



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Tiago Santana da Silva PROFISSÃO: Procurador
ESTADO CIVIL: solteiro, FONE: 99154-4282,
E-MAIL: Tiago.santana@gmail.com RG: 364353-7
SSP- RR e CPF: 553.591.252-49, RESIDENTE Á
RUA: J.T N° 137,
BAIRRO: Olimpico, pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicium*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 31 de Maio de 2019.

* Tiago Santana da Silva

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: adv.abhner@hotmail.com **Website:** <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Tiago Santana da Silva
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Pedreiro
RG N° 364353-7 SSP/ RR CPF: 553.591.752-49
ENDEREÇO: Rua: JT, n° 137 Bairro: Olímpico

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 31 de Maio de 2019.

* Tiago Santana da Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 367353-7

DATA DE EXPEDIÇÃO 16/03/2018

NOME TIAGO SANTANA DA SILVA

FILIAÇÃO MARCOS RONE MACIEL SILVA
CLAUDIA CRISTINA SANTANA MACIEL

NAT. UNIDADE RUIROPOLIS - PA

DOC. ORIGEM CERTD NASC 5570 FLS 84 LIV A-10
2º OF BOA VISTA-RR

CPF 553.591.752-49

DATA DE NASCIMENTO 16/11/1993

ASSINATURA DO TITULAR AJAIDEU ROCHA TRIANI
Perito Patrocinador de Defesa Civil

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE FORAÍMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Polegar Direito

TIAGO SANTANA DA SILVA

15 MAR. 2019



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
553.591.752-49

Nome
TIAGO SANTANA DA SILVA

Nascimento
16/11/1993

CÓDIGO DE CONTROLE
99DB.4BBF.DF8F.CA41



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:22:36 do dia 12/03/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Triago Santana

Distribuição Roraima

Eletrobras, informe este NÚMERO

EU CÓDIGO
0126271-8

002336466

FEVEREIRO/2019 01/03/2019 30 49,76

NIRACIR DA SILVA LIMA
R. ANGELITA NEIVA GOES 478 1 SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 00026324474291
CEP: 69.316-530 - BOA VISTA

RO1: 28.001.26.35.043602

5077 12/02/2019
5077 15/01/2019
1,000 12/03/2019
0 11/02/2019
30 12/02/2019

FCAM

MINIMO

RESIDENCIAL MONO E2732424 M 1425324 1.1.1.1 45

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA 30 A R\$ 0,782157 = 23,46
26,30

Mes/Ano	Valor R\$
01/2019	51,38

SEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELETRICA FOI EMITIDA PELO RORAIMA ENERGIA.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

4FUD:0274.1495 E112.5F20.BCFA.A8CD.0C39

Descrição	Valor R\$	Descrição	Valor R\$
Energia	5,91	Imposto ICMS	23,46
Transmissão	12,51	Imposto PIS/COFINS	17,00
Encargos	0,00	Imposto IPTU	3,98
Taxas	0,64	Imposto ITR	0,07
Totais	4,40	Imposto IPI	0,35

8,45 16,91 33,82 8,46 16,92 33,84 4,65
0,57 3,00 0,29



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)
Logradouro: Estrada Vicinal 10 - campos novos

Bairro: zona rural

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
Bairro: Olímpico

Nº: 137

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.



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 14/03/2019 10:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

15 MAR. 2019



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 04.000090

Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

14 MAR 2019

AGENTE DE
CONF

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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

15 MAR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VANTAGEM OU POR SOBRECARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
DETRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		RR Nº 013746435578 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA COD. RENAVAM EXERCICIO 01 00897008855 2017		ESTÉ 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	
NOME JOSE HELIO SILVA BATISTA		EXERCICIO DATA EMISSAO 2017 02/01/2018	
PLACA 590.948.002-25		PLACA NAR8860	
CHASSI 9C2JC30706R956771		MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.		RENAVAM 00897008855	
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN		ANO FAB. 2006	
CAP/POT/CIL 2P/0124CC/		CAT. TARIF 9	
CATEGORIA PARTICU		Nº CHASSI 9C2JC30706R956771	
VENG. COTA UNICA 1*****		PRÊMIO TARIFÁRIO	
FAIXA IRVA ISENTO(+ DE 10 ANOS)		FNS (R\$) R\$81.29	
VENG. COTA UNICA 2*****		DENATRAM (R\$) R\$9.03	
PARCELAMENTO/COTAS 3*****		CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.7		CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15	
IOF (R\$) R\$0.7		TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$185.5	
PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$185.5		DATA DE QUITAÇÃO	
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ RODIO LEILAO DEIRAN- RR 06/17 LOTE 29 * Diretor Presidente DEIRAN-RR		☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO	
BOA VISTA-RR		SEGURADORA LIDER - DPVAT 013746435578 CNPJ 09.248.608/0001-04 25060891150	

Guia de Atendimento 02

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



Alt. 02/03/18

000912381 20/07/2019 19:43:03

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)** Raça/Cor: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

IDENTIDADE: **XXXXXXXXXXXX** Mãe: **CLAUDIA CRISTINA SANTANA MACIEL** Pai: **NI** Contato: **SOUSA**

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

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:

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

Queixa Principal: **Acidente de moto** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese da Enfermagem: **Resposta encaminhado por apresentar fratura exposta em pé**

Tempo - Hora da Consulta: **19:43** h) **GSC** TOTAL: **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456**

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Fratura exposta do pé direito

+ 2 de 500 mg

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revista
☐ Transferência para:

Sótor

Alta do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **sousa**
Data Hora: **20/07/2019 19:43:03**

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Alta: **19:43**

Indicação: **WNL Anestesia**

CPM: **Anestesia**



15 MAR. 2019

ORtopedia Dr. Patrícia
Paciente de trauma em 2016
pt de fr. Tor (Múltiplas lesões)
Múltiplas lesões superficiais por ML.
Sintomas + insensibilidade + alteração
de mobilidade

Dr. Marcus Bruner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 191718



15 MAR. 2019

15 MAR. 2019

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE						2 - LINES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE						4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE						6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL						10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF						16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
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 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 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - CNPJ EMPRESA							
38 - SÉRIE							
39 - CNAE DA EMPRESA							
40 - CBOR							
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							

até 6.3

5921

V299

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 55 26-12
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D2				11h 33
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N / SISTEMÁTICO				SND 16h
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				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SND
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15	GENTAMICINA 240MG IV 1X/DIA D2				Suspensão
16					
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA				
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				

Dr. Elton Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15328/RR

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

NIR
Regulado
para leito
L-20
Regulação Interna

11/06/2019
15 MAR 2019

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX
11h 30 H	141x94	86	19	36.6°C
12 H				
17 18 H	132x93	88		37.3
24 H	124x83			

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

20h
+ 36.2° PA 130x84
P.O. 20
P.R. 24
Dinâmica Placenta 24
120x40 36.9
6 PA 120x80 T 36.2

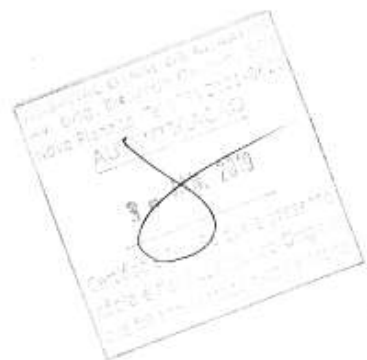
15 MAR. 2019

109-2

Bloco F L - 20

OK

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
COLEÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		Fim	
PACIENTE	Thiago SANDARA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	25/02/18				
ALERGIAS	HAS	NECA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	12/04/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNVS
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				25
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				25.06.12
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				25.06.12
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN				3 N 03 - 08:45
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				Rede
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				Rede
14	CURATIVO DIARIO				Rede
15					
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:					



SINAIS VITAIS	PA	FC	TA
6 H	144/97	86	36.0
12 H			
18 H	90	FC	36.0
24 H	144	86	36.0

Deividny Ferreira Pinto
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 864.764

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Maria Wanderléia Mar
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 473116

15 MAR. 2019

109-2

		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		27/2/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML EV 12/12h				12-24
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				12
5	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N
7	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA				S/N
8	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H				12-24
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H				12-24
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Ritmo
12	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
13	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				12-24
14					
15					
16					
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					

184 pac. H e o
 1.10.19. me p.m. 08h
 5m 15. 15. 15. 15. 15. 15.
 do acido do 0.10.19.

Edmar de Almeida Matos
 Téc. em Enf.
 COREN-RR 907672-TEC

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 Colera de Exames-HGR
 DATA 28/10/2018
 IDADE 25
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

06h - PA =
 92 x 62
 P = 71
 T = 35.3°C

SINAIS VITAIS				Dr. Marcus Brunner CRM 1917 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120 x 70	90	36.5°C	
18 H	150 x 110	93	36.0°C	
24 H	140 x 90	93	36.3°C	

AS 12:00h Paciente no leito, consciente, orientado, hidratado, Aceitando bem a
 Zumbido está com as funções fisiológicas normais. Afeto SSVV, segue sem
 QUGAS aos cuidados da equipe de enfermagem.
 06h - Paciente medicado com CPN, referido os
 SSVV.

Renivalda Silva Ribeiro
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 907672-TEC

Rosilene Garcia P. Mende
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 552.039-TE

109-01

		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							
AGNOSTI FX TNZ E							
ALERGIAS		HAS		SIM		DM2	
IDADE 25		LEITO		109-2		SIM 2/3/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE - ZERO APÓS AS 22H						SND
2	SF0,9% 500ML EV 12/12h						12
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA						12
5	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						SIN
7	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA						06
8	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H						12 16 24 06
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H						06 16 24
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SIN
11	SSVV + CCGG 6/6 H						Retina
12	CURATIVO DIÁRIO						Curativo
13	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H						12 16 24 06
14							
15							
16							
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. Marcus Brunner CRM 1917 Residente de Ortopedia e Traumatologia			
12 H	130x86	89	20				
18 H	123x75	84	19				
24 H	142x79	84	35,9				

12h PC no leito, Hiper-12000
SND
Isaquiel Lima Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 878.694-1E

064 P.A 122x7
FC: 80
TA: 36

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				
AGNOSTI	FX TNZ E				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	SIM
IDADE	25	LEITO	1094		5/3/2018
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				18h
5	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				5h
7	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA				18h
8	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H				18h
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H				18h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				18h
11	SSVv + CCGG 6/6 H				18h
12	CURATIVO DIÁRIO				18h
13	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				18h
14					
15					
16					
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				Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	100/78	80	19	
18 H	142/85	99		
24 H	117/69	92	-	

23 hrs. Tórax: AVP
GGh. PA: 130/86 FC: 72 T: 36°C
Sorata Carvalho
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 09089 - TE

401-5



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



DATA DE ADMISSÃO	11/04/2018	DIH	12/04/2018	DN	16/11/2018
PACIENTE	THIAGO SANTANA DA SILVA				
AGNÓSTICO	OSTEOMIELITE DE PÉ ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	25 ANOS	LEITO	401-5	DATA	14/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				Montes
3	CEFEPIME 1G EV DE 8/8 HORAS (INCIO DIA 13/4/18)				14/04/18
4	GENTAMICINA 240 MG EV 1X DIA (INCIO DIA 13/4/18)				16/04/18
5	TRAMADOL 100MG EV OU VO 40 GTS. 8/8 H SE DOR INTENSA				16/04/18
	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				16/04/18
6	DIPIRONA 2 ML EV DE 6/6 HORAS				16/04/18
7	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				16/04/18
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				16/04/18
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				16/04/18
10	SSVV + CCGG 6/6 H				16/04/18
11	CURATIVO DIÁRIO				16/04/18
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					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES. REFERE DM POREM NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OP
CONDUITA: ANTIBIOTICOTERAPIA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H	102x70	76	-	36C
12 H	120x72	77	20	36C
18 H	150x80	82	20	36.1
24 H	116x69	71	-	36.2

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR 2009
Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia

18:00 Ref. no leito, acuta deito, eunotico, deambulando com dificuldade, F & P, sem febre, m.c.p., segue os cuidados de E. J. Lins

18:00 Ref. 07:00h
Realizada administração de medicação de rotina, sendo a medicação prescrita para ser tomada no hospital. Segue os cuidados de enfermagem.

Silvana Teixeira Feitosa
Assistente de Enfermagem
COREN-RR 417874-AUX

22 FEV. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	11/04/2018	DIH	12/04/2018	DN	16/11/2018
PACIENTE	THIAGO SANTANA DA SILVA				
AGNÓSTICO	OSTEOMIELOITE DE PÉ ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	25 ANOS	LEITO	401-5	DATA	16/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFEPIME 2G EV DE 8/8 HORAS (INCIO DIA 13/4/18)				
4	GENTAMICINA 240 MG EV 1X DIA (INCIO DIA 13/4/18)				
5	TRAMADOL 100MG EV OU VO 40 GTS . 8/8 H(SE DOR INTENSA				
	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				
6	DIPIRONA 2 ML EV DE 6/6 HORAS				
7	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO(SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
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					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OP

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

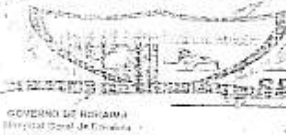
SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	120/64	60	19	35.8	
12 H	139/84	83	—	36.1	
18 H	135/74	75	—	36	
24 H	140/60	69	20	35.9	

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR 2009
Médico Residente de Ortopedia e
Traumatologia

13 an 19
Realizado an mae
cação de hematócrito,
mas aferição de SS
VI conforme pres-
crição. realizado
troca de acesso u-
noso periférico, feto
(38) 1 M S D.

22 FEB 2019
22 FEB. 2019

109-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



GOVERNO DE RORAIMA
Secretaria de Saúde

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
		19/03/18		16/11/92	
PACIENTE	Thiago Santana da Silva				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE					
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				livre
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				/manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18-24-30-12
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				verificar
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:

Te de p^o 1 tornozelo E (03/03/18 - Solicitado)

Em tempo: Paciente em programa maior

Unidade no de de hosp que faz referência

Para melhor avaliação de dano fratura

em M.I.E. No Bloco com Sábado de tempo

SINAIS VITAIS	de	de	tornozelo
6 H	150/70	78	36,5
12 H	150/70	78	36,5
18 H	90x60	70	36,5
24 H	150/80	78	36,5

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

15 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

15 MAR. 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 06, 03, 18. Q.S. _____

TIAGO SERRANO DA SILVA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE TARSUS ESQUERDO.
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE TARSUS
TIPO DE INTERVENÇÃO: CIRÚRGICA
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGIÃO: Dr. Augusto Genesina 1ª AUXILIAR: En. Vitor Aguiar
2ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3ª AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Anestesia em DALT sob efeito anestésico
- ② Lavagem, antisséptico e colocação de campos estéreis
- ③ Redução imediata de fratura de TARSUS + fixação com Fixador (300) bilateral/biplanar + fio de Kirschner 2.0/2.5mm com auxílio de intensificação de imagens
- ④ Curativo

Dr. Augusto Genesina
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RS 1635
RQE 610

Dr. Vitor Aguiar
Enfermagem
CRM-RS 1635
RQE 610

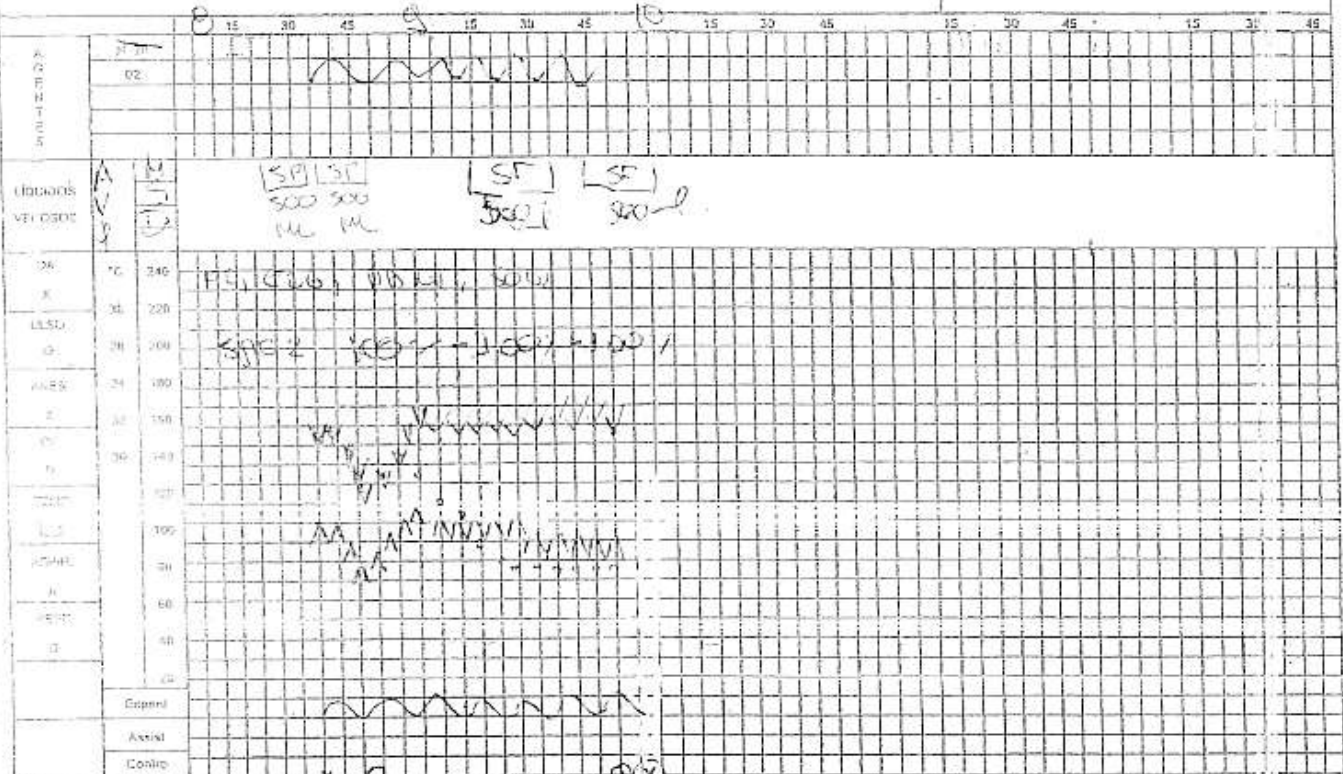
15 MAR. 2019

THIAGO SANTANA DE SILVA

Pen lista - RR

06-03-18

- mitolozolom 5 mg
- flunitrazepam 100 mg



A.O. B.O.
SIMBOLIS

END OF
VOLUME

$$0 \rightarrow \mathcal{F} \rightarrow \mathcal{F} \rightarrow 0$$

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Bupivacaína 12,5 mg		procuramos o nervo Hipotenoso	<u>o nervo list</u>
B		simplex (bombar) sub	1 - bupivacaína: neuromioplegia, potente,
C		uroantibiotico espanhola	grossa, benzodiazepinas (grossa), drogas,
D			usando.
E			2 - Aspirina e antiagregação de
F			Reino Unido - lombar com
G			além 70°
H líquidos		Cápsula - Nervo / Oro Faringe	3 - paracetamol com NG 366 com
I SE 0,15 x 3000ml		Nervo / Oro Faringe - Coda	espina 27-28, na dor / H. 2011
J		Bat - Temp - Coda do tubo	3 - bupivacaína 12,5 mg
K		Sub Moleculares	com espina subaracnóide.
L		Difusão de Tóxicos	
M		TEMPO DE ANESTESIA	
N 2000 ml		8 35 em 9 50	
O			
P			
Q			
R			
S			
T			
U			
V			
W			
X			
Y			
Z			
AA			
AB			
AC			
AD			
AE			
AF			
AG			
AH			
AI			
AJ			
AK			
AL			
AM			
AN			
AO			
AP			
AQ			
AR			
AS			
AT			
AU			
AV			
AW			
AX			
AY			
AZ			
BA			
BB			
BC			
BD			
BE			
BF			
BG			
BH			
BI			
BJ			
BK			
BL			
BM			
BN			
BO			
BP			
BQ			
BR			
BS			
BT			
BU			
BV			
BW			
BX			
BY			
BZ			
CA			
CB			
CC			
CD			
CE			
CF			
CG			
CH			
CI			
CJ			
CK			
CL			
CM			
CN			
CO			
CP			
CQ			
CR			
CS			
CT			
CU			
CV			
CW			
CX			
CY			
CZ			
DA			
DB			
DC			
DD			
DE			
DF			
DG			
DH			
DI			
DJ			
DK			
DL			
DM			
DN			
DO			
DP			
DQ			
DR			
DS			
DT			
DU			
DV			
DW			
DX			
DY			
DZ			
EA			
EB			
EC			
ED			
EE			
EF			
EG			
EH			
EI			
EJ			
EK			
EL			
EM			
EN			
EO			
EP			
EQ			
ER			
ES			
ET			
EU			
EV			
EW			
EX			
EY			
EZ			
FA			
FB			
FC			
FD			
FE			
FF			
FG			
FH			
FI			
FJ			
FK			
FL			
FM			
FN			
FO			
FP			
FQ			
FR			
FS			
FT			
FU			
FV			
FW			
FX			
FY			
FZ			
GA			
GB			
GC			
GD			
GE			
GF			
GG			
GH			
GI			
GJ			
GK			
GL			
GM			
GN			
GO			
GP			
GQ			
GR			
GS			
GT			
GU			
GV			
GW			
GX			
GY			
GZ			
HA			
HB			
HC			
HD			
HE			
HF			
HG			
HH			
HI			
HJ			
HK			
HL			
HM			
HN			
HO			
HP			
HQ			
HR			
HS			
HT			
HU			
HV			
HW			
HX			
HY			
HZ			
IA			
IB			
IC			
ID			
IE			
IF			
IG			
IH			
II			
IJ			
IK			
IL			
IM			
IN			
IO			
IP			
IQ			
IR			
IS			
IT			
IU			
IV			
IW			
IX			
IY			
IZ			
JA			
JB			
JC			
JD			
JE			
JF			
JG			
JH			
JI			
JJ			
JK			
JL			
JM			
JN			
JO			
JP			
JQ			
JR			
JS			
JT			
JU			
JV			
JW			
JX			
JY			
JZ			
KA			
KB			
KC			
KD			
KE			
KF			
KG			
KH			
KI			
KJ			
KK			
KL			
KM			
KN			
KO			
KP			
KQ			
KR			
KS			
KT			
KU			
KV			
KW			
KX			
KY			
KZ			
LA			
LB			
LC			
LD			
LE			
LF			
LG			
LH			
LI			
LJ			
LK			
LL			
LM			
LN			
LO			
LP			
LQ			
LR			
LS			
LT			
LU			
LV			
LW			
LX			
LY			
LZ			
MA			
MB			
MC			
MD			
ME			
MF			
MG			
MH			
MI			
MJ			
MK			
ML			
MM			
MN			
MO			
MP			
MQ			
MR			
MS			
MT			
MU			
MV			
MW			
MX			
MY			
MZ			
NA			
NB			
NC			
ND			
NE			
NF			
NG			
NH			
NI			
NJ			
NK			
NL			
NM			
NN			
NO			
NP			
NQ			
NR			
NS			
NT			
NU			
NV			
NW			
NX			
NY			
NZ			
OA			
OB			
OC			
OD			
OE			
OF			
OG			
OH			
OI			
OJ			
OK			
OL			
OM			
ON			
OO			
OP			
OQ			
OR			
OS			
OT			
OU			
OV			
OW			
OX			
OY			
OZ			
PA			
PB			
PC			
PD			
PE			
PF			
PG			
PH			
PI			
PJ			
PK			
PL			
PM			
PN			
PO			
PP			
PQ			
PR			
PS			
PT			
PU			
PV			
PW			
PX			
PY			
PZ			
QA			
QB			
QC			
QD			
QE			
QF			
QG			
QH			
QI			
QJ			
QK			
QL			
QM			
QN			
QO			
QP			
QQ			
QR			
QS			
QT			
QU			
QV			
QW			
QX			
QY			
QZ			
RA			
RB			
RC			
RD			
RE			
RF			
RG			
RH			
RI			
RJ			
RK			
RL			
RM			
RN			
RO			
RP			
RQ			
RR			
RS			
RT			
RU			
RV			
RW			
RX			
RY			
RZ			
SA			
SB			
SC			
SD			
SE			
SF			
SG			
SH			
SI			
SJ			
SK			
SL			
SM			
SN			
SO			
SP			
SQ			
SR			
SS			
ST			
SU			
SV			
SW			
SX			
SY			
SZ			
TA			
TB			
TC			
TD			
TE			
TF			
TG			
TH			
TI			
TJ			
TK			
TL			
TM			
TN			
TO			
TP			
TQ			
TR			
TS			
TT			
TU			
TV			
TW			
TX			
TY			
TZ			
UA			
UB			
UC			
UD			
UE			

$$\left(\frac{\partial \mathcal{L}}{\partial \mathbf{w}_i} \right) = \frac{\partial \mathcal{L}}{\partial \mathbf{w}_i} \cdot \frac{\partial \mathbf{w}_i}{\partial \mathbf{w}_i} = \frac{\partial \mathcal{L}}{\partial \mathbf{w}_i}$$

75. சென்னை

10. *Chlorophyll *a** and *Chlorophyll *b** (mg/g dry weight)

TABLE 1

DR ALBERTO

FE - 2A SANGUINE

From December 1922

Dr. Victor P.

Al 50% Al

Dr. Alberto M. Herrera
 1000 Pennsylvania
 CHICAGO, ILL.

5. Demecolone 40mg Cl





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Tatiana Santana da Silva ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 24 / 02 / 19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Tarsal

NO DIA 06 / 03 / 19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de Fratura de Tarsal SENDO

OPERADO PELO DR. Victor Damasceno E DR. Victor Damasceno

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12 / 03 / 19, ÀS 11:40, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 12 / 03 / 19, ÀS 13:00, COM
DR. Victor Damasceno

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, 12 / 03 / 19

15 MAR. 2019

Victor Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007

MÉDICO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3305 - AEROPORTO

VERDE

VERDE

VERDE

15/02/2019 12:50:21

FICHA DE ATENDIMENTO

CLÍNICA MÉDICA

DIURNO 07-19

140

Paciente

THIAGO SANTANA DA SILVA

Data Nascimento

16/11/1992

Idade

25 A 4 M 25 D

CNS

898005845558354

CPF

00092097

Prontuário

00092097

Nome

Documentação

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

SOLTEIRO(A)

Raça/Cor

BOA VISTA - RR

Naturalidade

BRASILEIRA

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

CLAUDIA CRISTINA SANTANA MACIEL

Pai

NI

Contato

(95) 21105-89

Ocupação

AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR

Classe, do Risco

VERDE

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

SPA - PRONTO ATENDIM

Cavalar do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

37.10

Poso

120 x 80

Pressão

120 x 80

Super

PRONTO ATENDIMENTO

Tipo da Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por

ALESSANDRA CRISTINA

Queixa Principal

ENCHAMINHADO AO PAAR COM HD CELULITE EM PÉ E

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

☐ Suspeita de Dengue

Exames de Imagem

MECAFIAS, DM e ALEGGIA, A MEDICAMENTOS

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Antecedentes - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

CP de dor no pé E. Redução febre

Paciente cl. de dor no pé E. Redução febre

Exame Físico

PCG, apmulo a-a-a; Redução de nomenclatura

Pé encharcado e edema; flogose; cl. no pé E. Redução

Hipótese Diagnóstica

Infecção

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Condição

☐ Alta por Desfecho Médico

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Roteiro

☒ Transferência para

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta

30 JAN 2019

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso em: 15/02/2019 12:50:20

150092472

22 FEV. 2019

 Sistema Único da Saúde	Ministério da Saúde	FAVOR PREENCHER PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--	---------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CYES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CYES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Luiz Augusto</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>92097</i>
7 - CARTEIRO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>8191810161214151518131514</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>16/11/1992</i>
9 - SEXO <i>M</i>	10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Cláudia Custódia Santamaria</i>
11 - TELEFONE DE CONTATO <i>000</i>	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - COD. IGGE MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
	<i>Operado há 7 meses pelo Dr. Alberto Aguiar, 7 Volume, Flegoso Pe @</i>

18 - TIPO DE INTERNAÇÃO	19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
<i>CIURGIA</i>	<i>Rx</i>
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Osteomielite Pe @</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL
	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
	23 - CID 10 ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Alberto Aguiar</i>	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 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - TÍTULO COM A PREVIDÊNCIA	38 - SÉRIE
39 - EMPREGADO	40 - CNAL DA EMPRESA
41 - EMPREGADOR	42 - CBOE
43 - DESEMPREGADO	44 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	46 - CÓD. FUNÇÃO EMISSOR
47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ate 17-4

22 FEV. 2019

401-5

PRESCRICÇÃO DIÁRIA

QUANTO

LEITO

N° DE REGISTRO

MOBILE PATIENTS

115
Lago Sautaw

SLAVE AND SAILOR STORIES

CENTA / NORA

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

11/04/08

1770

WAV

31 Petrosia

4) *Prudium*

51 D.M. No. 14

21/10/2017

4) бухгалтер

1968-7

AOx Quattro

Do Dr A L Delft

18:16 interview

07-114x 80

FC-86

T-36.8

Derby - 85

22 FEB. 2019

85 Leafy Red-tail Site
1000 ft. above ground
May 1968

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	2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CIES
--	---	---	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO
7 - NOME DO PACIENTE	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	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 CAUSAS ASSOCIADAS
-------------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	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	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE		
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CUOR		
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO		48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

22 FEV. 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17.04.18 OS 02

THIBO
SANTANA DA
SILVA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

FRAT DE THIBO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

MALZONDO

1º AUXILIAR:

MILTON PIMENTA

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

30 min

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Retorno de monitor de
sintoma de THIBO (E)

(E) Monitor de monitor de
sintoma de THIBO.

Observação: (E)

(E) Retorno de monitor de
sintoma de THIBO.

Abhner de Souza
Gomes Lins dos Santos
17/04/2018

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

5107

UNIDADE/SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO
NOME DO PACIENTE: <u>WAGNER SANTANA DO SILVA</u>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:			
DATA / HORA:	PRESCRIÇÃO:	HORARIO:	RELATORIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÕES:
17/09/18	1) DISSOLVINE	SND	24:00 PA 140/80 + 70
	2) CONTINUAR 2g (W) 8/8h	22:00/14	24:00 PA 130/70 + 60
	3) CONTINUAR 240g (W) 1X DIA	16	24:00 SVD e de 100 g
	4) DISSOLVINE 2g (W) 6/6h (SND)	SND	24:00 SVD e de 100 g
	5) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)	SND	24:00 SVD e de 100 g
	6) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)	ROUMA	24:00 SVD e de 100 g
	7) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)	24:00/18	24:00 SVD e de 100 g
	8) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	9) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	10) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	11) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	12) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	13) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	14) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	15) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	16) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	17) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	18) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	19) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	20) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	21) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	22) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	23) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	24) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	25) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	26) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	27) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	28) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	29) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	30) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	31) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	32) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	33) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	34) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	35) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	36) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	37) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	38) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	39) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	40) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	41) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	42) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	43) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	44) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	45) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	46) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	47) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	48) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	49) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	50) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	51) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	52) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	53) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	54) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	55) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	56) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	57) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	58) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	59) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g
	60) DISSOLVINE 2g (W) 11/8 (SND)		24:00 SVD e de 100 g

22 FEB. 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. Luiza Santana da Silva ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 24 / 02 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Tala (E)

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

OPERADO PELO DR. Abelardo Fumera E DR. Victor Panocot

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07 / 03 / 18, ÀS 11:40, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 16 / 03 / 18, ÀS 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 DO DR.

Fernando Rezende
CRM-OR 2007

BOA VISTA, 07 / 03 / 18

22 FEV. 2019

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

IENTE: Thiago Santana da Silva, 25 ANOS,
U ENTADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 11/04/18, COM
AGNÓSTICO DE Osteomielite de m. (E)

DIA 1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
RMS de fêmur K + TIs ligam de osteomielite m. (E) SENDO

ERADO PELO DR. Dr. Alberto F E DR. Patrick Ribeiro

CEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18/04/18 ÀS 10:00L EM
EM ESTAD O GERAL SEM QUEIXAS ALGICAS.

EM ENCAVINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
DRONEI MOTA NO DIA 08/05/18, ÀS 14:00L, COM O
R. Dr. Alberto F

Seguir 60 dias de afastamento do trabalho, a critério
do médico assistente

ORIENTAÇÕES GERAIS:

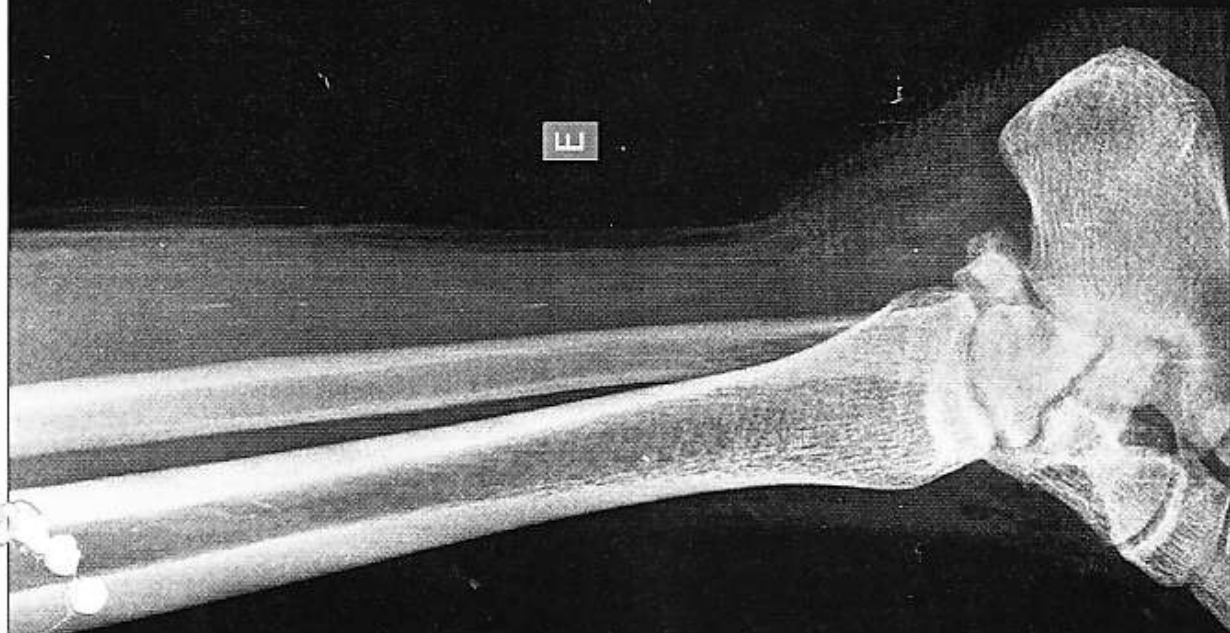
- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM)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

IENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Thiago Muniz
Médico-Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2009

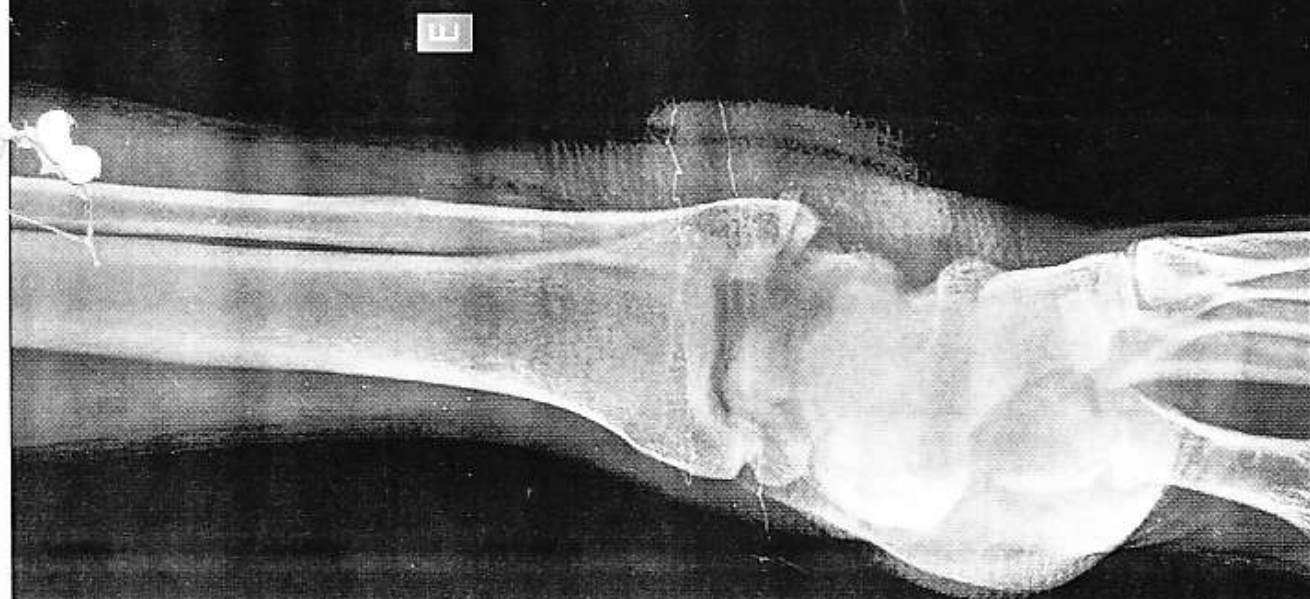
DA VISTA, 18/04/18

MÉDICO



24/2/2018 20:02:53

55,5 %



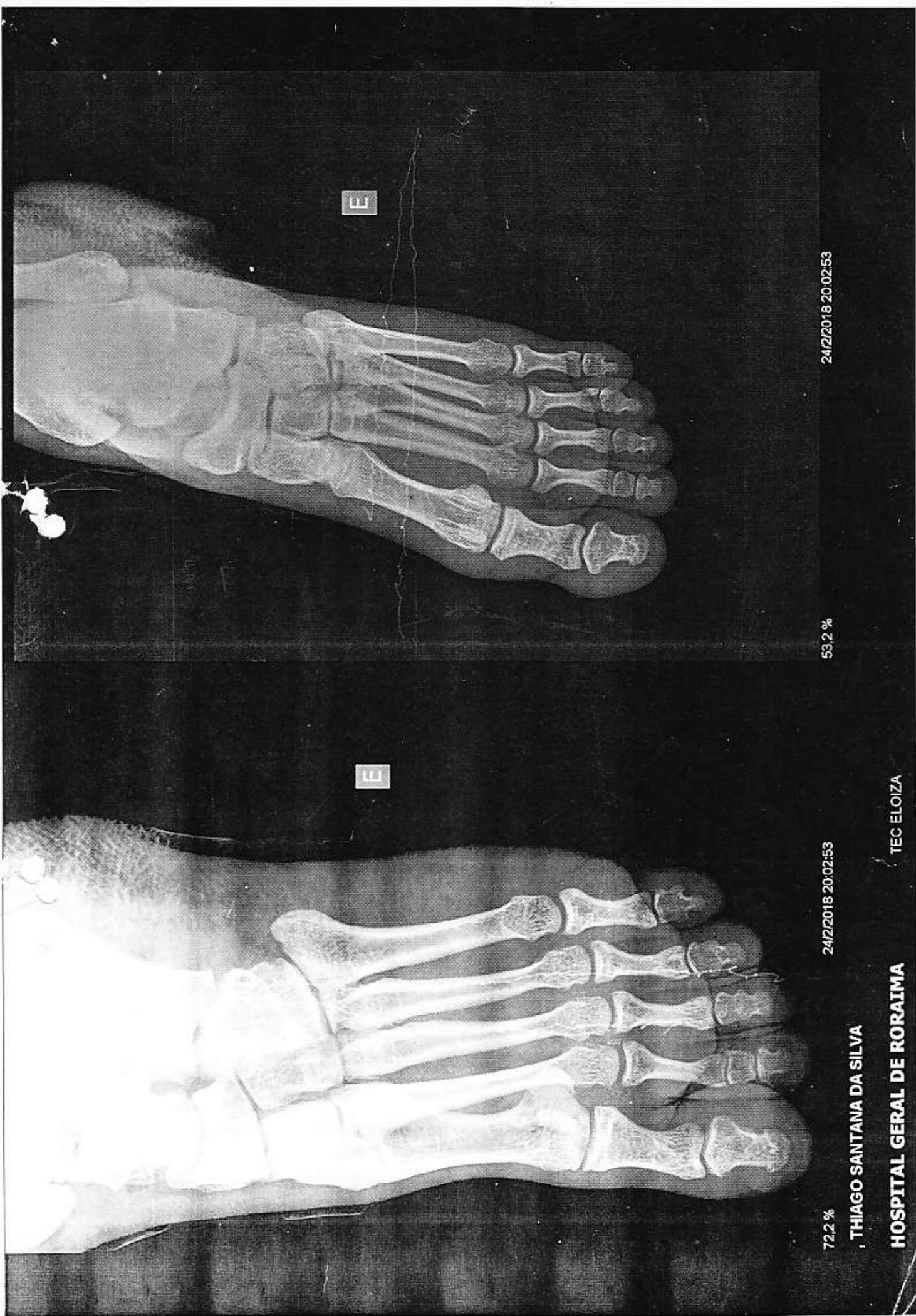
24/2/2018 20:02:53

55,4 %

, THIAGO SANTANA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC ELOIZA



E

24/2/2018 20:02:53

53.2 %

E

24/2/2018 20:02:53

72.2 %

THIAGO SANTANA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC ELOIZA



57,0 %

5/3/2018 08:47:46

61,6 %

5/3/2018 08:47:46

THIAGO SANTANA

BLOCO - A / 109-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC. JACKSON



5/3/2018 08:47:45

69.5 %

5/3/2018 08:47:45

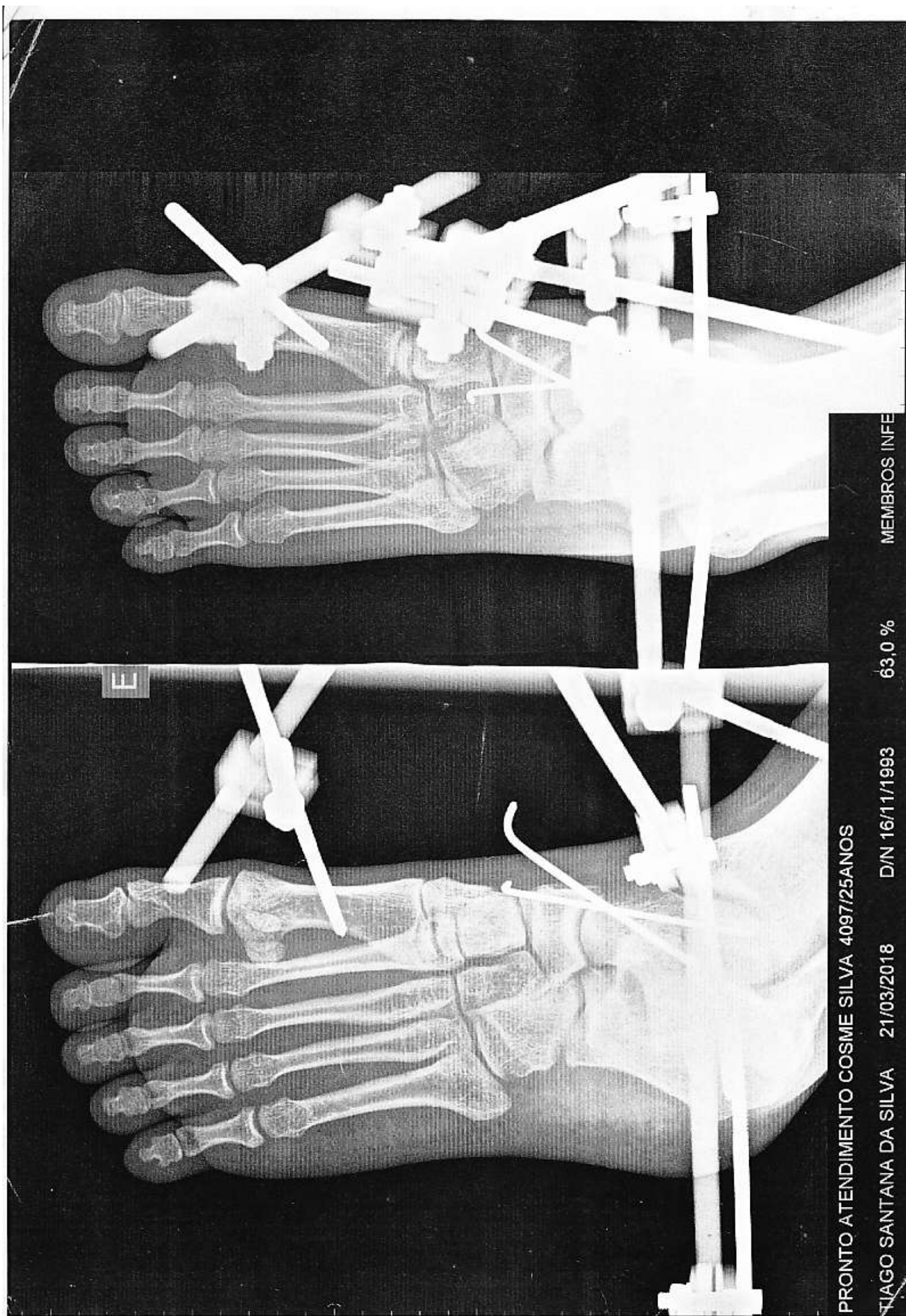
61.9 %

BLOCO - A / 109-2

TEC. JACKSON

, THIAGO SANTANA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



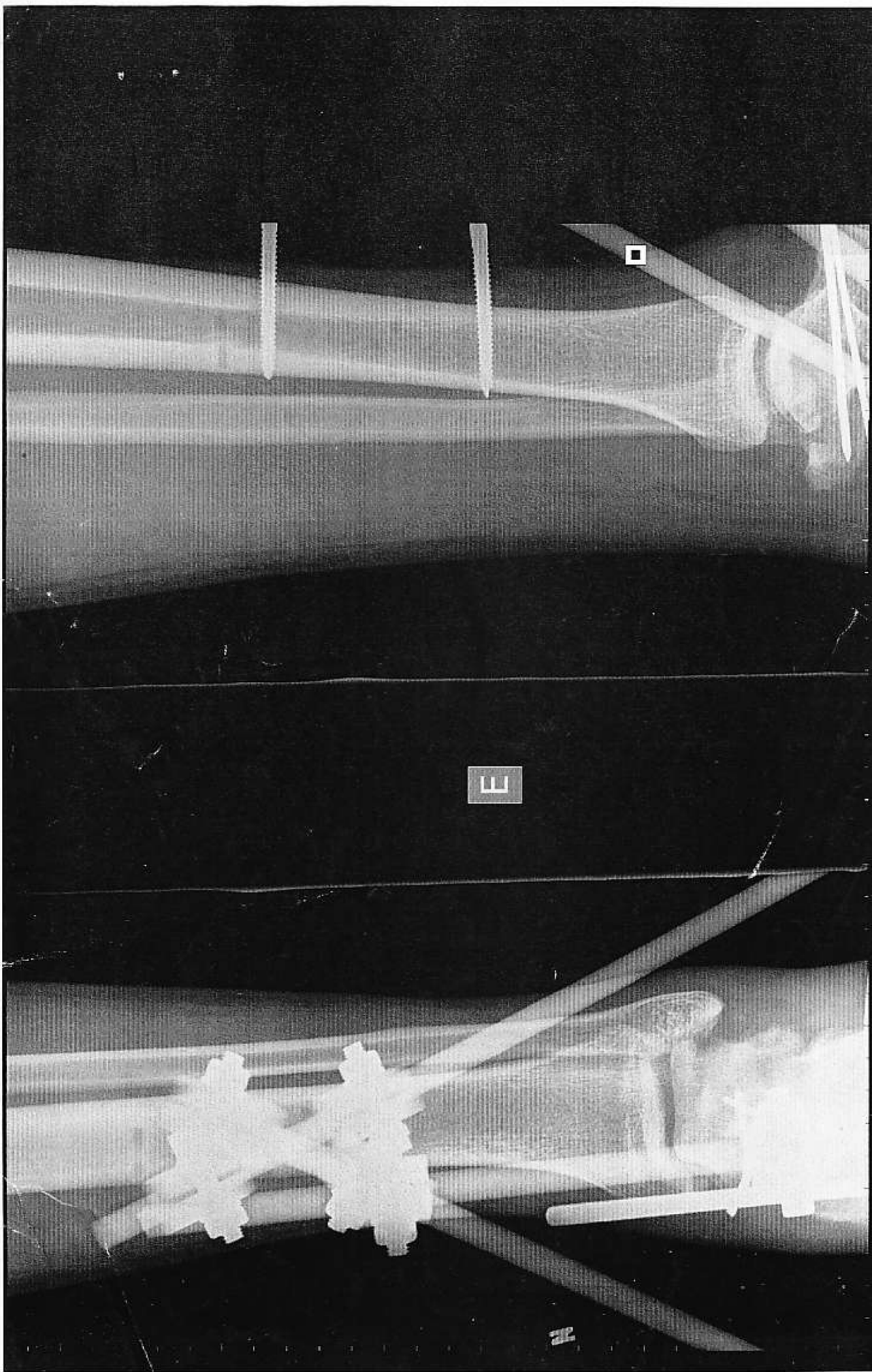
PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 4097/25ANOS

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



11/4/2018 17:12:40

36.2 %

11/4/2018 17:12:40

57.3 %

THIAGO SANTANA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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:	Nome completo da vítima:
	553.591.152-49	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		
Profissão: Autônomo	Endereço: Rua: JT, 137	CPF: 553.591.752-49
Bairro: Olímpico	Cidade: Boa Vista	Número: 137 Complemento: casa
E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM	Estado: RR	CEP: 69.300-000
		Tel.(DDD): (95)99154-4282

DADOS CADASTRAIS

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 6953

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 21273

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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.

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Boa Vista - RR, 20/02/19	TESTEMUNHAS
Nome: Tiago Santana da Silva	1ª Nome: _____
CPF: 553.591.752-49	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Tiago Santana da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 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.

FPS.001 V001/2018

22 FEV. 2019



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Tiago Santana da Silva

CPF da Vítima

553.591.752-49

Data do Acidente

22/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 04 de Abril de 2018
Local e Data

DOCUMENTO
ORIGINAL

Tiago Santana da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Irineu de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 353.053.532 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tiago Santana da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 553.593.752 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Tiago Santana da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 553.593.752 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1332</u>	Complemento <u>Ap-04</u>
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RJ</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ILAIRRR@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(95)99354-4232</u>

Boa Vista 04 de Julho de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

22 FEV. 2019
DOCUMENTO ORIGINAL



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, 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

Pag. 00743/00744 - carta_30 - INVALIDEZ

00020372



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=6.750%2C0...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 6.750,00
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	24/2/2018 a 1/6/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	24/2/2018 a 11/6/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	462 dias	1,054761
Percentual correspondente	462 dias	5,476108 %
Valor corrigido para 1/6/2019	(=)	R\$ 7.119,64
Juros(472 dias-16,94714%)	(+)	R\$ 1.206,58
Sub Total	(=)	R\$ 8.326,22
Valor total	(=)	R\$ 8.326,22

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	6.750,00		
Data inicial	24/2/2018		
Data final	1/6/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
24/2/2018	1/3/2018	0,0678 (%)	6.754,57
1/3/2018	1/4/2018	0,1000 (%)	6.761,33
1/4/2018	1/5/2018	0,2100 (%)	6.775,53
1/5/2018	1/6/2018	0,1400 (%)	6.785,01
1/6/2018	1/7/2018	1,1100 (%)	6.860,33
1/7/2018	1/8/2018	0,6400 (%)	6.904,23
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	6.913,21
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	6.919,43
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	6.959,56
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	6.972,79
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	6.961,63
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	6.982,51
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	7.006,25
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	7.044,09
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	7.094,81
1/5/2019	1/6/2019	0,3500 (%)	7.119,64

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(472 dias-16,94714%)	(+)	R\$ 1.206,58
Sub Total	(=)	R\$ 8.326,22
Valor total	(=)	R\$ 8.326,22

Retornar Imprimir