



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

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190204005** Vítima: **TIAGO SANTANA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/02/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), TIAGO SANTANA DA SILVA**

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **TIAGO SANTANA DA SILVA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000023224-3

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	553.591.152-49	Tiago Santana da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Tiago Santana da Silva		
Profissão:	Enderéco:	CPF:		
Autônomo	Rua: JT, 137	553.591.152-49		
Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:	
Olimpico	Beira Vista	137	Casa	
E-mail:	Estado:			CEP:
ILOIRR@HOTMAIL.COM	KR			89.300-000
Tel.(DDD): (95)99154-4282				

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

DADOS CADASTRAIS

- RENDIMENTO MENSAL:
- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR      | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)         |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **6953**  CONTA: **21273**  (Informar o dígito se existir) **2**  (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA:  CONTA:  (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Representante Legal	Local e Data: <b>Beira Vista - RR, 20/02/19</b>
	Nome: <b>Tiago Santana da Silva</b>
	CPF: <b>553.591.152-49</b>

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO  
**\* Tiago Santana da Silva**  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Ortopedia

Dr. Patrick

Drauzio et Simon em 2006  
pt d'ft Dr. (Mauricio Simon)  
múltiplas lesões superiores em ML.  
genu + joelho + tornozelo  
pt m cirurgico

Dr. Marcus Brum  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1917/RP



15 MAR. 2019

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

H68

2 - CNES

## 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

H68

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

## 5 - NOME DO PACIENTE

Thiara Sannara da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

## 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191816015181415151518131614

8 - DATA DE NASCIMENTO  
16/11/929 - SEXO  
m

## 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Cláudia Cristina Santiama Menezes

11 - TELEFONE DE CONTATO  
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Eucemar 10 / Campos Novos

## 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Iracemar

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF  
RIR

16 - CEP

## 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

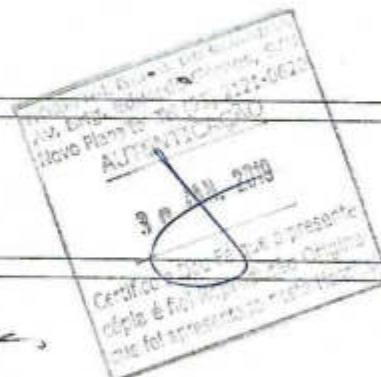
Paroxise de fs m2 (2)

## 18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tb cravar

## 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + ex. fisi + Rx.



## 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

F+ Tn2 (e) / fáuis

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Injem

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

## 26 - CLÍNICA

Dr. Roberto

## 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Internar

## 28 - DOCUMENTO

( ) CNS

## ( ) CPF

## 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

## 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

M. Matheus

## 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29/02/19

## 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Matheus Brunner

Medico Residente

## 33 - ACIDENTE DE TRABALHO

## 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

## 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

## 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

## 36 - CNPJ DA SEGURADORA

## 39 - CNPJ EMPRESA

## 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

## 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

## 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## 45 - DOCUMENTO

( ) CNS

## 46 - DOCUMENTO (CNS/CPF)

( ) CPF

## 47 - SINAL AUTORIZADOR

## 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

29/02/19

0308010019

T68

1Q9-2i

Bloco F L - 20

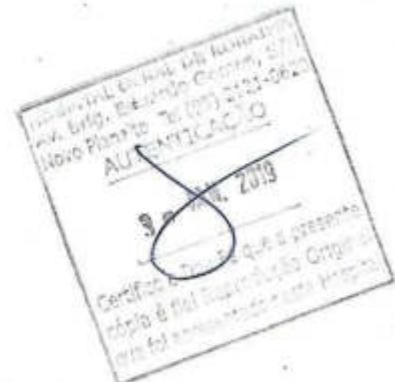


**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PREScrição MÉDICA**

TIPO DE RECIPiente  
- Sólido**DATA DE ADMISSÃO**

DIH

PACIENTE	THIAGO SANTANA M.Z SILVA				29/02/18
DIAGNÓSTICO		HAS	NEGA	DM2	NEGA
ALERGIAS		LEITO		DATA	12/01/2018
ITEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3 NV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	500ml. sacar 60 12/12L			28*
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				23° 06° 12
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				23° 30
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN				3 NV 27-08/18
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				3 NV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Buletis
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				Buletis
14	CURATIVO DIARIÓ				cur
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORRECÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFIRME ESGUEMA. 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351- 400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

SINAIS VITais	PA	FC	T°	Deividny Ferreira Pinto
6 H	141/97	86	36.6	Técnico em Enfermagem COREN-RR 884.784.
12 H				
18 H				
24 H	PD	FC	TAX	

10h 141 86 36.6 FR

Maria Wanderléia Mat.  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR 473118

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

15 MAR. 2019

109-2

GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

20

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE	THIAGO SANTANA DA SILVA					
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	NEGA		
IDADE	25	LEITO	L-20	DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO-SF 0.9% 500ML 12/12HS			S N D		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			12 <sup>o</sup> 24		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D2			16 <sup>o</sup> 24 06 - 12		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N / SISTEMÁTICO			11 <sup>o</sup> 23		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 20 GTS VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			S N 16 <sup>o</sup>		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S N		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			S N		
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S N		
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			S N		
14	CURATIVO DIARIO			Rotina		
15	GENTAMICINA 240MG IV 1X/DIA D2	SUSPENS.	Dr. Elton Soures Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1828/R.R	Suspens.		
16	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA					
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
18						
19						
20						

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX
16h - 6H	141x94	86	19	36.6°C
12 H				
17 48 H	132x93	88		37.3
24 H	124x82			

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

20h PA: 130/84  
PC: 86 FR: 26  
T: 36.8°C Dímenç: 24 120+70 36.8°C

45 MAR 2019

## PRÉ-ANESTÉSICO

Bloco. A

Nome: Thiago Santanna de Souza

Sexo: Mas.

Idade: 25

Peso:

Alt:

Classe:

Data:

Hora:

Patol. Asoc:

Leito: 109-1

Gav:

ortoped

Diagn. FIA-OP:

Cir. Proposta:

Anest. Ant:

Alergia:

Alcool:

Fumo:

DROGAS:

(Corticóide,

anticoagulante,

casopressor,

IMAO,

outros)

Estado Mental:

Postura:

RX:

Fases:

Hepatograma:

Outras:

Parecer Clínico:

PA:

P脉:

Temperatura:

Boca:

Velos:

M:

T:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:

D:

V:

I:

C:

M:

H:

B:

F:

P:

R:

S:

E:

O:

N:

A:

L:



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
— "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros" —

## Osteopedia - Nutrigen

## FICHA DE ANESTESIA

Thiago Souto da Silva  
DZP 30 mg + FNT 100 mcg ev ma

Br 03 du mois 2018

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		DZP 10mg + FNT 100mg/kg EV na SC			H <sup>o</sup>	
		13	14	15	16	17
AGENTES		15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45
LÍQUIDOS VENOSOS	A M V p	SF SF 500 500				
DA X	30 260	20 12 100 500				
ULSO O	35 220	58 98 88 88 95				
ANOS X	34 180					
OP O	32 160					
VOL	30 140					
ASPL A	28 120					
RESP D	26 100					
	24 80					
	22 60					
Expir	20 40					
Audit						
Contro						
SÍMBOLOS	*	○				
AGENTES	DOSES		TÉCNICA	ANOTAÇÕES		
A	Moxicil 0,5% 12,5 mg		Esquematização lombor lumbar hiperbárica.	Presente resultado anestesia e autocriptia da região cau alcool 70%. Colocação de campo junto de estéril. Auscultar dos planos superiores e profundo cau lido 5/40m Puncio de espaço subaracnoidal entre L <sub>3</sub> -L <sub>4</sub> via paramediana com agulha d Quincke 26 G. Sinal paralelo os furos de dura. Líquor claro, normotensão. Fato único de soluções anestésica cau menina 0,5% mg. Bloqueio		
B	Uroscino 40 mg		Ventilação respiratória cau c. suprimento obt cabito "nasal" 100% 1 l/min			
C						
D						
E						
F						
G						
SUCOSE	LÍQUIDOS		Câmla - Naso / Oro Faringe Naso / Otolaringeal - Cego Bal - Temp - Calor do Teatro Sob Máscara			
INDO			Dificuldade Técnica			
SANGUE			mão			
	SF 0,9%		TEMPO DE ANESTESIA			
TOTAL						
OPERAÇÃO				Endo - Espuma - Exame Seco Cap - Oft - Pneum - Sono Tub - Ano -		
				Hemorragia - Antiinfl Tub - Oft - Chocas		

ANESTESIA / CÓDIGO / CIRURGIAO  
Dr. Mauro / Dr. Fabiano / Dr. Donatelli / Dr. Vitor M. / Dr. Marcius

PENDA SANGGUNEK

Dr. Gomathini

Dra. Marisa Pinto  
Anestesiologista  
CRM/PR - 308

## Amide

⑩ Brannback à SRPA

→ Após várias sessões de intensificação de imagens verificou-se fadiga do Tatu em decorrência, optando a equipe - única - pelo restaurante - equivalente.



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

19/09/18

DN

16/11/18

ACG-A

PACIENTE	Thiago Santino da Silva				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA 03/03/18
IDADE		LEITO	104-1	DATA	02/03/2018
ITEM	PREScriÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				livre
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18-24-06-12
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				24-12-24
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN				SN
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				verificai
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S N
14	CURATIVO DIARIO				Realizar
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250 200; 251-300 400; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Tc de pé e tornozelo E (03/03/18 - solicitado)

Em laudo: Paciente com quadro malo  
último dia de hospital que fez náuseas  
Pac. mulher avolado e com fratura  
em M.I.E. do fêmur com risco de tamponamento.

SINAIS VITAIS	6 H	12 H	18 H	24 H
	150/70 / 78			
		CARDIACAS		

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

109

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral do Rio Branco

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	SIT	
PACIENTE	Thiago Santini			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	40	DATA	03/03/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN			
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gls VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			
14	CURATIVO DIARIO			
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORRECÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351- 400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
20				

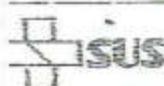
**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Tc de pé i tomografo E (03/03/18 - Admitido)  
 Em seu pe : Tumor no topo da mão  
 Cintig a sua de de topo que faz pressão  
 Para melhor avanço de fundo faturado  
 em p.t.e. do lado esquerdo e tatuado.

SINAIS VITais	6 H	12 H	18 H	24 H

MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA.

15 MAR. 2019



Sistema  
Único de  
Saúde

St. Paul  
St. Paul

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
<i>José Luiz Sant'Anna Filho</i>		92097	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SUSPEITO (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		16/11/92	
9 - SEXO		m	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSAVEL		11 - FONE DE CONTATO	
Claudia Cristina Sant'Anna			
12 - ENDERECO (RUA, Nº, Bairro)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
Residencial 101 Campos Novos		Bracema	
14 - CÓD. SIGE MUNICÍPIO		15 - UF	
RR		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<i>ffel de falar (C)</i>			
18 - OBSERVAÇÕES DA JUSTIFICATIVA DA INTERNAGEM			
<i>ffel de falar</i>			
19 - PROCEDIMENTOS PESSOALIZADOS DE FORMA TÉCNICA DENTRO DA UNIDADE DE ATENDIMENTO			
<i>Lx + TC + Ban. +</i>			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			
<i>fratura de falha de falar (C)</i>			
21 - OBT. PRINCIPAL			
<i>Ortopedia / Traumatologia CRM-PR 1086 ROE</i>			
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			
<i>fratura de falha de falar.</i>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
<i>ffel de falar</i>			
25 - CLÍNICA		26 - DOCUMENTO	
27 - DOCUMENTO		28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ASSISTENTE	
1 - CNS		1 - CPF	
29 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSESSORANTE			
<i>GPB</i>			
30 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSESSORANTE		31 - ASSINATURA AUTORIZAÇÃO	
		32 - ASSINATURA E CRÉDITO AO REVISOR DO CONS	
		<i>66/13/15</i>	

- PREFERIR EN CASO DE DROGAS EXTERNAS INCIDENTES OU VIOLENCIAS

53 - ACIDENTE DE TRABALHO	55 - CNPJ DA SEGUROADORA	57 - N° DO BILHETE	58 - SÉRIE		
59 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	56 - CNPJ EMPRESA	40 - CNPJ DA EMPRESA	41 - CBO		
60 - ACIDENTE DE TRABALHO TRANSMITIDO					
62 - VÍNCULO COM A EMPRESA					
<input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTONÔMO	<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADO	<input type="checkbox"/> IMPOSTORADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURO

**SUTTERSBACH**

0908050560  
0021



SOLENTE CIRÚRGICO

Tiago Souza da Silva

Data: 06/03/18 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do TARSUS esquerdo.

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Osteosíntese de Fratura do TARSUS

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: S

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGIAO: Dr. Armando Góesma 1º AUXILIAR: En. Vitor Souza.

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Armando Góesma, En. Vitor Souza Av. Br. De Lacerda Camilo, 570 Novo Horizonte - 66312-000 - 0620
DATA: 06/03/2018
INSTRUÇÃO:
Certifico que fui o(a) presente na operação cirúrgica acima descrita. Fiz a assinatura no local original e no exemplar feito nessa Ficha.

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Averulta em DOR SOS sobre artroso articulacionis
- ② RxRRA, Anteroposterior e laterocaudal da articulação tarsocrural
- ③ Redução anatomico da Fratura do TARSUS + fixação com Fixador (300) bicortical/supercortical + fio de Kirschner 2.0 / 2.5 mm com auxilio de intensificadores de imagens
- ④ Curvado

Vitor Souza  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RN 1635  
RQE 610  
Dr. Alberto Pereira de Souza  
Médico Principal de Traumatologia  
CRM-RN 1617  
Médico Especialista 125



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Ensino Fundamental das Brevidades"

15 MAR. 2019

## FICHA DE ANESTESIA

## Things Somewhat on Side

Pop Ultra - RR

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- midazolam 5 mg
  - Rontam 100 mcg

06.03.18

PSICOINTENSIVE DE MATERIA DE TALLERES (E)

**Buchung - Vombe**

Hemorragia - Antímero  
Bradítoxicos - Choque

RESUMO DE  
DIA 20-03-2020

THE IDA SANGUINE.

— 4 —

2020-21 BRURGEMĀ

THE DA SAMGUINE.

92a *Veronica* R.

DA VICTOR P.

Ms. 3086 p.2

Dr. Alfred S. M. Harten  
Urologist  
CMHR 207

4 - Unlabelled 3g (1)  
5. Penicillamine 40mg CV.

A photograph of a document page. The visible text includes "Novo Plano", "AUTENTICO", "9 de JAN. 2019", and "CARTAS DE CREDITO". A large, dark, handwritten signature is written over the date and the bottom portion of the text.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FOLHA DE FEECHAMENTO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Tiago Santana da Silva	APT OU LEITO 309 - I	Nº DO PRONTUÁRIO CIRURGIA	DATA 06 / 03 / 18	
TIPO Urgoessintose de Tornozelo (E)		TEMPO DE DURAÇÃO INICIO 08:50 FIM 9:50 TEMPO TOTAL		
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO D ALBERTO	ANESTESISTA: RES. ANESTESIA:	J. Tiabian		
1º AUXILIAR D Vitor Paracat	INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR D Elmer Pbz	CIRCULANTE Jeron Angelis.			
TIPO DE ANESTESIA: TACNE				
TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
11	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UND.		11	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ml
11	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
11	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
11	LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYLNº
11	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº
11	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
11	LAMINA BISTURINº			FIO ALGODÃO
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº
1	SERINGA 01ML			FIO SEDA Nº
1	SERINGA 03ML			SURGICEL
1	SERINGA 05 ML			CERA P/ OSSO
1	SERINGA 10ML	60ml		KIT CATARATANº
1	SERINGA 20ML	60ml		GEOFOAM
11	GLOVE 00S	60ml		FITA CARDIACA
	2 fios de 300			OUTROS: Álcool 70%
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE - BONNA - DILENE - SUELLEN	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>M. J. M.</i>	SUB-TOTAL		
TAXA DE SALA			TAXA DE ANESTESIA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			SOMA	

Angela P. L. Parais  
Téc. de Enfermagem  
COREN/RR 903.917

15 MAR. 2019

15 MAR. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DE RORAIMA  
Gabinete Geral de Fazenda

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DA ADMISSÃO

DIA

MES

ANO

## PACIENTE

Fernando Ferreira da Silva

## DIAGNÓSTICO

Percepção de fadiga devido a

## ALERGIAS

negra

HAS

NEGA

DM2

NEGA

## IDADE

25

LEITO

1091

DATA

6/03/18

## ITEM

## PRESCRIÇÃO

## HORARIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SND

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

10:10 22/04/18

3 CEFALOTINA 1G EV 6/6H

10:10 22/04/18

4 TILATIL 20MG EV 12/12H

10:10 22/04/18

5 DIPIRONA 2ML EV 6/6HS-S/N

10:10 22/04/18

6 TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gls VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

9 SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10 SSVV + CCGG 6/6 H

12 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS&gt; 160 E/OU PAD&gt; 110 MMMHG

14 CURATIVO DIÁRIO

15

16

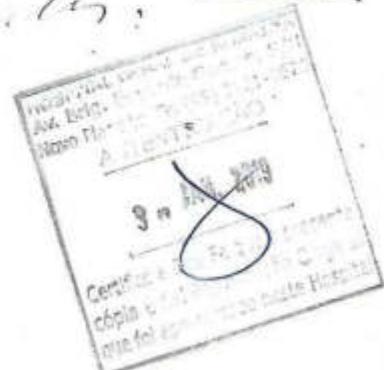
17

18 SE DIABÉTICO CORPEÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).

CUMPLIMENTAR: 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Percepção de fadiga.



SINAIS VITais	P. g	FC	TN	TA
6 H	150X90	78		36°C
12 H	150X90	90	20	36.5
18 H	146X82	82	20	36.1
24 H	142X97	75		36.2

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.Isaqueil Lima Silveira  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR 876.894-T10:40 PCT RETORNO DO C.C.  
12h PCT ORIENTADO, 96% VE 56m

Isaqueil Lima Silveira

509 - i

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PREScrição MÉDICA			



DATA DE ADMISSÃO 24/2/2018 DIH DN 16/11/1992

PACIENTE THIAGO SANTANA DA SILVA

AGNÓSTICO FX TNZ E

ALERGIAS HAS SIM DM2 SIM

IDADE 25 LEITO 109-2 6/3/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE - ZERO APÓS AS 22H	S/AR
2	SF0,9% 500ML EV 12/12h	18 16
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	16
5	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	3/1
7	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA	6/6
8	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H	12 18 24 06
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H	14 22 0
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	2/1
11	SSVV + CCGG 6/6 H	KORTEN
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	12 18 24 06
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),  
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:  
 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,  
 GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

#### Evolução médica:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

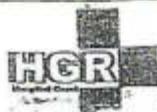
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Fernando Rezende  
 CRM-RR 2007  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

PCT P/ C.C.

15 MAR. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIARESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSSPACIENTE Tânia Sátilva da Silva, ANOS,DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 24 / 02 / 17, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura no TíbitaNO DIA 06 / 03 / 17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Osteosíntese com placa e parafusos SENDOPERADO PELO DR. Victor Rezende E DR. Victor RezendeRECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17 / 03 / 17, AS 11:40, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 25 / 03 / 17, AS 10:00, COM  
DR. Victor RezendeORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE  
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO MÉDICO

BOA VISTA, 17 / 03 / 17

Dr. do Rezende  
Ortopedia e Traumatologia  
M-RR-2007

MÉDICO

55,4 %

, THIAGO SANTANA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

24/2/2018 20:02:53

TEC ELOIZA

55,5 %

24/2/2018 20:02:53



E



E

TEC ELOIZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

72,2 %

24/2/2018 20:02:53

53,2 %

24/2/2018 20:02:53

E

E

VERDE+

BLOCO D

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV/ BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

*Verde*

Mº Bráulio M. Belchior  
Técnico Enfermeiro  
COREN-RR 604.194/07

1600034722	11/04/2013 12:50:21	FICHA DE ATENDIMENTO	CLINICA MEDICA	DIURNO 07-19	140	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
THIAGO SANTANA DA SILVA		16/11/1992	25 A 4 M 25 D	898005845558354	00092097	
Sexo	Documento Órgão Emissor	Data Emissão	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE XXXXXXXXXXXX			M	SOLTEIRO(A)PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe				Pai		Contato
CLAUDIA CRISTINA SANTANA MACIEL				NI		(95) 21105-89
Endereço						Ocupação
AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR						

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Pronatal
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			37.10	120 x 80
Solteiro	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA				Registrado por: ALESSANDRA.CRISTINA

Quais Principais  
ENCAMINHADO AO PAAR COM HD CELULITE EM PÉ E

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Alergese do Enfermeiro NÉGA HAS, DM e ALERGIA A MEDICAMENTOS	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_ h) *Paciente c/ prévia fratura em pé erguido*  
*pt. idoma em pé. Relata febre*

Exame Físico *B60; urmulus; a.a.a.; Redundante, normocerat*  
*Pé erguido -> idoma; flexori; cl. raios (ao) noucas*

Hipótese Diagnóstica  
*Inflamação*

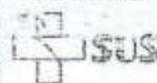
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:		
PREScrição	<i>CRP</i>	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduita	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação	Data e Hora da Saída/Alta: /	<i>30 JAN 2019</i>
Óbito	<input type="checkbox"/> Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não	Destino: ( ) Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica	<i>Certificado de óbito prestando</i> <i>cópia é do original que foi apresentado ao Hospital</i>

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico





Sistema  
Único da  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

FOLHO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

*Diego Gaucho*

6 - N° DO PRONTUÁRIO

*92097*

7 - FARPAO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

*81918101016121415151518131514*

8 - DATA DE NASCIMENTO

*16/11/192*

9 - SEXO

*m*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

*Cláudia Cristina Santamaria*

11 - TELEFONE DE CONTATO  
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRA)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. ISGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Operado Dr. S. Z meos  
pelo Dr. Alberto apresenta  
↑ Volum, Flacidez do o*

18 - CONDIÇÕES DE INICÍPIO DA INTERNAÇÃO

*CINH611*

*Autenticação  
30 JAN. 2019*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*Rx*

*Certifico e Dr. Fábio que a presente  
copia é fidedigna do original  
que foi apresentado neste Hospital*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23-CID 16 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Medicina La Rosa*

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BIMESTRE 38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNH-I/CPPES

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR

42 - INCêNULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - INCêNULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) INSS-PREGO

( ) FIPREGADOR

( ) ONDÔMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) HÁO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. CÓDIGO EMISSOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

*Dr. Fábio*

*11/19/18*

45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

*030309036*

*M861*

• 401-5

PREScripción Diaria



Environ Biol Fish (2008) 81:13–16

UNIDAE / SETOR

NOVEMBER 1962

ESTATE PLANNING

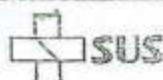
卷之三

ESTA / MORAL

PREScrição

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

22 FEV. 2019

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SUCURSAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

771060 Soninha

6 - N° DO PRONTUÁRIO

92097

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191810101518141515151813154

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/11/92

9 - SEXO

m

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Cláudia Cristina Gontijo Medeiros

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE/MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FMS a DMS @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

m União

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CQ III CAUSAS ASSOCIADAS

FMS a DMS @

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Albina P 17/10/18

0408050560  
S921  
W499

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

## AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

2/4/18



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20/01/18 O.S. 02

H11860  
Sintomas do  
tríalus

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Ruptura de tríalus

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

DICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

M Alzamora

1º AUXILIAR:

Monica Pimentel

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:



RELATÓRIO CIRÚRGICO

Rompeu no momento do  
síndrome do tríalus (G)

O paciente tem sopro no lado  
máximo.

Observar e controlar

O rompeu no momento do





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Pioneira dos Brasileiros"

intubado / mitral 22 FEV. 2019

17/04/18

FICHA DE ANESTESIA

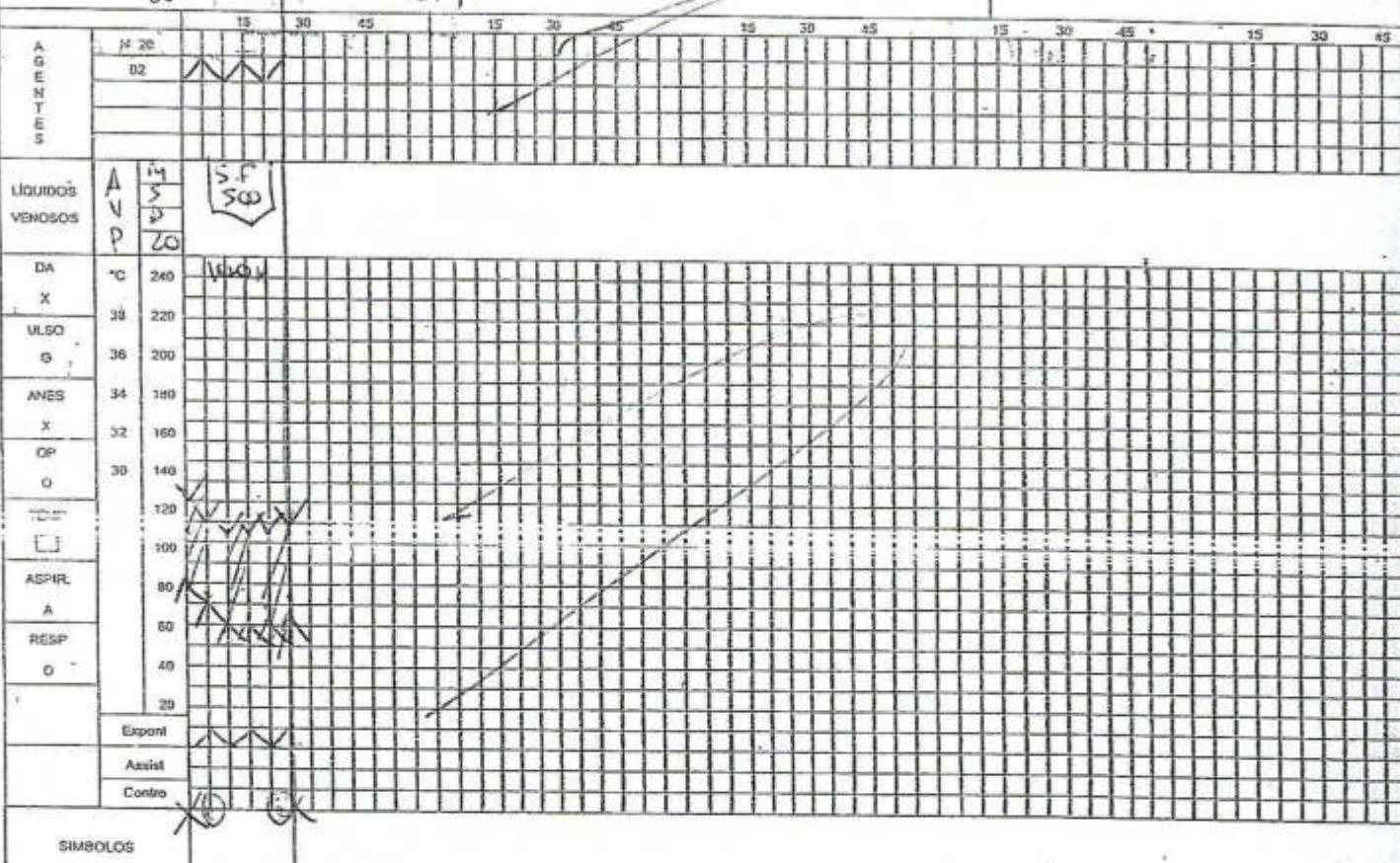
Thiago Souto de Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

20h

21h



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSSES	TÉCNICA
A Fentanil	100 mcg	Intubação Geral Venosa
B midazolam	5 mg	Ventilação Espontânea
C		
D		
E		
F		
G		

GLUCOSE LÍQUIDOS

NDCC  
SANGUE

Cámlula - Naso / Oro Faringeus

Naso / Orotorácico - Cega

Bal - Timp - Cuffet do Tíbo

Sob Márca

N.D.C.

Dificuldade Técnica:

TOTAL 300 ml

TEMPO DE ANESTESIA:

25 min

OPERAÇÃO:

- Retirada Material sintese Pé (E)

X - Check list Ap Anestesia,  
materiais = prontos

Venoclire de

ECG, FC, PA e SpO2

Laringo - Espasmo - Excesso Secre  
Broncoespasmo - Bronco  
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia  
Brad Taquicardia - Choque

ANESTESIA:

Dr. Bruno

Bruno Thiago D.C. Pinho  
MÉDICO  
CRM-RF 1025

CRONO

Dr. Alberto / Vitor

PERDA SANGUÍNEA

longitudinal



22 FEV. 2019

25000

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT. 3º LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Tiago Sautana da Silveira			17/1041JB		
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
Retirada de Materiais h. t. Especulo	INICIO: 06:30	FIM: 20:30	TEMPO TOTAL		
CIRURGIA MÉDICA					
CIRURGIÃO: Dr. Roberto	ANESTESISTA: Dr. Bruno				
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:				
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
TIPO DE ANESTESIA: Sedação	CIRCULANTE				
Hilma + Elizalva					
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCCÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PEN ROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPECTIVOS INSAVÉIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Hilma + Simone		MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Hilma + Elizalva		SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

22 FEV. 2019

HGR

NOME: Edmogo Santana da Silva

## SAL - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DADOS PRED.: JEAVÓRIO

Data: 17.02.18

Hr. 23h

Int. 30 LO

Interventão: Fístula de RMS +

Fistula de RMS +

Interventão:

Outros:

Anestesia: Gárgula

Antibiotico:

Terapia:

Hemodiluidos:

Sedativo:

Nome:

SG a 20%

Dose:

Pílulas:

Plaquetas:

Antônomo Hctc:

HNa:

Sín:

N' pegas:

Cultura:

Outros:

Vendo:

FC:

bpm:

PA:

mmHg:

SRPA:

Sinal Vital:

30°:

45°:

2h:

30°:

1h:

3h:

2h:

3h:

1h30:

2h:

3h:

1h:

2h:

3h:

4h:

5h:

6h:

7h:

8h:

9h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22h:

23h:

00h:

01h:

02h:

03h:

04h:

05h:

06h:

07h:

08h:

09h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22h:

23h:

00h:

01h:

02h:

03h:

04h:

05h:

06h:

07h:

08h:

09h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22h:

23h:

00h:

01h:

02h:

03h:

04h:

05h:

06h:

07h:

08h:

09h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22h:

23h:

00h:

01h:

02h:

03h:

04h:

05h:

06h:

07h:

08h:

09h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22h:

23h:

00h:

01h:

02h:

03h:

04h:

05h:

06h:

07h:

08h:

09h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22h:

23h:

00h:

01h:

02h:

03h:

04h:

05h:

06h:

07h:

08h:

09h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22h:

23h:

00h:

01h:

02h:

03h:

04h:

05h:

06h:

07h:

08h:

09h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22h:

23h:

00h:

01h:

02h:

03h:

04h:

05h:

06h:

07h:

08h:

09h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22h:

23h:

00h:

01h:

02h:

03h:

04h:

05h:

06h:

07h:

08h:

09h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22h:

23h:

00h:

01h:

02h:

03h:

04h:

05h:

06h:

07h:

08h:

09h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22h:

23h:

00h:

01h:

02h:

03h:

04h:

05h:

06h:

07h:

08h:

09h:

10h:

11h:

12h:

13h:

14h:

15h:

16h:

17h:

18h:

19h:

20h:

21h:

22 FEV. 2019

**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

40.5

UNIDADE/SETOR:

QUARTO: LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

*Thiago Sampaio da Silva*

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

PRESCRIÇÃO:

HORÁRIO:

SNT

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:  
OBSERVAÇÕES:

24.00 PA 1920±740

06.00 PA 130149 P61

Almoço Ssu e acm c  
mico, chia, sagu, bolo, quin  
que com manjericão. Cidra

SJN

Frequente: Mentes de São  
Tarciso 203, 122-00000-0000  
Cidade: Aracá

RÔTINA

19/02/19 08:00 AM

Desayuno: leche, mermelada

Fruta: banana, plátano,

bebida: leche, agua, sopa

almuerzo: ensalada de

queso, ensalada de

queso, ensalada de

queso, ensalada de

queso, ensalada de

Comidas: frutas: banana, plátano, mermelada

COREN/RR 431048



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



22 FEV. 2010

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIARESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Tiago Santana da Silva, ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 24 / 02 / 18, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura no Tíbita.

NO DIA 06 / 03 / 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Osteosíntese de Fratura de Tíbita SENDO  
OPERADO PELO DR. Alberto Filho E DR. Victor Panocot.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07 / 03 / 18, AS 11:45, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 16 / 03 / 18, AS 13:00, COM O  
DR. Victor Panocot

08/03 07:30

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO MÉDICO

Fernando Rezende  
PDM Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 10207

BOA VISTA 07 / 03 / 18

22 FEV. 2010

MÉDICO

22 FEV. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

paciente: Thiago Lestane da Silva, 25 ANOS,  
ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 11/04/18, COM  
AGNÓSTICO DE Osteomartite de m: (E)

DIA 18/04/18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
RMS de punho + Tendon do extensor do dedo SENDO  
REALIZADO PELO DR. Dr. Abílio F e DR. Patrik Roberto

CEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18/04/18 ÀS 10:00 EM  
ESTADO GERAL SEM QUERAS ÁLGICAS.

EM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
DRONE MOTA NO DIA 08/05/18, ÀS 14:00, COM O  
Dr. Abílio Fiuza

Sigam 60 dias de afastamento do trabalho, a critério  
do médico presito.

#### ORIENTAÇÕES GERAIS:

- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INSTRUÇÃO MÉDICA.
- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO, E VI POSTO DE SAÚDE.
- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE  
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

paciente recebe alta hospitalar sob orientação do dr.

Dr. Thiago Muniz

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

CRM-RR 2009

DATA VISTO, 18/04/18

57.0 %

, THIAGO SANTANA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

5/3/2018 08:47:46

TEC. JACKSON

61.6 %

E

5/3/2018 08:47:46



61.9 %

, THIAGO SANTANA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

5/3/2018 08:47:46

TEC. JACKSON

69.5 %



E

5/3/2018 08:47:46



PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 4097/25ANOS

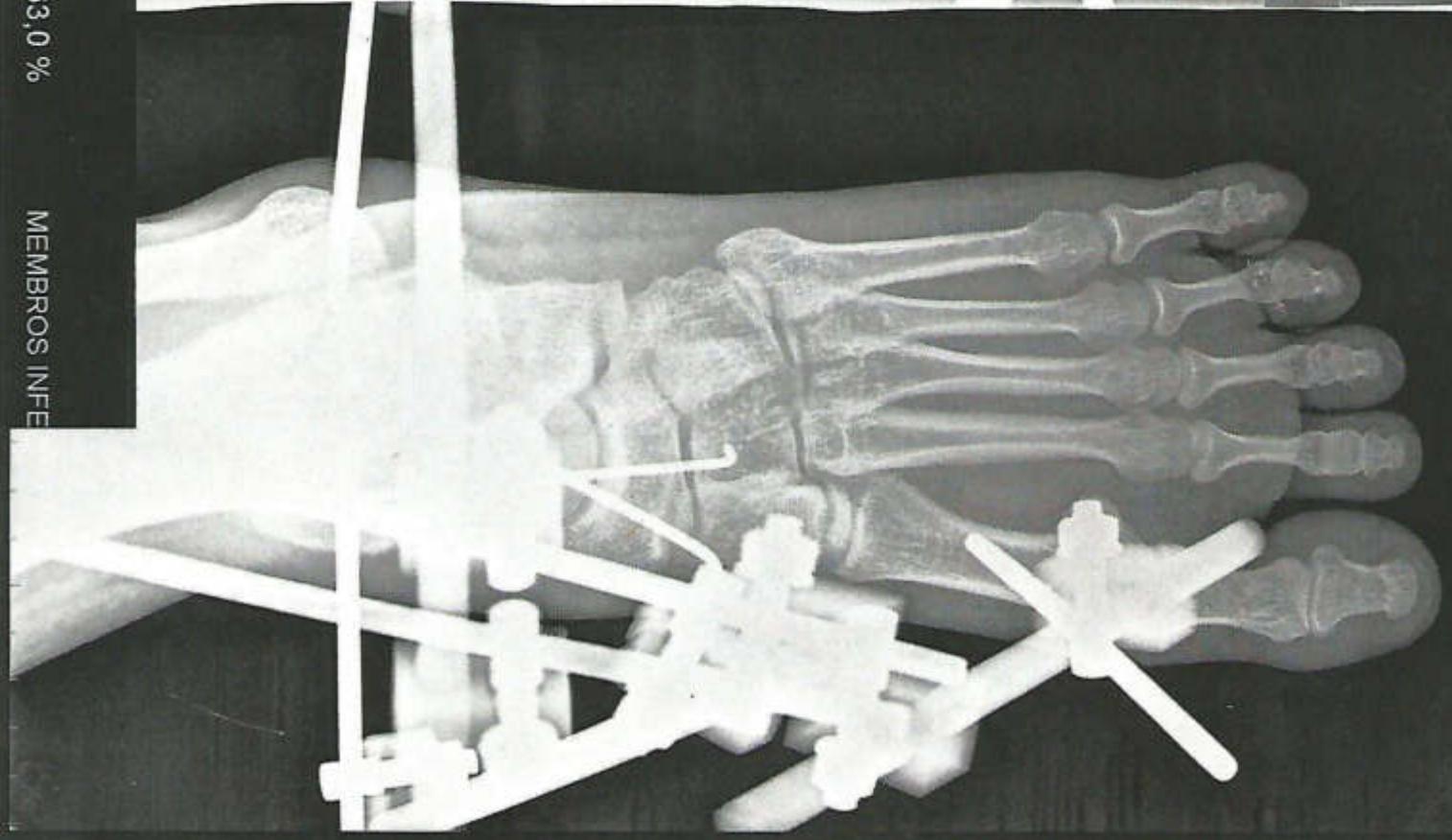
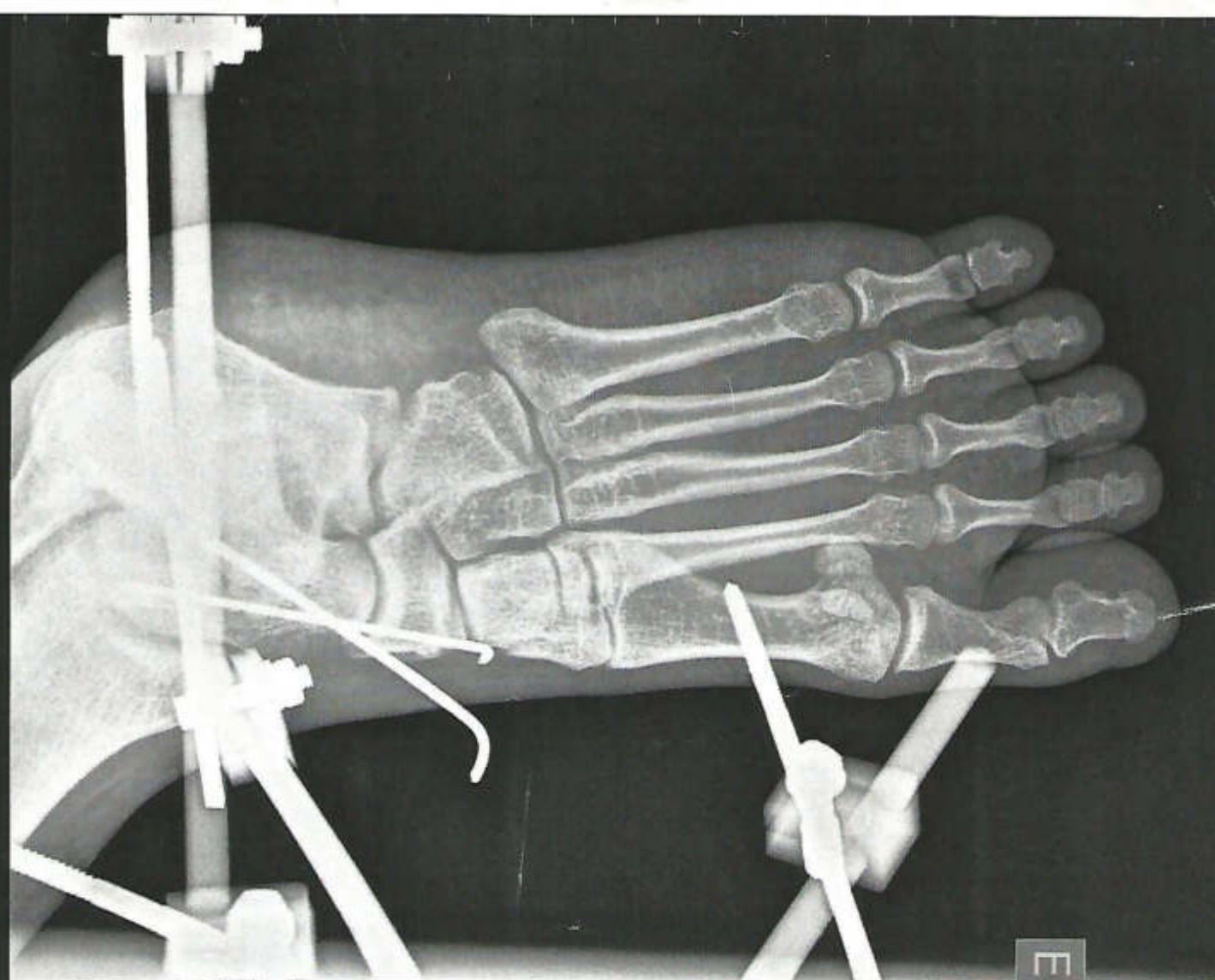
TIAGO SANTANA DA SILVA

21/03/2018

D/N 16/11/1993

63,0 %

MEMBROS INFE



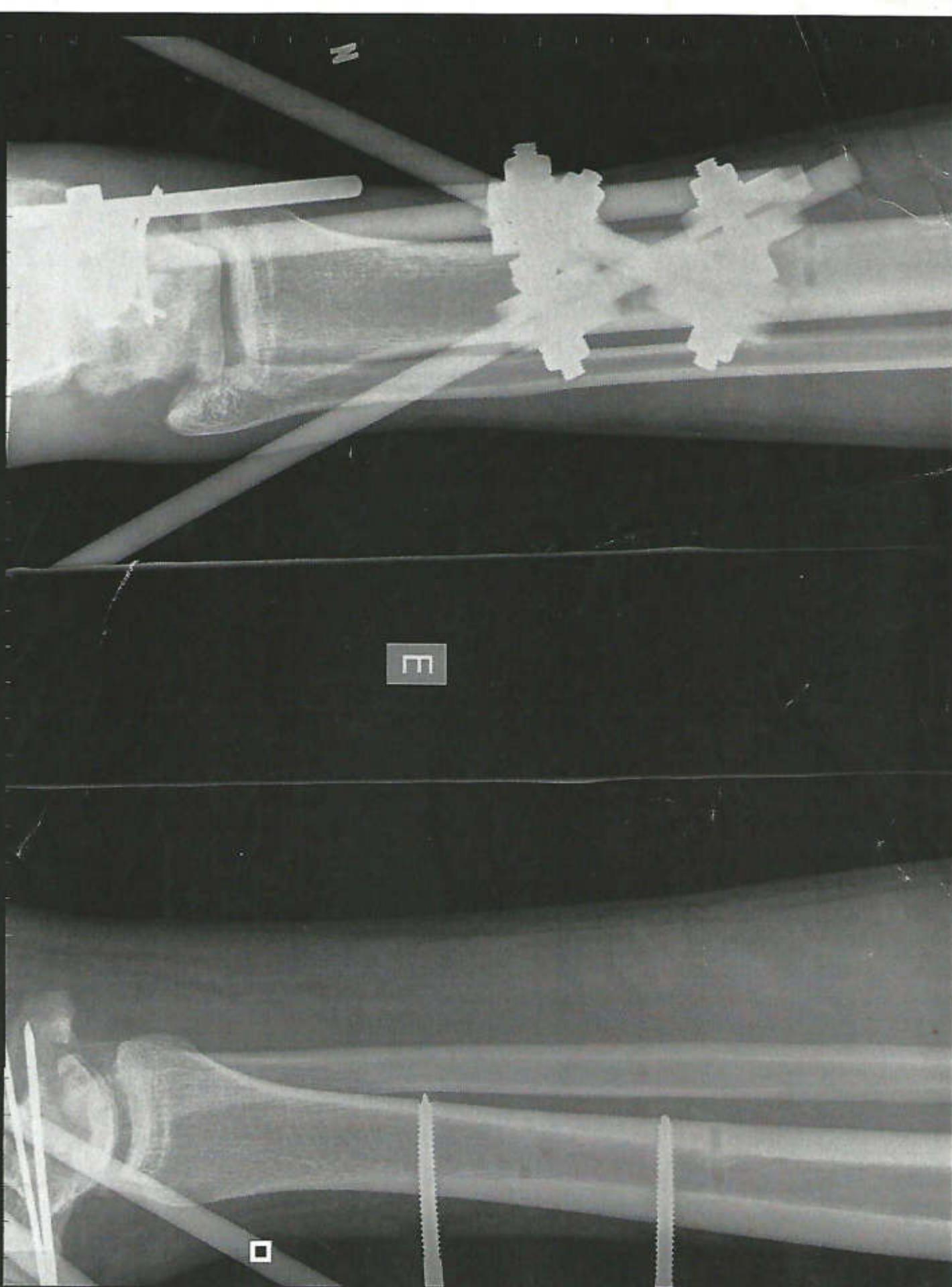
PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 4097/25ANOS

TIAGO SANTANA DA SILVA 21/03/2018

D/N 16/11/1993

68,1 %

MEMBROS INFÉ



57,3 %

, THIAGO SANTANA DA SILVA

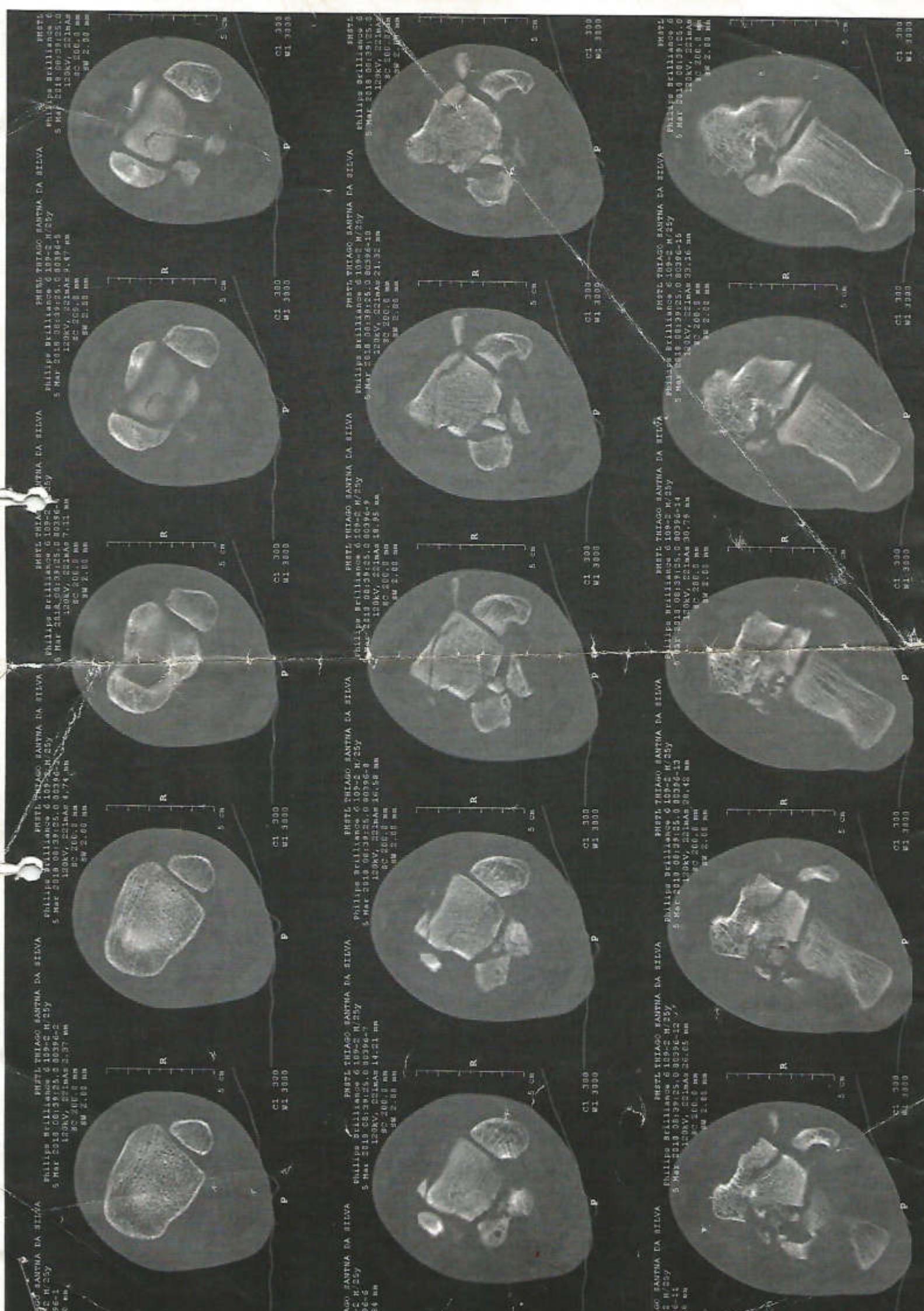
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

11/4/2018 17:12:40

36,2 %

11/4/2018 17:12:40









**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 010297/2018-A03

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 14/03/2019 10:07 Data/Hora Fim: 14/03/2019 10:08

Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 24/02/2018 16:00

**Local do Fato**

Município: Iracema (RR)

Bairro: zona rural

Logradouro: Estrada Vicinal 10 - campos novos

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve
1101: Perda ou extravio - Documento e/ou objeto	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: TIAGO SANTANA DA SILVA (COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:PA - Rurópolis Sexo: Masculino Nasc: 16/11/1992  
Profissão: Pedreiro  
Nome da Mãe: Claudia Cristina Santana Maciel

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: rua jt Nº: 137  
Bairro: Olímpico

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAR8860	Número do Chassi 56771
Ano/Modelo Fabricação 2006/2006	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Municipio Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN	Modelo HONDA/CG 125 FAN
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Tiago Santana da Silva	Depósito

**RELATO/HISTÓRICO**

O comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial para comunicar que: transitava pela via acima mencionado na motocicleta HONDA/CG 125 FAN, PRETA, 2006, PLACA NAR-8860, CHASSI 9C2JC30706R956771, de propriedade de José Helio Silva Batista, quando bateu em um buraco e ocasionou a queda do comunicante; Que o SAMU esteve no local e prestou socorro ao comunicante; Que no acidente o comunicante **extraviou todos os seus documentos pessoais**. Era o que tinha a comunicar.

Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes

Página 1 de 2

Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 14/03/2019 10:08

Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010297/2018-A03

ASSINATURAS

*Jefferson Inacio Araujo*  
Agente de Polícia Civil  
Mai 04-2018-004  
*Jefferson*  
Jefferson Inacio Araujo  
Responsável pelo Atendimento

*DAI*  
14 MAR 2019  
AGENTE D<sup>r</sup> *Tiago Santana da Silva*  
CONF

Tiago Santana da Silva  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime cu de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

TIPO	367353-7	DATA	16/03/2018
NAME	<b>TIAGO SANTANA DA SILVA</b>		
FILHO	MARCOS RONE MACIEL SILVA CLAUDIA CRISTINA SANTANA MACIEL NASCIMENTO RURÓPOLIS - PA DEA, ORIGEM	DATA DE NASCIMENTO	16/11/1993
CERTD	NASC 5570 FLS 84 LIV A-10 2º OF BOA VISTA-RR	LEI	LEI N° 7.116 DE 29/06/83
2º VIA	AKADEU ROCHA TRIANI Poder Popular Sob Assinatura do Titular		
PROIBIDO PLASTIFICAR			



15 MAR. 2019

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

NAME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / RR  
114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

MARCA: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO  
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CATMAB AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VALDADE: 28/01/2020 HABILITAÇÃO: 15/12/1999

DESCRIÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

AUSCUNO FISIOTERAPEUTA PÓS-GRADUADO  
DIRETOR FEDERATIVO

ASSINATURA DO EMISSOR

DETAN-RR (RORAIMA)

VALIDADE EM TODO O PAÍS

980151096

14 MAR. 2019

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA [ ] CÓD. HEMAVAN [ ] EXERCÍCIO [ ]  
01 0089700BB35 2017

JOSE HELIO SILVA BATISTA

ESPECIE / TIPO [ ] N° 013746435578  
PLACA / CHASSI [ ] NAR8860  
PLACA ANT / IPI [ ] PI2JC30706RP956771

ESPECIE / TIPO [ ] GASOLINA  
MARCAS / MODELO [ ] ANO / MOD. [ ]  
HONDA / CG 125 FAN 2006  
CAP. PÓT./CIL. [ ] CATEGORIA [ ]  
2P / 0124CC / PARTICU

COTA / UNICA [ ] VENC. COTA UNICA [ ]  
P FADA / LEVA [ ] PARCELAMENTO / COTAS [ ]  
A ISENTO (+ DE 10 ANOS) 3\*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO [ ]  
CUSTO DO BILHETE (R\$) [ ] R\$4.15  
PAGAMENTO [ ] DATA DE PAGAMENTO [ ]  
R\$0.7 R\$185.5

PREMIO TOTAL (R\$) [ ] R\$4.15  
CUSTO DO SEGURO (R\$) [ ] R\$90.33  
PAGAMENTO [ ] DATA DE QUITAÇÃO [ ]  
X COTA ÚNICA [ ] PARCELADO [ ]

SEM RESERVA DE DOMÍNIO [ ] PROIBIR SAIR DA A  
MAZ / OUTIFILEMAG BEIRAN - RR 06/17 LOTE 29  
\* Diretor Presidente  
Despachante  
BOA VISTA - RR

DATA [ ] 02/01/2018  
DATA [ ] 02/01/2018

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR NEGLIGÊNCIAS  
AUTOMOTORAS DE EMPRESAS E INDUSTRIAS, EQUIPOS DE CARGA, APESOS  
TRANSPORTADAS, QUANTO AO SEGURO DPVAT

RR Nº 013746435578 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 622 1294

EXERCÍCIO [ ] DATA EMISSÃO [ ]  
2017 02/01/2018

CPF / CEP / I [ ] PLACA [ ]  
01 590.948.002-25 NAR8860

RENAVAM [ ] PLACA / MODELO [ ]  
00897008855 HONDA / CG 125 FAN

ANO FAB. [ ] DAT. TANH. [ ] N° CHASSI [ ]  
2006 9 9C2JC30706R956771

PREMIO TARIFARIO [ ]  
CUSTO DO BILHETE (R\$) [ ] R\$40.7

PREMIO TOTAL (R\$) [ ] R\$90.33  
CUSTO DO SEGURO (R\$) [ ] R\$185.5

PAGAMENTO [ ] DATA DE QUITAÇÃO [ ]  
X COTA ÚNICA [ ] PARCELADO [ ]

SEGURADORA LÍDER " DPVAT " 013746435578  
CNPJ 09.240.602/0001-04 25060891182

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190204005      **Cidade:** Iracema      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO SANTANA DA SILVA      **Data do acidente:** 24/02/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 10/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO BIPLANAR + FIOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 10, 12  
LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 33

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190204005      **Cidade:** Iracema      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO SANTANA DA SILVA      **Data do acidente:** 24/02/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 10/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO BIPLANAR + FIOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 10, 12  
LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 33

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0090786/19

Número do Sinistro: 3190204005

Vítima: TIAGO SANTANA DA SILVA

CPF: 553.591.752-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2018

TIAGO SANTANA DA  
SILVA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**TIAGO SANTANA DA SILVA : 553.591.752-49**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019  
Nome: TIAGO SANTANA DA SILVA  
CPF: 553.591.752-49

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019  
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA  
CPF: 878.291.693-49

---

TIAGO SANTANA DA SILVA

---

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA

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

---

**Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190204005**

**Vítima: TIAGO SANTANA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), TIAGO SANTANA DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

