

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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 ASL: _____ CPF da vítima: 553.591.152-49 Nome completo da vítima: Tiago Santana da Silva

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

Nome completo: Tiago Santana da Silva CPF: 553.591.752-49

Profissão: Autônomo Endereço: Rua: 31, 137 Número: 137 Complemento: Casa

Bairro: Olimpico Cidade: Bea Vista Estado: RR CEP: 69.300-000

E-mail: ILDIRRR@HOTMAIL.COM Tel. (DDD): (95) 99154-3282

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 21273 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

- ☐ 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.

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. 3º, §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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: Bea Vista - RR, 20/02/19

Nome: Tiago Santana da Silva

CPF: 553.591.752-49

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Tiago Santana da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

Ofício

M. P. P. P. P.

Paciente de trauma em parte
pt a ft Tm (unidade interna)
apresenta lesão superficial em ML.
Sintomas + insucesso + intercorrência
pi no cirurgião

Dr. Marcus Bruner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/RR

HOSPITAL BRUNO A. G. S. S. S.
Av. Eng. Silvestre Gomes, 100
Novo Planalto - RJ (55) 21-21-0520
AUTENTICACAO
30 MAR. 2019
Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel e verdadeira Original
está sob custódia deste Hospital

15 MAR. 2019



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

H6R

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Thales Santana da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191810151814151518131514

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/11/92

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Cláudia Cristina Santana Macedo

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua 10 / Campos Novos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itacema

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente afeto a m2 (n)

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

1º exame

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

Análise de ex. físico + Rx.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

f + m2 (e) / f + l (e)

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Ortopedia

Urgência

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

M. Patrícia

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29/02/18

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

Dr. Marcos Brunner
Médico Residente
Ortopedia
CRM 101905 RJ

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

DOCUMENTO (CNS/CPF)

SINAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



29/02/18

0308010019
T068

109-2

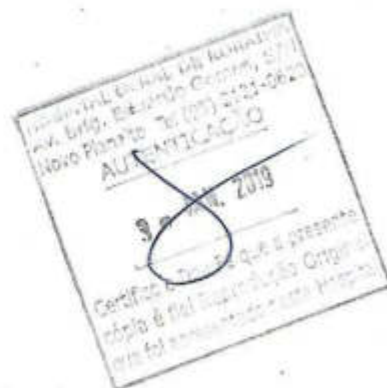
Bloco - F L - 20

OK

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ATENDIMENTO MÉDICO				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		Folha		
PACIENTE	THIAGO SANTANA DA SILVA					24/02/18
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO			DATA	12/04/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					24/02/18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					23:06:12
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					23:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN					3N 23-08:45
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					3N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					3N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N					3N
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					3N
10	SSV + CCGG 6/6 H					
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					Releio
14	CURATIVO DIÁRIO					Releio
15						Releio
16						
17						
18						
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).					
20	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:						

NIR
Regulado
para leito

Regulação Interna



SINAIS VITAIS	PA	FC	TA	DEBORA FERREIRA PRATO Téc. em Enfermagem COREN-RR 864.784
6 H	141/97	86	36.6	
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

10h

141

86

36.6

FR

94

19

Maria Wanderléia Mar.
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 473110

15 MAR. 2019

109-2

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	DM2	NEGA
IDADE	25	LEITO	L-20	DATA	25/02/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO-SF0.9%500ML 12/12HS				12h 24
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18h 24 - 12
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D2				11h 23
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N / SISTEMÁTICO				SND
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 20 GTS VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SND
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SND
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				Rotina
14	CURATIVO DIARIO				SND
15	GENTAMICINA 240MG IV 1X/DIA D2				Rotina
16					SND
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA				Dr. Elton Soares Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1228/RR
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Bloco - A
NIR
Regulado
para leito
109-2
Regulação Interna

NIR
Regulado
para leito
L-20
Regulação Interna

Atestado de Autenticação
Dr. Elton Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1228/RR
3 de MAR 2019

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX
16h 30 H	141x94	86	19	36.6°C
12 H				
17 18 H	132x93	88		37.3
24 H	120x80			

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

20h
T: 36.8° PA: 130/84
FC: 86
FR: 24
Diverso presente 24 120+70 36.8°

15 MAR 2019

bloco. A

Sengue Tipo: _____ Lat: 7140 HE: 41.8 Hb: 14.1
 Hm: _____ to _____ is _____ p. Lago
 r. Coag: _____ Pq: 137.000 Uréia: 28
 creat: _____ Na: _____ micr/gl
 Cl: _____ mEq/lk _____ mEq/lpH _____ pO2
 pCO2 _____ BA _____ BG _____ BS _____ BE _____
 URINA: d _____ pH _____ glic _____ Alb _____
 Sedim: _____
 Ap. gen. Uri: 1.000
 AP. Resp: 1.000
 AP. Circ: 1.000
 AP. Dig: 1.000
 S. Osteo - Art: 1.000
 S. Nerv: 1.000
 S. Endoc: 1.000

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Est. Figs (ASA) _____ AN. Proposta Stephen
NB _____

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1025

Signature _____

PÓS-ANESTÉSICO

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data / /

Hora : :

Assinatura _____

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência do Brasil"

Ortopedia - Histeria

FICHA DE ANESTESIA

Thiago Santana da Silva
DZP 10mg + FNT 100mcg ev ma 50

Br 03 de março 2018

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		13		14		15		16		17	
AGENTES											
LIQUÍDOS VENOSOS											
DA	°C										
USO											
ANES											
OP											
TEMP											
ASPIR											
RESPIR											
SÍMBOLOS											
AGENTES	DOSES	TÉCNICA		ANOTAÇÕES							
A	0.5% 12.5 mg	Pneumotomias Caudal		<p>* Presença de náusea e vômito de região com álcool 70%. Colocação de campo anestésico estéril. Anestesia dos planos superficiais e profundo com lid 0.5% 40ml. Puncão de espaço subaracnóideo entre L3-L4 via paravertebral com agulha de Quincke 26G. Sinal paralisia do joelho da direita. Líquor claro, normotensão. Faltou a adição anestésica com marmes 0.5% mg. Bloqueio</p>							
B	Lidocaina 40 mg	Hipotensão									
C		Ventilação espontânea									
D		sem O suplementar sob									
E		cabeça manual 100% 2l/min									
F											
G											
EUCOSE	LIQUÍDOS	Câmara - Naso / Oro Faríngea									
MDCO		Naso / Orotracheal - Cego									
SANGUE		Sed - Temp - Collet do Tórax									
		Sub Músculo									
		Dificuldade Técnica									
		mao									
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA									
OPERACAO											
ANESTESIA		CÓDIGO		CIRURGIAO		PERDA SANGÜÍNEA					
Dr. Marcelo / Dr. Fabian / Dr. Danielli		Dr. Vitor M. / Dr. Marcelo		Anestésico e motor rotativo							

Dr. Emanuel

Dra. Marisa Pinto
Anestesiologista
CRM/RN - 300

Anestésico

Dr. Emanuel à SRPA

→ Após análise com ultrassomador de imagem verificou-se presença do Tálus sem
danos, optando a equipe cirúrgica pelo tratamento conservador.

15 MAR. 2019

109-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
		29/03/18		16/11/92	
PACIENTE	Thiago Santana da Silva				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE					
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				live
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18-24-26-12
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				verificação
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				Realizar
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI; 351-400: 5UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Tc de pé e tornozelo E (03/03/18 - Solicitado)
Em tempo: Paciente em programa
cirúrgico no dx de pé que faz presença
para melhor avaliação de possível fratura
em M.I.E. do Glco com pedale de tornozelo.

SINAIS VITAIS	de	de	tornozelo
6 H	150/70	98	36,5°C
12 H	camandua		
18 H	90x60 707		
24 H	150/80	98	36,5°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

109.

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Thiago Santino				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA 03/
IDADE	LEITO		40	DATA	02/03/2018
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 20gis 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 DIÁRIO				
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-				
20	400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML				
	EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

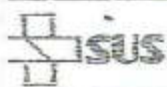
EVOLUÇÃO MÉDICA:

Te de p^o e temozelo E (03103118 - Solentudi)
 Con tempo. Tanta...
 Vinga no de de p^o e temozelo E
 Para melhor...
 no p^o e temozelo E.

SINAIS VITAIS	De	De	De	De
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

15 MAR. 2019



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

5 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXERCIANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

14 - COD. EGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - TELEFONE DE CONTATO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - ESPECIALIDADE

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - ASSINATURA E CRESSO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CASOS EXTERNOS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRABALHO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - SÉRIE

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - CBO

40 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAVESSIA

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() PREVIDENCIADO

() AUTÔNOMO

() JORNALISTA

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

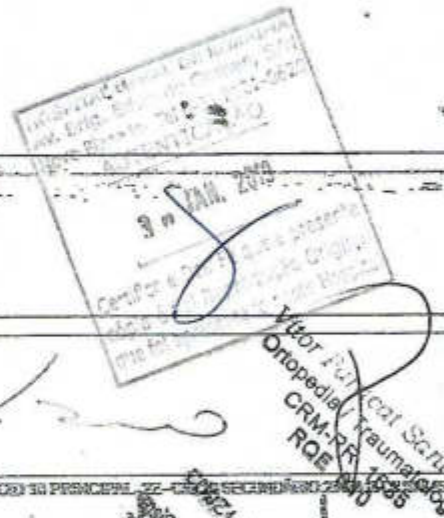
AUTORIZAÇÃO

42 - Nº DO DOCUMENTO AUTORIZADOR

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - ASSINATURA E CRESSO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

45 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



0408050560
1024



15 MAR. 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Tiago Santana da Silva

Data: 06, 03, 18.

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de TARSUS ESQUERDO.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Osteossíntese de fratura de TARSUS

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: a mesma.

CIRURGIÃO: Dr. Augusto Ferreira 1º AUXILIAR: Dr. Vitor Pinheiro

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

- 1) Avaliação em DRA sob aspecto radiográfico
- 2) Anestesia, antisepsia e colocação de campos estéreis
- 3) Redução manobra de fratura de TARSUS + fixação com fixador (300) bilateral/bicortical + fio de Kirschner 2.0/2.5mm com auxílio de intensificador de imagens
- 4) Curativo

Vitor Pinheiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE 610

Dr. Augusto Ferreira de Souza
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1617
Especialista 128



FICHA DE ANESTESIA

Port List - RR

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - FEITO

- miltolozolom 5mg
- Rantamil 100 mcg

N¹

06-03-18

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	NOTAÇÕES
A Bupivacaína 12,5 mg		ANESTESIA ESPINAL Hipertensão	check list
B		simples lombor Sub	cateterismo: monitorização, pulsão,
C		ventilador & spontaneously	gross, componentes, (gross), anóxia,
D			usado.
E			1 - Assépsia & Antissepsia de
F			Retiro torção-lombar com
G			Alcool 70%
EUROSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	2 - punção com AG 26G em
TECE	SE 0,5% 2000ml	Naso / Orofaringeal - Cego	espaço L3-L4, LLA claro; MEDIAN.
INJULIE		Bal - Temp - Calor do Tubo	3 - Injeção de Bupivacaína 12,5mg
		Sob Mênsc.	em 15seg. SUBALONADO
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	2000 ml	8:35 às 9:50	

operação: oscosintese de proteínas de defesa (5)

AGENTE	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
DR. Robson		DR. ALBERTO

John Moore RA

DA victor p.

NA 3086 A2

Dr. Allen E. M. Hartem
Neurologist
CRN-RR 307

4 - usfale him 1g (1/2) .
5. Terebintol 40mg EV

5. Penicillin 40mg CV

Av. Brig. 1000

10/10/10

9. 10. 2015

1

Certified to be a true and correct copy of the original as shown to the undersigned on this day of May 1957.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
TIAGO SANTANA DA SILVA		309-1		06 / 03 / 19
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Vagossintose de torçozero (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		08:50	9:50	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		J. FABIAN	
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
Vitor PARACAI		CIRCULANTE		
Elber / 1231		JERNO ANGELIS		
TIPO DE ANESTESIA: TÓRAXE		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
11	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		11	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO total
11	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
12	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYL N°
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
	LAMINA BISTURIN°			FIO ALGODÃO com agulha N°
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT SIMPLES N°
	DRENO DE TORAX N°			FIO CATGUT CROMADO N°
	DRENO DE PENROSE N°			FIO PROLENE N°
1	SERINGA 01ML			FIO SEDA N°
1	SERINGA 03ML			SURGICEL
1	SERINGA 05 ML			CERA P/ OSO
1	SERINGA 10ML		60ml	KIT CATARATAN°
1	SERINGA 20ML		60ml	GEOFOAM cortável Dep.
1	Guaxos de 300		60ml	FFA CARDIACA Gortanid Alcan
				OUTROS: Alcool 70%
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	- Bruna	SUB- TOTAL		
	- Dilene	TAXA DE SALA		
	- Suelen	TAXA DE ANESTESIA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

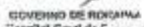
Angella P. L. Farias
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 903.917

15 MAR. 2019

15 MAR. 2019



SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



ANTROPIC 2 MÉNICA

DATE OF ADMISSION

DI-

228

16/11/92

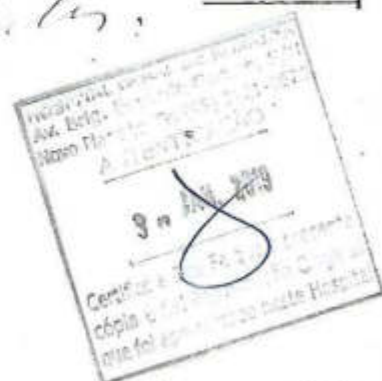
PACIENTE	Fátima de Siqueira				
DIAGNÓSTICO	DM2				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	25	LEITO	1091	DATA	6/03/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				10/16/22
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				10/16/22
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				10/16/22
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS-SN				10/16/22
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts 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 DIÁRIO				
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORPEÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML				
20	EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECETTA MEDICA:

Per esp. de f. de tubos.

Recet. Med. e
Aut. Leg. N.
e Thes.



SINAI'S VITAE	P.A	FC	TA	TA
6 H	150x90	78		36.0
12 H	150x90	90	20	36.5
18 H	146x82	82	20	36.1
24 H	142x77	75		35.5

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.




Isaquieli Lima Silva
Técnico de Enfermagem
- COREN-RR 876.694-11

10240 . PCT Retor ~ 7 DO C.C

12h PET ORIENTED, 90 GUT 56m

Isaquiél Lima Si

509-i

		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							
AGNÓSTI FX TNZ E							
ALERGIAS		HAS		SIM		DM2	
IDADE		25		LEITO		109-2	
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE - ZERO APÓS AS 22H					5h
2		SF0,9% 500ML EV 12/12h					18h
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA					16h
5		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					3h
7		OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA					6h
8		DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H					12 18 24 06
9		TRANAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H					14 22 06
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					1h
11		SSVV + CCGG 6/6 H					12 18 24 06
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	Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia			
12 H							
18 H							
24 H							

PCT P/ C.C.

15 MAR. 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 T. J. da Silva da Silva ANOS

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 24 / 02 / 12, COM

DIAGNÓSTICO DE Síndrome do Torsão (ST)

NO DIA 06 / 03 / 12, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

Osteotomia de Juncos de Torsão (ST) SENDO

OPERADO PELO DR. Adriano Silva E DR. Victor Pinheiro

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07 / 03 / 12, AS 11:40, EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 15 / 03 / 12, AS 13:00, COM

DR. Victor Pinheiro

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 RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA, 07 / 03 / 12

Dr. João Rezende
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007

MÉDICO

15 MAR 2012



55,4 %

, THIAGO SANTANA DA SILVA

24/2/2018 20:02:53

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC ELOIZA



55,5 %

24/2/2018 20:02:53



72,2 %

24/2/2018 20:02:53

, THIAGO SANTANA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC ELOIZA



53,2 %

24/2/2018 20:02:53

Ano 2

UAE

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

MF Eridin M. Belmonte
Téc em Enfermagem
COREN-RR 084.194/TE

160034722	11/04/2013 13:50:21	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	DIURNO 07-19	140
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
THIACO SANTANA DA SILVA		16/11/1992	25 A 4 M 25 D	898005845558354		00092097
tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	XXXXXXX			M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mão				Pai		
CLAUDIA KRISTINA SANTANA MACIEL				NI		
Endereço						Contato
AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR						(95) 21105-89
					Ocupação	

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
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
Sóler	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA		ALESSANDRA CRISTINA		

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

ENCAMINHADO AO PAAR COM HD CELULITE EM PÉ E

Antecedentes de Enfermagem

NEGA HAS, DM e ALERGIA A MEDICAMENTOS

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Paciente cl. com edema em pé e. História febre

Exame Físico

B66; membros a.a.a; hidratado, normocor

Pé edematoso e adoma; flogor; cl. noído (sem ruído)

Hipótese Diagnóstica

Infeção

SADI - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: *Ortopedia*

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Bríg. Eduardo Gomes, 3308
NOVO PLANALTO - Tel: (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

30 JAN 2019

Cópia e reprodução Original
que foi apresentada ao Hospital

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ronilson
Data Hora: 11/04/2013 13:56:20



160034722

22 FEV. 2019



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Operado há 7 meses
pelo Dr Alberto Azeiteiro
7 Volum, Flgose Pe @

18 - CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO

CIRURGIA

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

Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Osteomielite Pe @

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº 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)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESAS

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBOR

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - EMPREGADO

42 - EMPREGADOR

43 - ONOMIA

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. CIRCÇÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0303090366

M861

22 FEB 2010



6. Av. do Estado, 1.032, Jd. São Paulo, São Paulo, SP

UNIDADE / SETOR

QUARTO

LEITO

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

PRIMEIRO NOME SOBRENOME

Alvaro Pereira

Alvaro

401.5

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

11/04/18

1) D. Fev

Sun

2) AVP

3) Ostronax

4) Ostronax

5) Ostronax

6) Ostronax

7) Ostronax

8) Ostronax

9) Ostronax

10) Ostronax

11) Ostronax

12) Ostronax

13) Ostronax

14) Ostronax

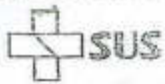
15) Ostronax

16) Ostronax

17) Ostronax

22FEV. 2019

22 FEV. 2019



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO 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 (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAMETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

0408050560
5921
W499



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

22 FEV. 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17.04.18 O.S. 02

TH1860
SANTANA DR
87665

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

FNAT DE TUBUS

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

MALZONDO

1º AUXILIAR:

MILTON PINACAT

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:



RELATÓRIO CIRURGICO

Retorno do material do
sistema de tubus @

@ Priorize em relação aos
materiais.

@ Resposta satisfatória

@ Retorno do material do
sistema de tubus @





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Petróleo dos Brasileiros"

Ortopedia / Membro 22 FEV. 2019
17/04/18

FICHA DE ANESTESIA

Thiago Santana da Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº	
20h 21h			
AGENTES	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45		
LIQUIDOS VENOSOS	A 14 S.F. 50 V 3 P 20		
DA	°C	240	
X	38	220	
ULSO	36	200	
S	34	180	
ANES	32	160	
X	30	140	
OP		120	
O		100	
ASPIR.		80	
A		60	
RESP		40	
O		20	
Exponi			
Assist			
Contro			
SIMBOLOS			
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Pentamyl 100 mg		Anestesia Geral Venosa	X - Check list de Anestesia, materiais e ppgs Venoclave de ECG, EC, PAM e SPOC
B midazolam 5 mg		Ventilação Espontânea	
C			
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NOCC		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tímpano - Calibre do Tubo	
		Sob Mieram	
		Dificuldade Técnica NÃO	
TOTAL 300 ml		TEMPO DE ANESTESIA 25 min	
OPERAÇÃO Retirada material sintese R (E)			Laringe - Espasmo - Excesso Secre Colapso Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA Dr. Bruno			PERDA SANGÜÍNEA Competição
CIRURGIÃO Dr. Alberto / Vitor			Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque

Bruno Thiago de Pinho
MÉDICO
CRM-RR 1025



22 FEV. 2019

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

2500

NOME DO PACIENTE		APT. DO LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Tiago Santana da Silva				17 10/4/18	
TIPO		CIRURGIA			
Refinada de Material M. T. Espinal 20, 20		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO	
		20-20	20-30	TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
D. Alberto		ANESTESISTA:		Dr. Bruno	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE		Helma + Elizalva	
TIPO DE ANESTESIA: Sedação		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURIN°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAY N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN°	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
		Emilia + Simone			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB-TOTAL		
		Helma + Elizalva			
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

2020

5

11

5

1

estímulo: ☒ SRPA ☐ UTI ☐ Outros: _____

AS211

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 395–402

1999

401.5

UNIDADE/SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

7771060 SANTANA DO SILVA

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA/HORA:

17/04/18

PRESCRIÇÃO:

4) DISSOLVINE

10) CORTINAS 2g (50) 818h

3) GASTRIMED 240g (50) 17.014

9) DIFENO 2g (50) 6161 (50)

5) PALL 100g (50) 1181 (50)

2) DISSOLVINE 2g (50) 818h

HORÁRIO:

SND

22.06.14

16

SIN

SIN

ROUMA

17/04/18

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSERVAÇÕES:

21.000 PA 190131 + 70

66.000 PA 130149 PG 1 T

afecção 55.00 e delirio com

icterio epr. segue sem que

com o momento. clareza

14.00 03:50 14:30

Pronto Alca Hospital

San Bravio Alca

San Bravio Alca

San Bravio Alca

San Bravio Alca

San Bravio Alca



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Tassio da Silva ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 24 / 02 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Tala (T)

NO DIA 06 / 03 / 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de Fratura de Tala (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Ademir Fumero 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 RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DE

Fernando Rezende
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1017

BOA VISTA, 07 / 03 / 18

22 FEV 2018

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 Fontana Da Silva, 25 ANOS,
U ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 11 / 04 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE Ortossintese de m. (E)

NO DIA 1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
RMS de flex. K + Tto. ligam. de ortossintese de (E) SENDO
OPERADO PELO DR. Dr. Alberto F. E DR. Patrick Roberto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18 / 04 / 18 ÀS 10:00h EM
MESTRE GERAL SEM QUEIXAS ALGICAS.

EM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
GONCALVES MOTA NO DIA 08 / 05 / 18 ÀS 14:00h COM O
Dr. Alberto F.

Segun 60 dias de afastamento do trabalho, a critério
do médico assistente.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM 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

DA VISTA, 18 / 04 / 18



E



57,0 %

, THIAGO SANTANA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

5/3/2018 08:47:46

BLOCO - A / 109-2

TEC. JACKSON

61,6 %

5/3/2018 08:47:46



E



61.9 %

, THIAGO SANTANA

5/3/2018 08:47:46

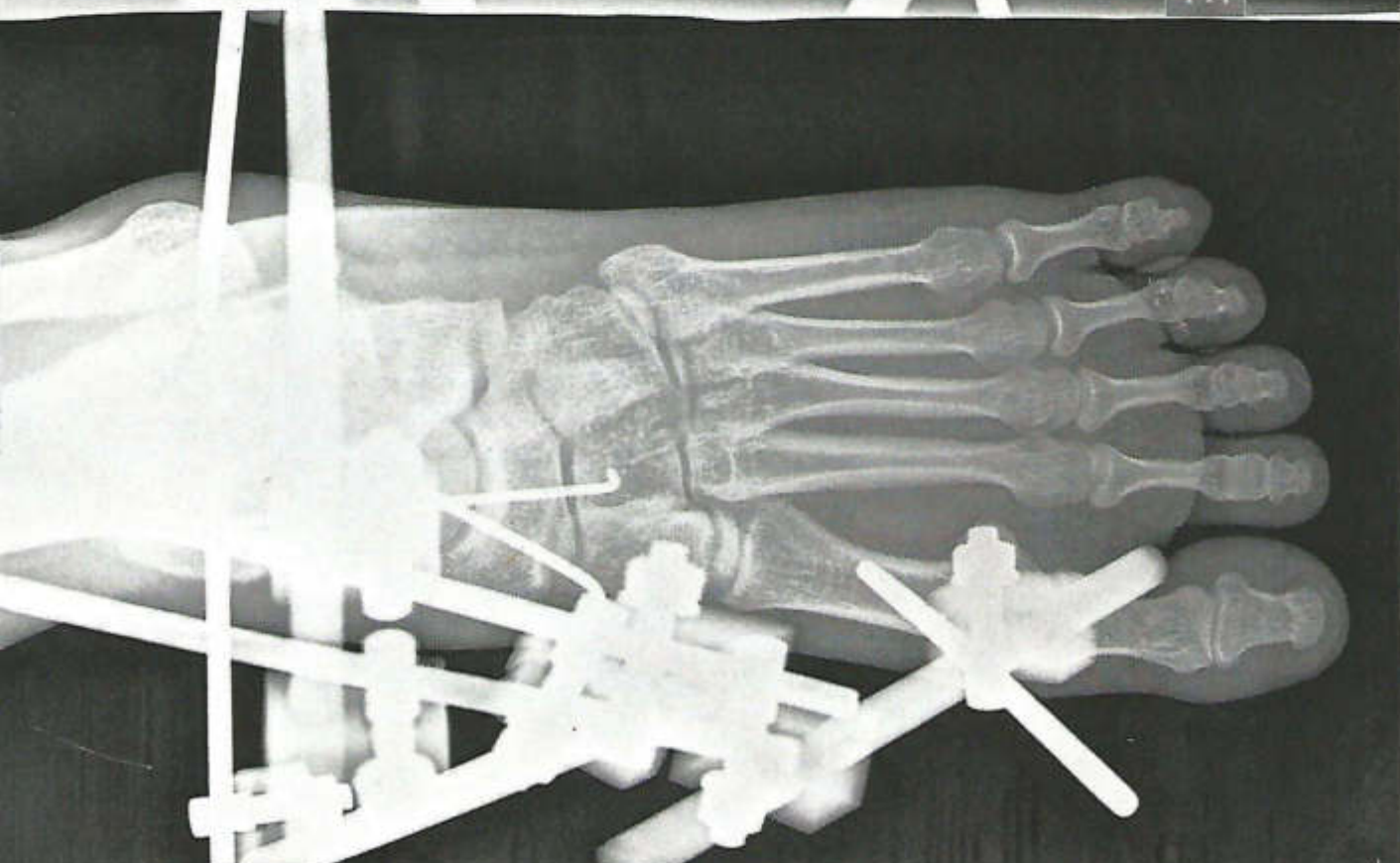
69.5 %

BLOCO - A / 109-2

5/3/2018 08:47:46

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC. JACKSON



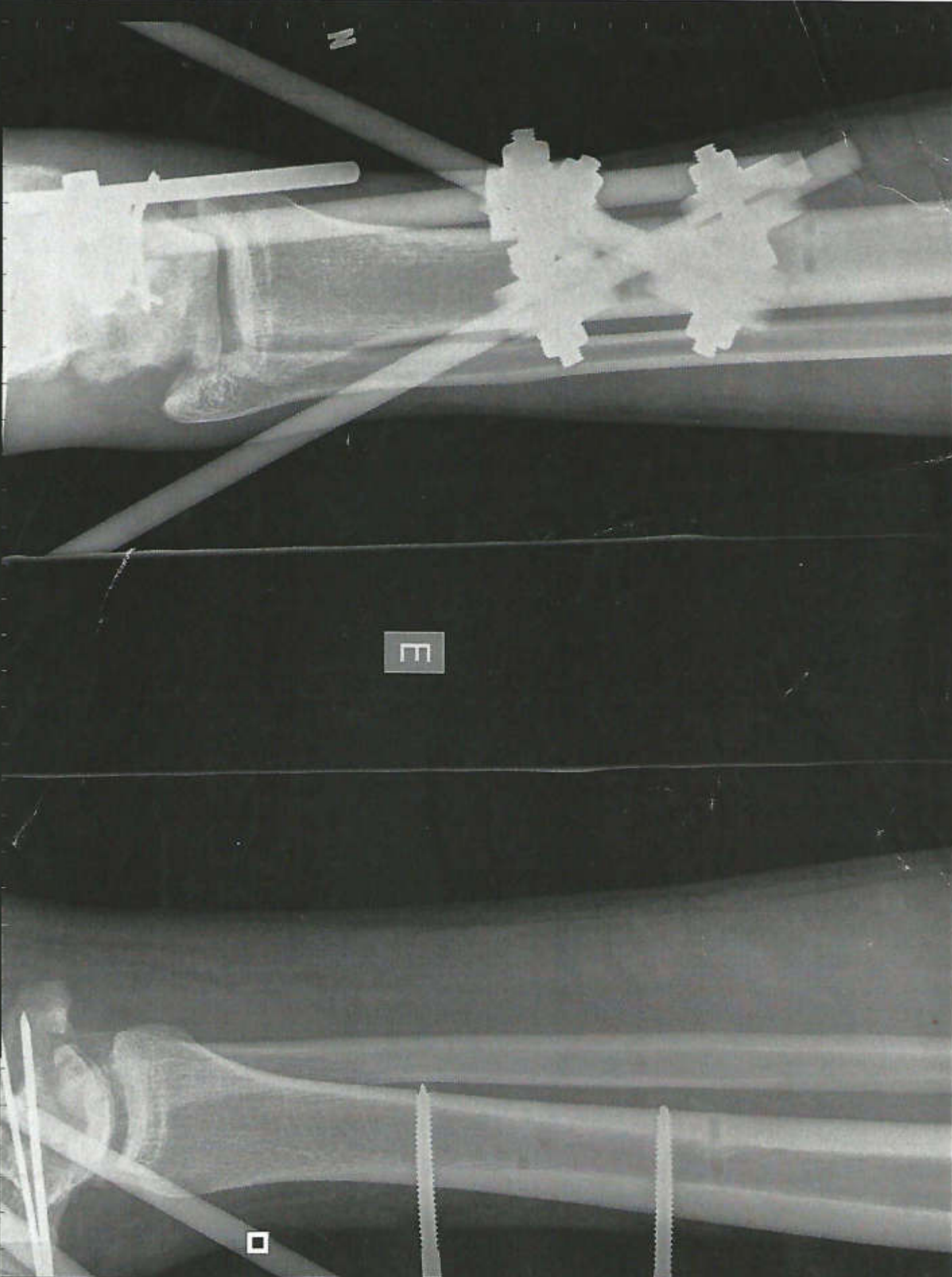
PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 4097/25ANOS

TIAGO SANTANA DA SILVA 21/03/2018

D/N 16/11/1993

63,0 %

MEMBROS INFE



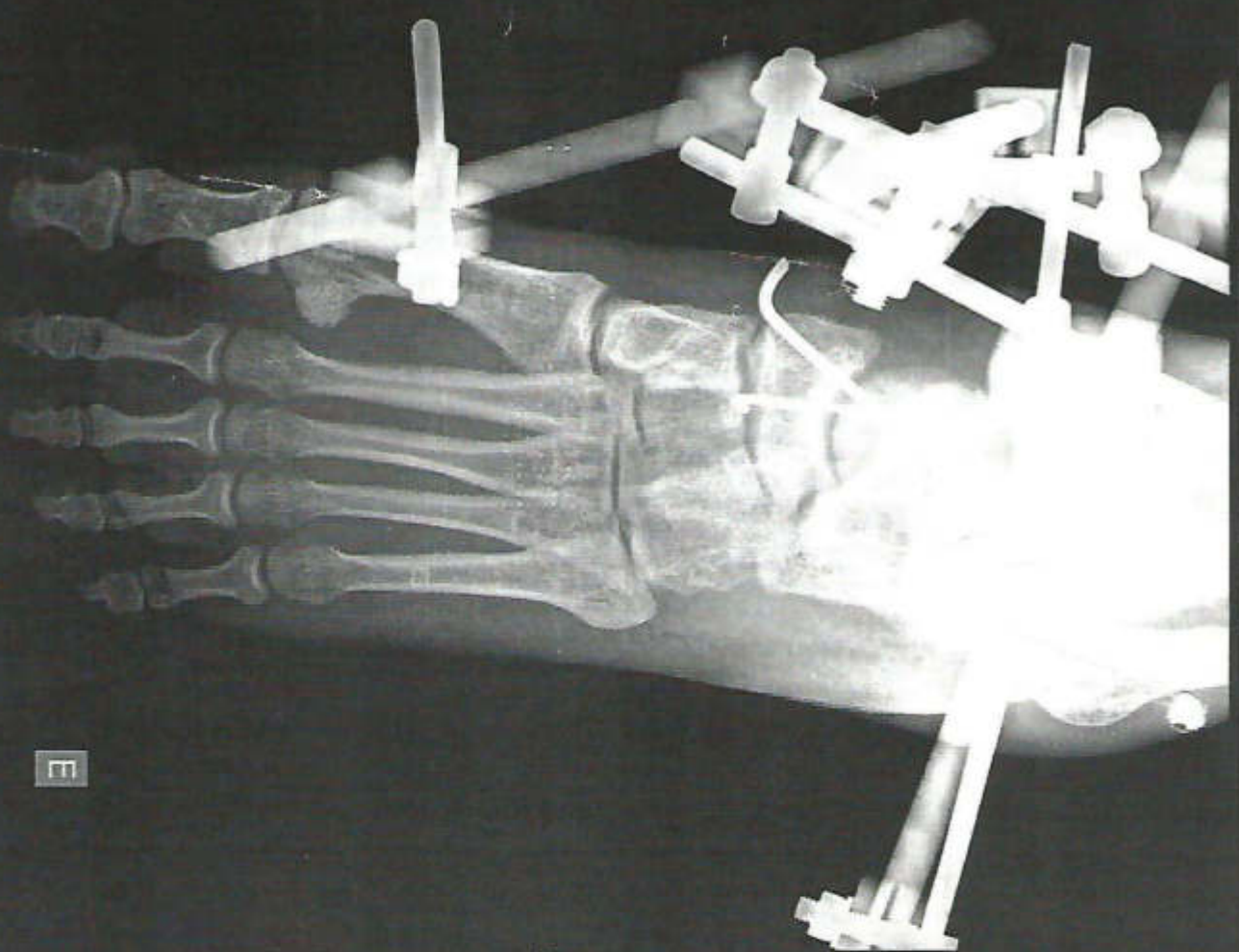
PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 4097/25ANOS

TIAGO SANTANA DA SILVA 21/03/2018

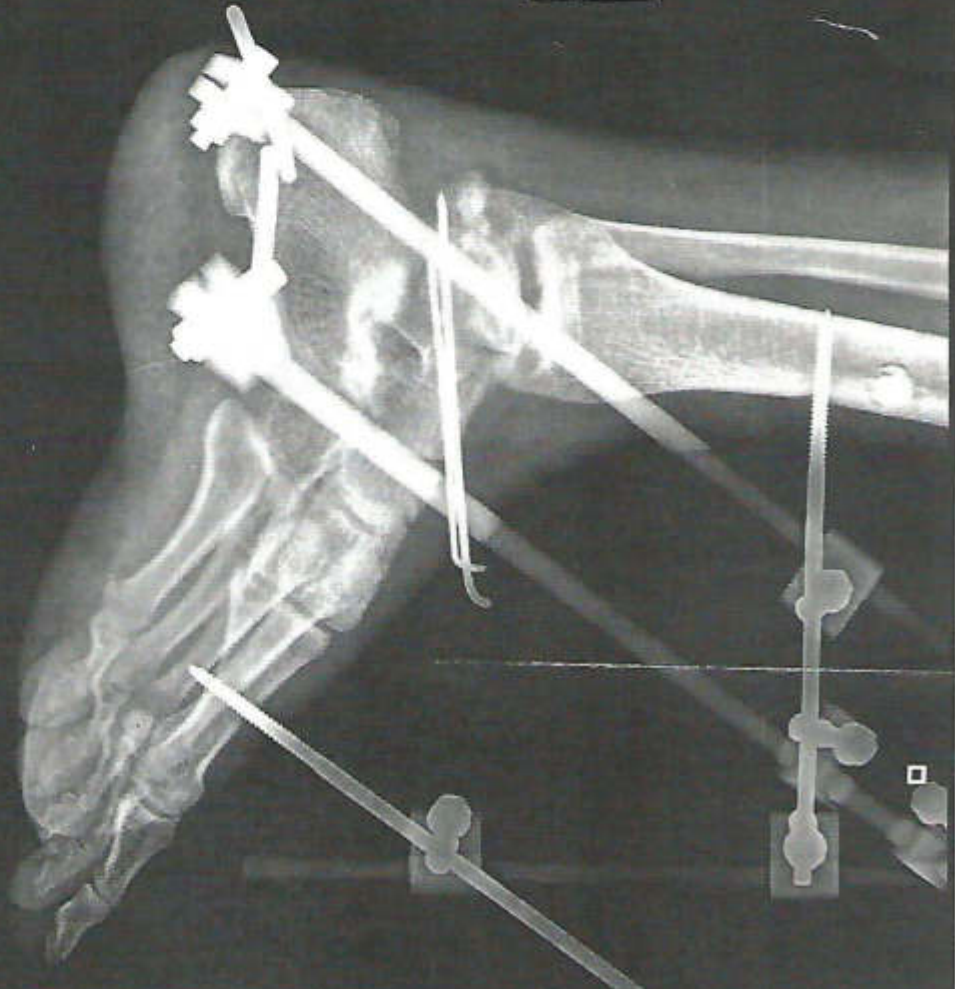
D/N 16/11/1993

68,1 %

MEMBROS INFE



E



E

57,3 %

, THIAGO SANTANA DA SILVA

11/4/2018 17:12:40

36,2 %

11/4/2018 17:12:40

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

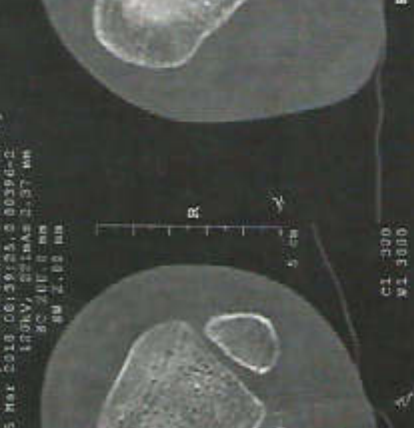
PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA



PHOTOGRAPHY DA SILVA

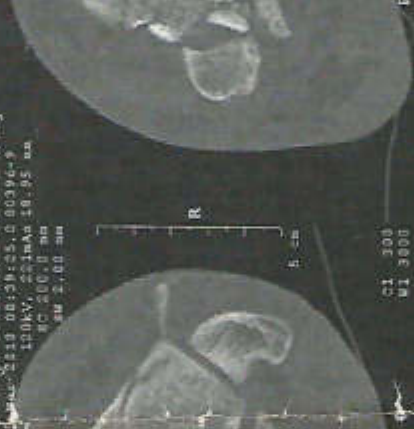
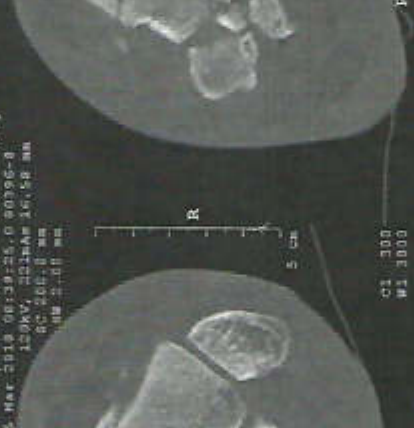
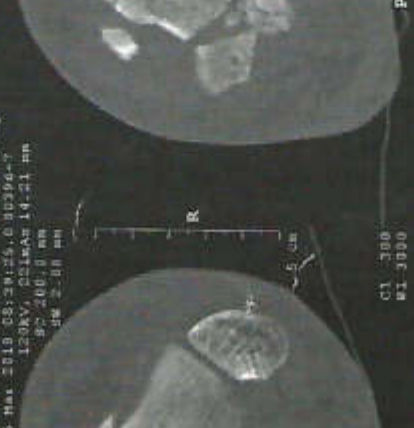
PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA



PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

PHOTOGRAPHY DA SILVA

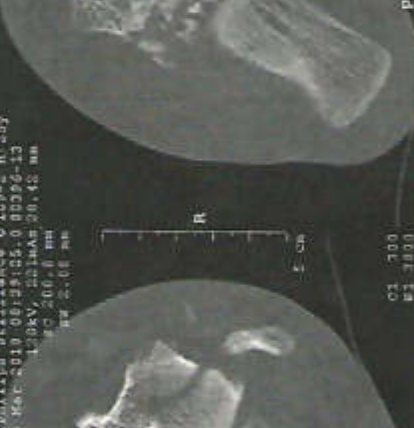
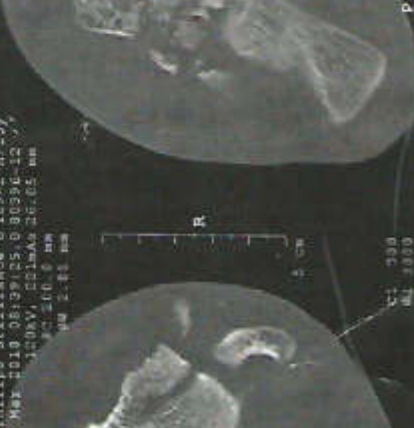


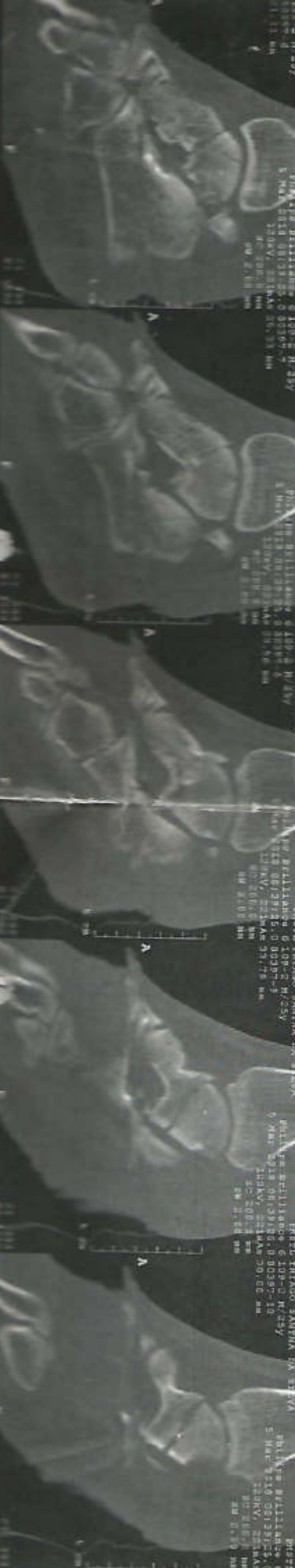
PHOTO: TIRIAGO SANTANA DA SILVA
100-2 N/25Y
PHILIP: BELLINHO 6 100-2 N/25Y
S: MAR 2018 08:13:25.0 80396-17
120KV, 221MA 27.89 mA
SC 200.0 mm
SW 2.00 mm



PHOTO: TIRIAGO SANTANA DA SILVA
100-2 N/25Y
PHILIP: BELLINHO 6 100-2 N/25Y
S: MAR 2018 08:13:25.0 80396-17
120KV, 221MA 27.89 mA
SC 200.0 mm
SW 2.00 mm



PHOTO: TIRIAGO SANTANA DA SILVA
100-2 N/25Y
PHILIP: BELLINHO 6 100-2 N/25Y
S: MAR 2018 08:13:25.0 80396-17
120KV, 221MA 27.89 mA
SC 200.0 mm
SW 2.00 mm





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	Município 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	Depositário

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.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010297/2018-A03

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 04200000

Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

14 MAR 2019

AGENTE DE
COMUNICAÇÃO

tiago santana da silva

Tiago Santana da Silva
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente 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 ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

15 MAR. 2019

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

BLOCO A



Alta 07/03/18

EU0912881 24/02/2018 19:57:12 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 10

Paciente: THIAGO SANTANA DA SILVA Data Nascimento: 16/11/1992 Idade: 25 A 3 M 8 D CNS: CPF: 07 Prontuário: 00092097

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Ração/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: CLAUDIACRISTINA SANTANA MACIEL Pai: NI Contato: Ocupação:

Endereço: RUA - VICINAL 10 / CAMPOS NOVOS - SN - - IRACEMA - RR

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU REGIONAL Procedimento Sol.: Registrado por: SOUSA

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Acidente de moto

Anamnese da Enfermagem: GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL:

queixa - (HORA DA CONSULTA - : h) Paciente encaminhado por apresentar fratura exposta em pé

Exame Físico: SBC, LTO, VAP, TUB

Hipótese Diagnóstica: Fratura exposta do osso (E) / PE (E)




SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Medicamento de controle do pé + 2 de 20015 54		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Psiquiatria ☐ Alta a Revelar ☐ Transferência para:

Sítio: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: Data e Hora da Saída/Alta: 11/03/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME ILOIR INACIO DE SOUZA		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 114807 SSP RR	
	CPF 383.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
	FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
	ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO B	ACC B	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020	PHABILITAÇÃO 15/12/1999
OBSERVAÇÕES		
 ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	
 ASSUNÇÃO KENISLON PEREIRA DIRETOR-GERENTE ASSINATURA DO EMISSOR		92485240616 RR207968020
DETRAN - RR - RORAIMA		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

14 MAR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013746435578
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM EXERCÍCIO
01 00897008855 2017

JOSE HELIO SILVA BATISTA

NOME

590.948.002-25 PLACA
NAR8860

PLACA ANT/UF CHASSI
PC2JC30706R956771

PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTIVEL
GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN ANO FAB 2006 ANO MOD 2006

2P/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

1º ISENTOX COTA ÚNICA VENC/COTAS
2º ISENTOX PARCELAMENTO/COTAS
3º ISENTOX

PREMIO TARIFARIO (R\$) OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$0.7 R\$185.5

SEM RESERVA DE DOMINIO - PROIB SAIR DA A
MAZ/OUTUB/LEILAO DETRAN- RR 06/17 LOTE 29

BOA VISTA-RR

02/01/2018

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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 02/01/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 590.948.002-25 NAR8860

RENAVAM MARCA / MODELO
00897008855 HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB CAT TARIF Nº CHASSI
2006 9 9C2JC30706R956771

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$81.29 R\$9.03 R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
R\$4.15 R\$0.7 R\$185.5

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.602/0001-04

013746435578

25060891138

22 FEV. 2019

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 24/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO SANTANA DA SILVA

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 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

TIAGO SANTANA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA

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

