condições da audição:
(X) Normal () Diminuída () Surdez () Uso de aparelho de audição () Otorrêia
- Sensibilidade À dor: () Comportamento não verbal de dor (X) Verbalização de dor
Tipo, localização, frequência e intensidade da dor: _____
Uso de medicamentos: _____

Oxigenação

- Ventilação: (X) Espontânea O2 suplementar _____ L/min: () Cânula nasal () máscara simples () Máscara Venturi () Máscara com reservatório () Macronebulização
(X) VM: () TOT () TQT _____ °dia FiO2: _____ SpO2: _____ FR: _____ ipm
- Expansibilidade Torácica: (X) Simétrica () Assimétrica () Aumentada () Diminuída
- Ausculta pulmonar: MV: () aumentados () Diminuídos (X) ausentes Ruídos
() Sibilos () Estertores Tosse: () Improdutiva () Produtiva
() Seca () Úmida () Purulenta

Regulação Vascular

- Ausculta cardíaca: (X) Sons cardíacos normais () Sons cardíacos anormais
- Arritmias: (X) Não () Sim. Tipo: _____
- Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Cheio () Filiforme
- Perfusão periférica: () Preservada () Diminuída
- Acesso Venoso: () Central (X) Periférico MSD () Flebotomia 2x103
Complicações de Acesso: _____ dose: _____ ml/h
- () 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: (X) Hidratado () Desidratado () Sede () Lábios ressecados e com odor () Língua seca
- Turgor da Pele: (X) Preservado () Diminuído
- Condições das mucosas: (X) Úmidas () Ressecadas
- Edemas: () Pés _____/+4 () MMII _____/+4 () MMSS _____/+4 () Anasarca *sem edemas*
- 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: (X) 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: 19/10/1982
 SETOR: Residência Nº PRONTUÁRIO: 54815-6 DATA DE INTERNAÇÃO: 22/03/2020

RISCO DE QUEDA - MORSE

FATORES DE RISCO:	Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
() Idade ≥ 65 anos	Baixo Risco 0-24							
() Obesidade	Moderado Risco 25-44							
() Agitação/ Confusão	Alto Risco ≥ 45	60	X	X	X	X		
() Demência	Pontuação	60	60	60	60	60		
() Déficit Sensitivo/Motor	Monitoramento do Risco	RI	RC	RC	RC	RC	AL	
() Distúrbios Neurológicos								

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							
	Risco Severo							
	Pontuação	16	16	16	16	16		
	Monitoramento do Risco	RI	RC	RC	RC	RC	AL	

CASO LESÃO JÁ INSTALADA

Classificação da Lesão:
Local da Lesão:

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

- () Doença Neurológica
 () Doenças Respiratórias
 () Uso de drogas sedativas
 () Desnutrição ou Desidratação
 () Prótese dentária mal adaptada
 () Dispositivos: IOT/ TQT/ SNE/ GTT
 () História prévia de disfagia orofaríngea
 () Reflexo de tosse diminuído ou ausente
 () Doença e/ou Cirurgia de Cabeça e Pescoço
 () Uso de anestésico tópico na cavidade oral ou na orofaringe

- () Doenças Gástricas
 () Doenças Esofágicas
 () Glasgow ≤ 12

FATORES DE RISCO:

- () Idade ≥ 65 anos
 (X) Infusão venosa
 () Fragilidade tissular
 () Uso de drogas vesicantes
 () Múltiplas punções venosas periféricas
 () Inserção de CVP em situação de emergência
 () Não se aplica

CLASSIFICAÇÃO:

- 0- Não há sinal de flebite
 1- Possível início de flebite
 2- Início de flebite
 3- Flebite em evolução
 4- Início de tromboflebite
 5- Tromboflebite em evolução

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

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Abertura ocular	4	4	4	4	4		
Resposta verbal	5	5	5	5	5		
Resposta motora	6	6	6	6	6		
Não testável	-						
Pontuação	15	15	15	15	15		
Classificação da ECG	2	L	L	L	L		

ESCALA DE AGITAÇÃO E SEDAÇÃO - RASS

- +4 Combativo
 +3 Muito agitado
 +2 Agitado
 +1 Inquieto
 0 Alerta e calmo
 () Não se aplica

- 1 Sonolento
 -2 Sedação leve
 -3 Sedação moderada
 -4 Sedação intensa
 -5 Não desperta

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

Dia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Pontuação	0	0	0	0	0		

LEGENDA DO MONITORAMENTO DO RISCO:

SR (sem risco) RI (risco identificado) RC (risco continuado) RS (risco solucionado) RA (risco agravado) RM (risco melhorado)

Dia/Data	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
22/03/2020	24/03/2020	25/03/2020	26/03/2020	27/03/2020			
Enfermeiro	Mirella Morenno de Oliveira	Mirella Morenno de Oliveira	Mirella Morenno de Oliveira	Mirella Morenno de Oliveira	Rejane N. Lima		
(Assinatura/Carimbo)							

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Identificação do Paciente		Cirurgia
Nome	REGINALDO F. SILVA DA SILVA	
Data de Nascimento	12/10/62	Prontuário 548156
RG	20180162	Data 27/03/20
Admissão no Centro Cirúrgico		Antes da Indução Anestésica - Check in
Identificação do paciente (uso de pulseira)		Confirmação sobre o paciente
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente
Prontuário completo		<input checked="" type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser realizada
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado
Sítio cirúrgico demarcado		<input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico demarcado
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica		<input checked="" type="checkbox"/> Termo de Consentimento assinado
Consentimento e avaliação anestésica		Lateralidade: <input type="checkbox"/> Direita <input checked="" type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Não se aplica
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Montagem da sala operatória, de acordo com o procedimento programado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Consentimento cirúrgico		Revisão dos equipamentos de anestesia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes
Consentimento transfusional		<input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio e lâmina <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica		<input checked="" type="checkbox"/> Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> Ambu <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador
Banho		<input checked="" type="checkbox"/> Vácuo <input checked="" type="checkbox"/> Cânula endotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		paciente e em funcionamento <input type="checkbox"/> Bougie
Tricotomia		Há risco de perda sanguínea maior que 500ml ou mais de 7ml/kg em crianças?
<input type="checkbox"/> Sim Local <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica		Reserva sanguínea?
Jejum		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Sim Horas 22h <input type="checkbox"/> Não		Acesso venoso adequado e pérvio?
Exames		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorial <input checked="" type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia		Tipo de acesso venoso
<input type="checkbox"/> Outro		<input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC
Retirado próteses e adornos		Alergia medicamentosa
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Se sim, qual(is) medicamento(s)?
Tipo de precaução		
<input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula		
<input type="checkbox"/> Reverso <input type="checkbox"/> Aerossol		
Em caso de alergia, retirar o medicamento da sala.		

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

NOME PACIENTE Reginal Pereira da Silva PRONTUÁRIO 5481516
DATA NASCIMENTO PACIENTE 19/10/82 NOME DA MÃE PACIENTE Marcelina Pereira da Silva
DATA INTERNAÇÃO 27/03/20 DATA CIRURGIA 27/03/20 DATA DA ALTA Silva
PROCEDIMENTO REALIZADO T.T. Trans. Fêmur. Fêmur (R) CÓDIGO PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

	DESCRIÇÃO	REF	QTD	DESCRIÇÃO	REF	QTD
PEQ. FRAGMENTOS	PLACA 1/3 TUBO RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO LINEAR		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PUNHO		
	PLACA RECONSTRUÇÃO BACIA RETA 3.5MM			MINI FIXADOR EXTERNO		
	PLACA EM T 3.5MM			FIXADOR EXTERNO CIRCULAR		
	PLACA EM T OBLIQUA 3.5MM			FIXADOR WAGNER (ALONGAMENTO)		
	PLACA TREVO 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PLATAFORMA		
	PLACA SEMITUBULAR 3.5MM			PINO SCHANZ		
	PLACA CALCANEIO DIREITA			FIO STEINMAN ROSQUEADO		
GRANDES FRAGMENTOS	PLACA CALCANEIO ESQUERDA			CIMENTO COM ANTIBIOTICO		
	ARRUELA LISA 3.5/4.0MM			CIMENTO SEM ANTIBIOTICO		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA LARGA 4.5MM			SERRA DE GIGLI		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA ESTREITA 4.5MM			ENDOPROTESE		
	PLACA RECONSTRUÇÃO 4.5MM			PROTESE DE QUADRIL		
	PLACA EM T 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL DE OMBRO		
	PLACA PLATEAU TIBIAL (MALEAVEL) 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL JOELHO		
	PLACA CONDILEA 4.5MM			PROTESE DE ARTROPLASTIA COTOVELO		
	PLACA EM L 4.5MM			SISTEMA COLUNA PARCIAL OU TOTAL		
	PLACA TREVO 4.5MM			KIT CIMENTAÇÃO		
	PLACA COBRA 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 5 GRAMAS		
	PLACA SEMITUBULAR 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 10 GRAMAS		
DHS / DCS	PLACA PONTE 4.5MM			FIO CERCLAGEM		
	PLACA CALÇO 4.5MM			PLACA ENDOBOTTON		
	ARRUELA 4.5MM			LAMINA SHAVER		
	ARRUELA 6.5MM			CANULA ARTROSCOPIA		
	PLACA DHS 135°			DRENO SUÇÃO		
	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 FRAGMENTOS	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 UMERU			FIXADOR RADIO TRANSPARENTE		
	PLACA ARTROSE MM			FIXADOR MODULAR COTOVELO		
	PLACA BLOQUEADA 3.5MM			FIXADOR TRILHO PARA ALONGAMENTO		
	PLACA SPIDER			FIXADOR PEDIATRICO		



ESPECIFICAÇÕES PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL 4 MM	Nº	138 40	58 60	67 18	PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM				
PARAFUSO CORTICAL MM	QTD	22 02	07 01	01 1	PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM				
PARAFUSO CANULADO 3.5MM	Nº				PARAFUSO HEBERT 2.0MM				
PARAFUSO CANULADO 4.5MM	QTD				PARAFUSO HEBERT 2.7MM				
PARAFUSO CANULADO 7.0MM	Nº				PARAFUSO BLOQUEADO MM				
PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM	QTD				PARAFUSO BUCO MM				
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5MM	Nº				PARAFUSO INTERFERC. MM				
PARAFUSO MALEOLAR 4.5MM	QTD				PARAFUSO DISTAL / PROX. MM				

MATERIAL FORA DA LISTA

DESCRIÇÃO	QTD	DESCRIÇÃO	QTD

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

 DIBRON Dibron Comercio de Artigos Ortopedicos Eireli - EPP Rua Thomaz Pileggi, 421 - - Republica 14030-010 - Ribeirao 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 Protocolo de Autorização 135200280850758 - 08/04/2020 - 10:05:24 CNPJ/CPF 55.121.602/0001-99
--	---	---

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

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

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

Dados dos Produtos																	
Cód. Prod.	Descrição dos Produtos	NCM/SH	CST	CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Desconto	Vlr. Total	BC Icms	Vlr. Icms	Vlr. IPI	Aliq. %		Vlr Aprox dos Trib.	
														ICMS	IPI		
2687	Placa DCS 95G - 14 Furos - SUS: 07.02.03.082-1 Lote: 7182/19 Fabricação: 01/01/2019 Validade: 01/01/2099	90211020	040	6108	UN		1,0000	686,8700	0,00	686,87	0,00	0,00	0,00	0,00			28,85
2783	Parafuso Cortical 4,5 X 38MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 7675/19 Fabricação: 02/01/2019 Validade: 02/01/2099	90211020	040	6108	UN		2,0000	18,0600	0,00	36,12	0,00	0,00	0,00	0,00			1,52
7787	Parafuso Cortical 4,5 X 40MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 0468/20 Fabricação: 02/01/2020 Validade: 02/01/2099	90211020	040	6108	UN		2,0000	18,0600	0,00	36,12	0,00	0,00	0,00	0,00			1,52
3019	Parafuso Cortical 4,5 X 58MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 3552/19 Fabricação: 01/01/2018 Validade: 01/01/2099	90211020	040	6108	UN		1,0000	18,0600	0,00	18,06	0,00	0,00	0,00	0,00			0,76
3020	Parafuso Cortical 4,5 X 60MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 6841/19 Fabricação: 22/09/2019 Validade: 22/09/2099	90211020	040	6108	UN		1,0000	18,0600	0,00	18,06	0,00	0,00	0,00	0,00			0,76
3289	Parafuso Cortical 4,5 X 64MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 4771/17 Fabricação: 08/11/2017 Validade: 31/12/2099	90211020	040	6108	UN		1,0000	18,0600	0,00	18,06	0,00	0,00	0,00	0,00			0,76
3291	Parafuso Cortical 4,5 X 68MM SUS: 07.02.03.070-8 Lote: 0242/11 Fabricação: 10/06/2011 Validade: 10/06/2099	90211020	040	6108	UN		1,0000	18,0600	0,00	18,06	0,00	0,00	0,00	0,00			0,76

Dados Adicionais	
Informações Complementares Pac. Reginaldo Pereira da Silveira , Pront. 54815/6 Cir. 27/03/2020 , Med. Glauber Barbosa CONTRATO: 76/2019 , HOSPITAL REGIONAL DE LAGARTO, Banco do Brasil AG 6504-8 C/C 4368-0 *Nota fiscal emitida nos termos do ajuste SINIEF 11/2014 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	Informações Adicionais do Fisco

Hospital Universitário de Lagarto

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

Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

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

Diagnósticos secundários

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

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Outros procedimentos

23/03/2020 Fisioterapia Respiratória

Complemento fármacos

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

4. EVOLUÇÃO

#FRATURA SUBTROCANTERICA + TERÇO MÉDIO DO FÊMUR ESQUERDO

>História da admissão

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

>Evolução Médica Diária

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

No momento em leito, hemodinâmica estável, colaborativo, com queixas de dor em MIE, interage bem com examinador, apetite e sono preservados. Boa diurese e dejeções sem alterações. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

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

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

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

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

Marco Freire Vieira
 CRM-SE 5452
 MR Ortopedia e traumatologia

Hospital Universitário de Lagarto

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

Sumário de Alta

Retirar os pontos com 15 dias

Retorno ao hospital se piora clínica

Medicamentos Prescritos na Alta

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

NOVALGINA 1G -- 1CX -- Uso Interno

CEFALEXINA 500MG -- 1CX -- Uso Interno

XARELTO 10MG -- 1CX -- Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

Marco Freire Vieira
CRM SE 5452
MR Ortopedia e traumatologia

O.E.: M280350001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 05 / 2020

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

Especialidade : 01 - CIRURGICO Orgão Emissor : M280350001 CRC:
Doc autorizador : 702307151440810 Doc med resp : 980016283208113 Doc diretor clínico : 980016283208113 Doc médico solíc : 980016283208113
CNES : 6568343 - HOSPITAL UNIV MONSENHOR JOAO BATISTA DE CARVALHO DALTRIO CNS : 70140361897443-3
Paciente : REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Prontuário : 548156
Data Nasc. : 19 / 10 / 1982 Sexo : MASCULINO Nacionalidade : 010 - BRASIL Tipo Doc. : IGNORADO Doc :
Responsável pac. : REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA Nome da Mãe : MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA
Endereço : CAMPO POV HORTA Bairro: HORTA Raça/Cor: 04-AMARELA Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Município : 280350 - LAGARTO UF : SE CEP : 49400-000 Telefone : (79)9988-63056 Muda Proc. ? : NÃO
Procedimento solicitado : 04.08.05.061-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA
Procedimento principal : 04.08.05.061-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA
Diag. principal : S722-FRATURA SUBTROCANTERICA Diag. secundário :
Complementar : Causa Obito :
Carater atendimento : 02 - URGENCIA Modalidade : HOSPITALAR
Data internação : 22 / 03 / 2020 Data saída : 28 / 03 / 2020 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01 : AIH Anterior : - AIH Posterior : -
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador : - CNAER : -
Vínculo Previdência : - CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Req. 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 : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

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

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-NOME DO PACIENTE REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA		6-Nº PRONTUÁRIO 548156	
7-CARTÃO NACIONAL SUS 4014036189744	8-DATA NASC. 19/10/1982	9-Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	10-Raça/Cor Parda
11-NOME DA MÃE MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA		12-TELEFONE DE CONTATO 79-998863056	
13-ENDEREÇO (Rua, Nº, 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 Y89	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
26-COD. DO PROCEDIMENTO 408050616			30-DT. SOLICITAÇÃO 22/03/2020 20:46:12
			31 - CNS 980016284945022
			32-ASSINATURA E CARIMBO CRM 3847


PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33-() ACIDENTE DE TRÂNSITO	34-CNPJ DA SEGURADORA	35-Nº DO BILHETE	36-SÉRIE
37-() ACID. TRABALHO TÍPICO	39-CNPJ EMPRESA	40-CNAE EMPRESA	41-CBOR
38-() ACID. TRABALHO TRAJETO			
42-CID 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
43-CID 10 SECUNDÁRIO	44-() LEVE	45-() GRAVE	46-() GRAVÍSSIMA
47-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO ASSEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

48-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	52-NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO/AUDITORIA	56-Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 282010023432-5
49-DT AUT. / /	53-DT AUT. / /	
50-CNS	54-CNS	
51-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	55-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

WELSONO PENTINA DA SILVA

Sistema Único de Saúde SUS	Ministério da 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 - CNES

6568343

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

2 - CNES

6568343

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante


Breno Gallo
Ortopedista Infantil
CRM: 3647 SBC: 788

282010023432-5

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-NOME DO PACIENTE REGINALDO PEREIRA DA SILVEIRA		6-Nº PRONTUÁRIO 548156	
7-CARTÃO NACIONAL SUS 1014036189744	8-DATA NASC. 19/10/1982	9-Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	10-Raça/Cor Parda
11-NOME DA MÃE MAURINA PEREIRA DA SILVEIRA		11.1-RESPONSÁVEL 33	12-TELEFONE DE CONTATO 79-998863056
13-ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro.) TRAVESSA SÍTIO DE LORO 435 - HORTA			
14-MUNICÍPIO LAGARTO	15-IBGE 2803500	16-UF SE	17-CEP 49400000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS dor, deformidade e limitação funcional em membro inferior esquerdo	
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 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. BRENO GOMES GALLO
26-COD. DO PROCEDIMENTO 408050816			30-DT. SOLICITAÇÃO 22/03/2020 20:46:12
			31 - CNS 980016284945022
			32-ASSINATURA E CARIMBO CRM 3647

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33-() ACIDENTE DE TRÂNSITO	34-CNPJ DA SEGURADORA	35-Nº DO BILHETE	36-SÉRIE
37-() ACID. TRABALHO TÍPICO	39-CNPJ EMPRESA	40-CNAE EMPRESA	41-CBOR
38-() ACID. TRABALHO TRAJETO			
42-CID 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
43-CID 10 SECUNDÁRIO	44-() LEVE 45-() GRAVE 46-() GRAVÍSSIMA		
47-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO ASSEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

48-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	52-NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO/AUDITORIA	56-Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
49-DT AUT. / /	53-DT AUT. / /	282010023432-5
50-CNS	54-CNS	
51-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG.CONSELHO)	55-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG.CONSELHO)	

Breno Gallo
Ortopedista Infantil
CRM: 1647 98001-768

NELENOVA PENTINA DA SILVA

Universitário
Lagarto

Sistema Ministério
SUS Único de
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

2 - CNES

6568343

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

2 - CNES

6568343

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante

Breno Gallo
Ortopedista Infantil
CRM: 3647 SBO: 788

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/BIBLIOTECASWEB/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 Fontes inscrito (a) no CPF 019.990.785, 28
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Reginaldo Pereira da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 013.388.465, 08, do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima
Reginaldo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.388.465, 08, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Profa Felino Fontes</u>		Número	<u>41</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Lauro de Freitas</u>	Estado	<u>SE</u>
Email	<u>laerte@laertepontes.adv.br</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(79)99935-2089</u>	
				CEP	<u>49400-000</u>

Lauro de Freitas de agosto de 2020
Local e Data
Laerte Pereira Fontes
Assinatura do Declarante



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1292760160



PROIBIDO PLASTIFICAR

1292760160

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

LAERTE PEREIRA FONSECA



DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA/F

32154607

SEP

SE

CPF

019.990.755-28

DATA NASCIMENTO

15/10/1986

FILIAÇÃO

JOSE RILTON SILVA

FONSECA

EDNEUSA PEREIRA

FONSECA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

AII

Nº REGISTRO

03474733164

VALIDADE

11/12/2019

1ª HABILITAÇÃO

10/01/2005

OBSERVAÇÕES

X 1

Laerte Pereira Fonseca

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO

14/06/2016

Edgard Simeão da Hora Neto

Edgard Simeão da Hora Neto
DIRETOR-PRÉSIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

04056476580

SE018203540

DETRAN-SE (SERGIPE)

DETRAN-SE (SERGIPE)



SEDE: Rua Comendador Brito, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-000
CNPJ: 06.908.870/0001-00 - INSC. EST. 27.094.036-2

FATURA MENSAL +

Matrícula
235819.0

Nome do Cliente:		CPF:	
JOCELDA ARAUJO SANTOS		000.000.000-00	
Endereço:			
PCA FELINO FONTES, 41, LAGARTO, 49400-000			
Conta de Consumo, Abastecimento	Data de Fatura	Medição	Classificação Econômica
418009/00274	11/03/2020	A16N054177	RES: 1
Histórico de Consumo			
Mês		Consumo (m³)	
11/20		00004	
10/20		00002	
09/20		00004	
08/20		00004	
07/20		00004	
06/20		00004	
05/20		00004	
04/20		00004	
03/20		00004	
02/20		00004	
01/20		00004	
12/19		00004	
11/19		00004	
10/19		00004	
09/19		00004	
08/19		00004	
07/19		00004	
06/19		00004	
05/19		00004	
04/19		00004	
03/19		00004	
02/19		00004	
01/19		00004	
12/18		00004	
11/18		00004	
10/18		00004	
09/18		00004	
08/18		00004	
07/18		00004	
06/18		00004	
05/18		00004	
04/18		00004	
03/18		00004	
02/18		00004	
01/18		00004	
12/17		00004	
11/17		00004	
10/17		00004	
09/17		00004	
08/17		00004	
07/17		00004	
06/17		00004	
05/17		00004	
04/17		00004	
03/17		00004	
02/17		00004	
01/17		00004	
12/16		00004	
11/16		00004	
10/16		00004	
09/16		00004	
08/16		00004	
07/16		00004	
06/16		00004	
05/16		00004	
04/16		00004	
03/16		00004	
02/16		00004	
01/16		00004	
12/15		00004	
11/15		00004	
10/15		00004	
09/15		00004	
08/15		00004	
07/15		00004	
06/15		00004	
05/15		00004	
04/15		00004	
03/15		00004	
02/15		00004	
01/15		00004	
12/14		00004	
11/14		00004	
10/14		00004	
09/14		00004	
08/14		00004	
07/14		00004	
06/14		00004	
05/14		00004	
04/14		00004	
03/14		00004	
02/14		00004	
01/14		00004	
12/13		00004	
11/13		00004	
10/13		00004	
09/13		00004	
08/13		00004	
07/13		00004	
06/13		00004	
05/13		00004	
04/13		00004	
03/13		00004	
02/13		00004	
01/13		00004	
12/12		00004	
11/12		00004	
10/12		00004	
09/12		00004	
08/12		00004	
07/12		00004	
06/12		00004	
05/12		00004	
04/12		00004	
03/12		00004	
02/12		00004	
01/12		00004	
12/11		00004	
11/11		00004	
10/11		00004	
09/11		00004	
08/11		00004	
07/11		00004	
06/11		00004	
05/11		00004	
04/11		00004	
03/11		00004	
02/11		00004	
01/11		00004	
12/10		00004	
11/10		00004	
10/10		00004	
09/10		00004	
08/10		00004	
07/10		00004	
06/10		00004	
05/10		00004	
04/10		00004	
03/10		00004	
02/10		00004	
01/10		00004	
12/09		00004	
11/09		00004	
10/09		00004	
09/09		00004	
08/09		00004	
07/09		00004	
06/09		00004	
05/09		00004	
04/09		00004	
03/09		00004	
02/09		00004	
01/09		00004	
12/08		00004	
11/08		00004	
10/08		00004	
09/08		00004	
08/08		00004	
07/08		00004	
06/08		00004	
05/08		00004	
04/08		00004	
03/08		00004	
02/08		00004	
01/08		00004	
12/07		00004	
11/07		00004	
10/07		00004	
09/07		00004	
08/07		00004	
07/07		00004	
06/07		00004	
05/07		00004	
04/07		00004	
03/07		00004	
02/07		00004	
01/07		00004	
12/06		00004	
11/06		00004	
10/06		00004	
09/06		00004	
08/06		00004	
07/06		00004	
06/06		00004	
05/06		00004	
04/06		00004	
03/06		00004	
02/06		00004	
01/06		00004	
12/05		00004	
11/05		00004	
10/05		00004	
09/05		00004	
08/05		00004	
07/05		00004	
06/05		00004	
05/05		00004	
04/05		00004	
03/05		00004	
02/05		00004	
01/05		00004	
12/04		00004	
11/04		00004	
10/04		00004	
09/04		00004	
08/04		00004	
07/04		00004	
06/04		00004	
05/04		00004	
04/04		00004	
03/04		00004	
02/04		00004	
01/04		00004	
12/03		00004	
11/03		00004	
10/03		00004	
09/03		00004	
08/03		00004	
07/03		00004	
06/03		00004	
05/03		00004	
04/03		00004	
03/03		00004	
02/03		00004	
01/03		00004	
12/02		00004	
11/02		00004	
10/02		00004	
09/02		00004	
08/02		00004	
07/02		00004	
06/02		00004	
05/02		00004	
04/02		00004	
03/02		00004	
02/02		00004	
01/02		00004	
12/01		00004	
11/01		00004	
10/01		00004	
09/01		00004	
08/01		00004	
07/01		00004	
06/01		00004	
05/01		00004	
04/01		00004	
03/01		00004	
02/01		00004	
01/01		00004	
12/00		00004	
11/00		00004	
10/00		00004	
09/00		00004	
08/00		00004	
07/00		00004	
06/00		00004	
05/00		00004	
04/00		00004	
03/00		00004	
02/00		00004	
01/00		00004	

Serviço:	Valor:
AGUA	37,74
ESGOTO	30,19

Mês Referência:	03/2020	VENCIMENTO:	18/03/2020	TOTAL A PAGAR R\$	67,93
DEACRETE TARIFARIO DE 5,30%, APROVADO ATRAVES DA PORTARIA Nº 08/2020 DE 19/02/2020, DA AGRESE, DIVULGADO NO DIÁRIO OFICIAL DE 27/02/2020 A SER APLICADO A PARTIR DE 26/03/2020.					

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 9º, Decreto Lei nº 27.685/2010.

CANALIS DE ATENDIMENTO: 0800 070 0195 - SAC: 4020-0195						
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual						
Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art. 5º inciso I)						
Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Flor	Coliformes Totais	Coliformes Fecais
1º Mês de Amostras Exigidas	73	17	73		73	
2º Mês de Amostras Analisadas	81	81	81		81	81
3º Mês de Amostras Analisadas	81	74	88		80	81

COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE			
Matrícula	235819.0	Vencimento	18/03/2020
Válida Até	03/2020.9	TOTAL A PAGAR R\$	67,93

826300000005 679300418200 235819003205 201235819012



[illegible][illegible]



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**

Digito 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 Declaração	Situação 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:

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

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

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

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

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

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.


AURÉLIO BELÉM DO ESPÍRITO SANTO
Secretário-Geral da OAB/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

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

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

PROCESSO:

202054101361

DATA:

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

PROCESSO:

202054101361

DATA:

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

PROCESSO:

202054101361

DATA:

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



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
2ª Vara Cível de Lagarto
Rod. Antônio Martins de Menezes, km 36, S/N
Bairro - Horta Cidade - Lagarto
Cep - 49400000 Telefone - (79)3632-1700

Normal



202054104880

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 representante 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 ã 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 WILTSHIRE 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**.