



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

PROCURAÇÃO

Eu **KATIA GOMES DA SILVA**, portador (a) da Cedula de Identidade nº 210.468 SSP/RR, Brasileira, Casada, desempregada, inscrito no CPF: nº 663.676.112-15, residente na Rua: Hungria, nº 824, Bairro: Cauamé, Boa Vista- RR CEP 69.311-074 Tel.: (95) 99165-9902/ 99152-0817, email confiancacst@hotmail.com.

Outorgados: Bel. EDSON SILVA SANTIAGO, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “**ad judicium**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 13 de fevereiro de 2020.

Katia Gomes da Silva

KATIA GOMES DA SILVA



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZRU C5VNI KXFF7 9WHHK





EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

3

DECLARAÇÃO DE POBREZA

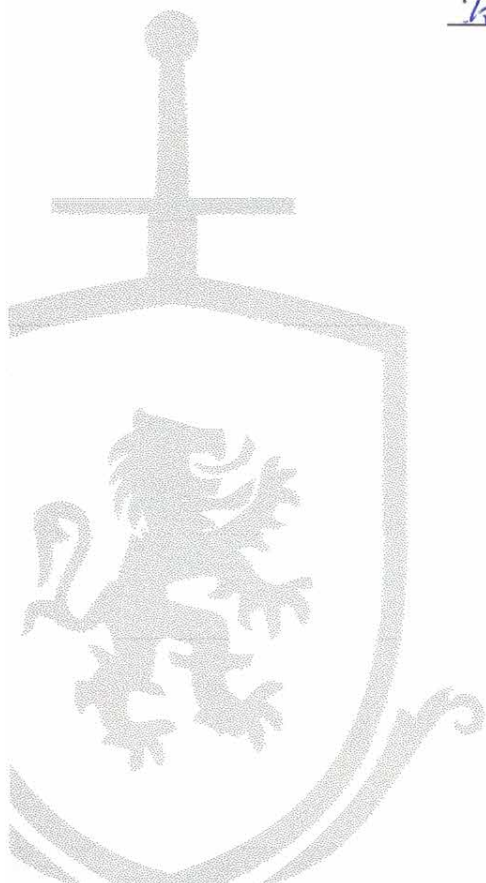
Eu **KATIA GOMES DA SILVA**, portador (a) da Cedula de Identidade nº 210.468 SSP/RR, Brasileira, Casada, desempregada, inscrito no CPF: nº 663.676.112-15, residente na Rua: Hungria, nº 824, Bairro: Cauamé, Boa Vista- RR CEP 69.311-074 Tel.: (95) 99165-9902/ 99152-0817, email confiancacst@hotmail.com.

. **DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 13 de fevereiro de 2020.

Katia Gomes da Silva
KATIA GOMES DA SILVA





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029715/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 22:01 Data/Hora Fim: 09/09/2019 23:04
Origem: Guarda Municipal Nº do Documento: ROD GCM Série H 002296 Data: 09/09/2019
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 09/09/2019 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Uraricoera

Bairro: São Vicente
Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KLEITON DA SILVA CASTRO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Amajari Sexo: Masculino Nasc: 22/12/1984
Profissão: Motorista
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria das Dores Henrique da Silva Nome do Pai: Fernando Castro Neto

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 763.007.222-87
RG - Carteira de Identidade: 228968 2ª via

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Uraricoera
Bairro: São Vicente

Nº: 878

Nome Civil: KATIA GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Bonfim Sexo: Feminino Nasc: 06/01/1969
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Gomes da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 210468

Endereço

Município: Bonfim - RR
Logradouro: Maloca do Moscou



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029715/2019

Razão Social: SUPERINTENDENCIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Mário, Inspetor de Área, Mat

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição Veículo	CPF/CNPJ do Proprietário 144.702.922-49
Placa NAN7224	Renavam 00321597974
Número do Motor 310A20110176798	Número do Chassi 9BD118181B1151287
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Número da Carroceria 71595946
Cor PRATA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo FIAT/PUNTO ATTRACTIVE
Modelo FIAT/PUNTO ATTRACTIVE	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 29/04/2011	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Kleiton da Silva Castro

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado, o ROD GCM informa QUE em fiscalização de rotina se depararam com um acidente de transito no endereço acima citado envolvendo KLEYTON DA SILVA CASTRO que dirigia um veículo FIAT/PUNTO placa NAN 7224 e KATIA GOMES DA SILVA que trafegava como pedestre, tentando atravessar a Rua Uraricuera, que fora atropelada por KLEYTON, que de imediato prestou socorro à KATIA. QUE foi chamado o SAMU para prestar os primeiros socorros. QUE depois KATIA foi conduzida até o Hospital Geral, para conclusão do atendimento. QUE segundo informação do medico KATIA irá passar por uma pequena cirurgia num dedo do pé, mais que a mesma não corre risco de morte. QUE o KLEYTON se comprometeu e prestar todo o apoio à KATIA e arcar com todos os prejuízos. É o relato.

ASSINATURAS

Marcos Wanderley da Silva
Agente Carcerário
Matrícula 42000721
Responsável pelo Atendimento

Superintendencia da Guarda Civil Municipal
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima prestadas à Polícia, que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que delibrei, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Vermelho		Vermelho		Vermelho	
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Laranja		Laranja		Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Amarelo		Amarelo		Amarelo	
		Verde		Verde		Verde	
		Azul		Azul		Azul	
1901159505	09/09/2019 11:01:32	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 09-19 14	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Frontal		
KATIA GOMES DA SILVA	06/01/1969	50 A 8 M 3 D		66367611215	00055630		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	
IDENTIDADE	210468	SSP/RR		F		INDÍGENA	
Mãe				Paí	Contato		
MARIA GOMES DA SILVA							
Endereço				Ocupação			
MALOCA DAMOSCOU ----				NÃO INFORMADA			
Class. do Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis. Prema		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE CARRO	URGÊNCIA						
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por				
GRANDE TRAUMA	VIATURA		EDVAN.NASCIMENTO				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
				AO 1234 RV 12345 MRV 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Paciente Relata que a Roda de um Camion Passou por cima do seu pé @							
Exame Físico							
Pé, Logo, Amarelo, Hinchado, MV+ SI PA, ABD FLACIDO: VD, SCL+ S BOMBA, DOR EM PÉ @							
Hipótese Diagnóstica							
TRAUMA							
SADT - Exames Complementares							
☒ RAIOS-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS							
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
Cirurgia 2ª (EU) apas			12:32				
Condução							
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório							
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)							
☐ Alta a Revelia ☐ Internação							
☐ Transferência para: ortoped - S Data e Hora da Saída/Alta: / /							
óbito							
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / /							
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico				
			Dr. Odilson				
Impresso por: edvan.nascimento							
Data Hora: 09/09/2019 11:08:19							
© 2019							
Ativado: Sistema de Segurança							
Ativado: Sistema de Segurança							
Ativado: Sistema de Segurança							



	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 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, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
<i>status Exposto a 5ª e 6ª</i> <i>a Esquerda.</i>	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
<i>1º Exame</i>	

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>Re 1º Exame físico</i>	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	21 - CID 10 PRINCIPAL
<i>status Exposto a 5ª e 6ª Esquerda.</i>	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<i>status Exposto a 5ª e 6ª Esquerda.</i>	
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	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

CONFERE COM ORIGINAL

Em _____

Ass.: _____



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 19/19 O.S. _____

Cabeça esquerda da placa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fractura da base da escápula de 1.º grau
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: fixação da escápula de 1.º grau
TIPO DE INTERVENÇÃO: fixação da escápula
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
C GNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIÃO: Net 1º AUXILIAR: Falco
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ret. ODH sob placa anterior,
2. limpeza + anti-séptico + colocação da escápula de 1.º grau
3. Incisão em forma de T na base da escápula
4. colocação de 2 fios de 1.º grau de sutura
5. limpeza, hemostasia
6. F. fix.

CONFERE COM ORIGINAL
Em _____
Ass: _____

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				(31)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
Hospital das Clínicas							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Hospital das Clínicas							
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRESTADOR			
5 - NOME DO PACIENTE				Kerlan Gomes da Silva			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
				06/01/69			
9 - SEXO				Masc 1 Fem 3			
10 - NOME DA MÃE				Maria Gomes da Silva			
11 - NOME DO RESPONSÁVEL							
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				Mestre Domosene			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				Barra Velha			
14 - COD. UGE MUNICIPAL				PR			
15 - COD. UGE				PR			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				Petr e/ Fr expõe de 5º MTT a E. + Ferimento. Após acidente de trânsito. Prescritos TC crânio a 9/9/19			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				Aguarda evolução da ferida			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				Ate p.e. E.			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL			
Fr exp. e MTT. E.							
25 - CID 10 SECUNDÁRIO				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				Internação			
29 - CLÍNICA				30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
31 - DOCUMENTO				32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
() CNS () CPF							
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
Victor M. Sanchez				10/01/19			
35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				36 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				38 - CNPJ DA SEGURADORA			
39 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				40 - Nº DO BILHETE			
41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				42 - CNPJ EMPRESA			
				43 - CNAE DA EMPRESA			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				45 - Nº DO BILHETE			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO							
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - COD. ORGÃO EMISSOR			
48 - DOCUMENTO				49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF							
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

CONFERE COM ORIGINAL
Em
Ass:

A Gerência do SAME/HC

Nesta,

Senhor Gerente,

10-09
16-09
Data da Entrega: 20/09/19

Eu Kátia Gomes da Silva

civil: portador do RG: 210.468

domiciliado

Rua: Município do Bonfim Mexau

telefone: 99133-2926

CPF: 663.646.112-15 (a), estado

residente e

de:

Estado:

Nº

na

bairro:

cidade

43 da lei 8.0638, artigos 69,70 do código de ética médica, anexo a Portaria MS/GM nº 675/2006 (4º princípio III), Resoluções 1.638 e 1.639 do CFM, vem REQUERER que sejam fornecidas cópias integrais dos seguintes documentos: PRONTUÁRIO ou GUIA DE ATENDIMENTO desse HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES.

PACIENTE: Kátia Gomes da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO: 2.116

Período de Atendimento: ENTRADA 10/09/19

() GUIA DE ATENDIMENTO
HOSPITALAR

() DECLARAÇÃO

X) PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO
DPVAT

Os documentos solicitados destinam-se a esclarecimento de situação de interesse particular do requerente. Nestes termos, pede deferimento.

REQUERENTE Ass.: Kátia Gomes da Silva

SERVIDOR Ass.: Jolanda

DATA: 13/09/19

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues
Av. Nazaré Figueiras, 2096, Pintolândia
CEP 69.316-715 - Boa Vista-Roraima-Brasil
E-mail: admhospitaldeclinicasrr@gmail.com



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

2. HISTÓRICO CLÍNICO

3. EXAME FÍSICO

4. EXAMES DE LABORATÓRIO

5. EXAMES DE IMAGEM

6. DIAGNÓSTICO

7. CONDUTA

8. EVOLUÇÃO

9. OBSERVAÇÕES

10. ASSINATURA DO MÉDICO

11. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

12. ASSINATURA DO ENFERMEIRO

13. ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

14. ASSINATURA DO NUTRICIONISTA

15. ASSINATURA DO PSICÓLOGO

16. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

17. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

18. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

19. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

20. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

21. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

22. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

23. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

24. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

25. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

26. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

27. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

28. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

29. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

30. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

31. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

32. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

33. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

34. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

35. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

36. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

37. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

38. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

39. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

40. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

41. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

42. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

43. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

44. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

45. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

46. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

47. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

48. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

49. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

50. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

51. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

52. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

53. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

54. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

55. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

56. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

57. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

58. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

59. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

60. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

61. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

62. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

63. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

64. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

65. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

66. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

67. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

68. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

69. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

70. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

71. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

72. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

73. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

74. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

75. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

76. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

77. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

78. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

79. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

80. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

81. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

82. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

83. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

84. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

85. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

86. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

87. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

88. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

89. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

90. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

91. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

92. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

93. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

94. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

95. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

96. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

97. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

98. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

99. ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

100. ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA

BOLEIM OPERATORIO

1. MOTIVO OPERATORIO

2. INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

3. TIPO DE INTERVENÇÃO

4. INDICAÇÃO TERAPEUTICA

5. DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO

6. HISTÓRICO CIRÚRGICO

7. ANESTESIA

8. DURAÇÃO

9. ANESTESIA

10. ANESTESIA

11. ANESTESIA

12. ANESTESIA

13. ANESTESIA

14. ANESTESIA

15. ANESTESIA

16. ANESTESIA

17. ANESTESIA

18. ANESTESIA

19. ANESTESIA

20. ANESTESIA

21. ANESTESIA

22. ANESTESIA

23. ANESTESIA

24. ANESTESIA

25. ANESTESIA

26. ANESTESIA

27. ANESTESIA

28. ANESTESIA

29. ANESTESIA

30. ANESTESIA

31. ANESTESIA

32. ANESTESIA

33. ANESTESIA

34. ANESTESIA

35. ANESTESIA

36. ANESTESIA

37. ANESTESIA

38. ANESTESIA

39. ANESTESIA

40. ANESTESIA

41. ANESTESIA

42. ANESTESIA

43. ANESTESIA

44. ANESTESIA

45. ANESTESIA

46. ANESTESIA

47. ANESTESIA

48. ANESTESIA

49. ANESTESIA

50. ANESTESIA

51. ANESTESIA

52. ANESTESIA

53. ANESTESIA

54. ANESTESIA

55. ANESTESIA

56. ANESTESIA

57. ANESTESIA

58. ANESTESIA

59. ANESTESIA

60. ANESTESIA

61. ANESTESIA

62. ANESTESIA

63. ANESTESIA

64. ANESTESIA

65. ANESTESIA

66. ANESTESIA

67. ANESTESIA

68. ANESTESIA

69. ANESTESIA

70. ANESTESIA

71. ANESTESIA

72. ANESTESIA

73. ANESTESIA

74. ANESTESIA

75. ANESTESIA

76. ANESTESIA

77. ANESTESIA

78. ANESTESIA

79. ANESTESIA

80. ANESTESIA

81. ANESTESIA

82. ANESTESIA

83. ANESTESIA

84. ANESTESIA

85. ANESTESIA

86. ANESTESIA

87. ANESTESIA

88. ANESTESIA

89. ANESTESIA

90. ANESTESIA

91. ANESTESIA

92. ANESTESIA

93. ANESTESIA

94. ANESTESIA

95. ANESTESIA

96. ANESTESIA

97. ANESTESIA

98. ANESTESIA

99. ANESTESIA

100. ANESTESIA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LESTE RORAIMA
DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
CASA DE SAÚDE INDÍGENA

RESUMO DE ALTA

NOME: KATIA GOMES DA SILVA

DN: 06.01.69

POLO BASE: MALACACHETA

COMUNIDADE: MOSCOU

DATA DE INTERNAÇÃO: 17.09.19

DATA DE ALTA: 19.09.19

DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE INTERNAÇÃO: CONSULTA (ORTOPEDISTA)

EVOLUÇÃO DE ALTA

PACIENTE DEU ENTRADA NA CASAI NO DIA: 17.09.19 ÀS 10:00HRS ACOMPANHADA DE SEU FILHO, VINDO DA COMUNIDADE PARA CONSULTA AGENDADA NO DIA: 18.09.19 ÀS 14:00HRS EM HCM, COM ESPECIALISTA (ORTOPEDISTA) MÁX. PORÉM NO DIA DA CONSULTA A MESMA NÃO FOI ATENDIDA NA UNIDADE, SENDO REMARCADA A CONSULTA PARA O DIA: 26.09.19. A MESMA NEGA DOR ATÉ O PRESENTE MOMENTO.

AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOTENSA, NORMOCÁRDIA, ORIENTADA, CONSCIENTE, DEFICIT MOTOR APARENTE (AUXÍLIO DE MULETA), NEGA DM/HAS, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E USO DE MEDICAÇÃO QUALQUER DIÁRIA, DIURESE(+), EVACUAÇÃO(+), ACOMPANHADA DE SEU FILHO, LOTE. SEGUE ALTA DO SETOR DE AGENDAMENTO CASAI + EMSI. FOI SOLICITADA SAÍDA DA CASAI-LESTE POR CONTA (EM ANEXO DECLARAÇÃO NO PRONTUÁRIO), PARA RETORNO DE CONSULTA AGENDADA PELA CASAI DIA: 26.09.19. ORIENTADA QUANTO AO ACOMPANHAMENTO COM A COMUNIDADE E QUAISQUER QUEIXAS, RECEBE ORIENTAÇÕES E SEGUE ORIENTADA PELA EMSI CASAI NO ATO DE ALTA.

Alta do serviço em 19/09/2019 às 10h50min, estável e sem queixas.

PA: 120X80 mmHg

FC: 80 bpm

FR: 20 rpm

T(ax): 37.2° C

Peso: 51.200Kg

Altura: 1.50 cm

Monica Cristina Alves
COREN/RR 223.194

MONICA CRISTINA ALVES

COREN-RR 223.194

DADOS DE SAÍDA DA CASAI

DATA: 19/09/19; HORÁRIO: 10:51 ENFERMEIRO:

PA: 120/80; FC: 80; FR: 20; T(AX) 37.2; PESO: 51.200

RECEBIDO (RESUMO DE ALTA): *Katia Gomes da Silva*

Marcelo Cláudio da Silva
RT DE EMS/DSEI/MS
SESA/MS



h31

GOVERNO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Katia Gomes da Silva

DATA DA INTERNAÇÃO: 09, 09, 19 DATA DA ALTA: 12, 09, 19

IMPRESSÃO CLÍNICA:

Paciente nos operatório de
SMITT (E).

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE A
INTERNAÇÃO:

As Aci na.

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE A INTERNAÇÃO:

Proz

TRATAMENTOS REALIZADOS:

Tro cirurgia de exp. 50 mlt.

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

Boa.

DIAGNÓSTICO (S) NA ALTA:

de exp. 50 mlt

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR:

Cefazolina + Sulfametoxazol

12/09/19

Dr. Márcio Bruner
Médico
CRM-RR 1077



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190694910

Vítima: KATIA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KATIA GOMES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **KATIA GOMES DA SILVA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **237**

Agência: **000000522-3**

Conta: **000000552432-6**

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

Pag. 00753/00754 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8R5 C98XW BWSK2 SG4LY