

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** KALENA SILVA DOS SANTOS **MENOR IMPULBERE,**

**REPRESENTADO PELO SEU GENITOR (a)** ALMIR SOOSA DOS  
SANTOS.

**ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO

**RG nº.** 2591000 SSP / PA

**CPF/MF nº.** 620.650.842-00

**TELEFONE:** (95) 99111-5451 **E-MAIL:** kalena.silva@hotmail.com

**ENDEREÇO:** RUA: ALBERTINA ROSELINA SILVA, 294 1, SENADOR  
MELRO CAMPOS, BOA VISTA - RR

**OUTORGADOS:** Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório THIAGO AMORIM ADVOCACIA estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP – 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

**PODERES:** para o foro em geral, e os da cláusula “ad Judicia”, mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 07/03/2018 de 2018.

Almir Soosa dos Santos

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

**OUTORGANTE:** ALMIR SOUSA DOS SANTOS  
**ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO      **PROFISSÃO:** PINTOR  
**RG nº.** 2591000      **SSP / PA**  
**CPF/MF nº.** 620.650.842-00  
**ENDEREÇO:** RUA: ALBERTINA ROSELINA SILVA, 294 1, SENADOR  
HELIO CAMPOS, BOA VISTA - RR

**DECLARA** não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 07/12 de 2018.

Almir souza dos santos



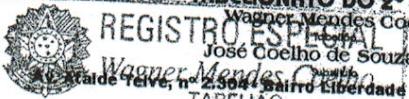
ESTADO DE RORAIMA  
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

Wagner Mendes Coelho

José Coelho de Souza Neto



Rua Alvalde Teive, nº 2.304 - Centro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808

Boa Vista - Roraima

José Coelho de Souza Neto  
SUBSTITUTO

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

Certifico que no Livro Nº. A-128 de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. 118-F, sob o Nº. 77449, está Registrado o assento de **KALENA SILVA DOS SANTOS**, do sexo F, nascido(a) no dia **onze de junho de dois mil e nove às 23:35**, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista-RR, filho(a) de **ALMIR SOUSA DOS SANTOS** e **MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA DOS ANJOS FILHA**, avós paternos: **Cosme Macedo dos Santos** e **Alice Magno Sousa dos Santos**, e avós maternos: **Roberto Rodrigues dos Anjos** e **Maria da Conceição Silva dos Anjos**.

O registro foi efetuado no dia **12 de junho de 2009**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 12 de junho de 2009



REGISTRO ESPECIAL

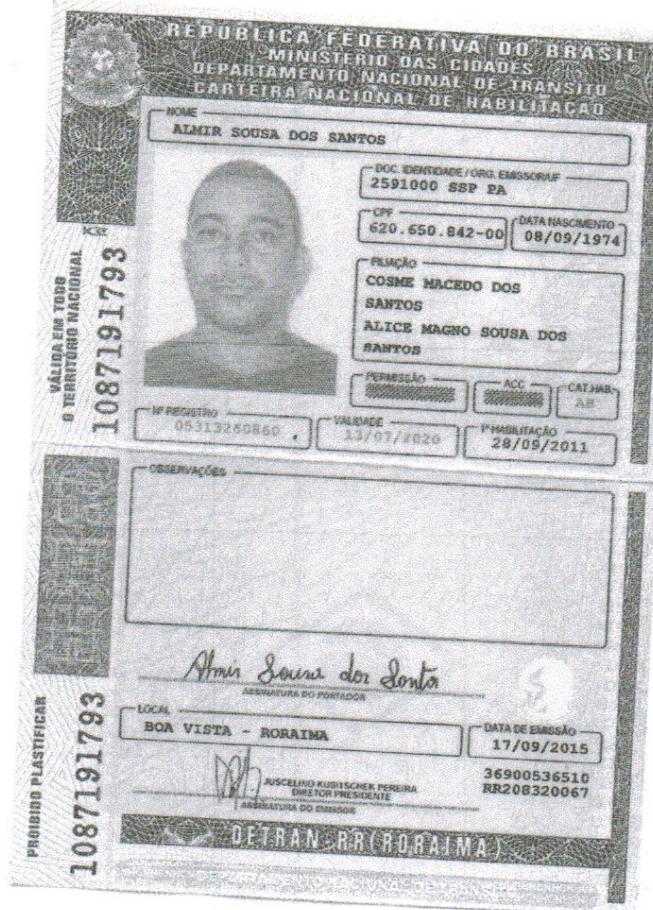
Wagner Mendes Coelho

TABELIÃO

José Coelho de Souza Neto

SUBSTITUTO

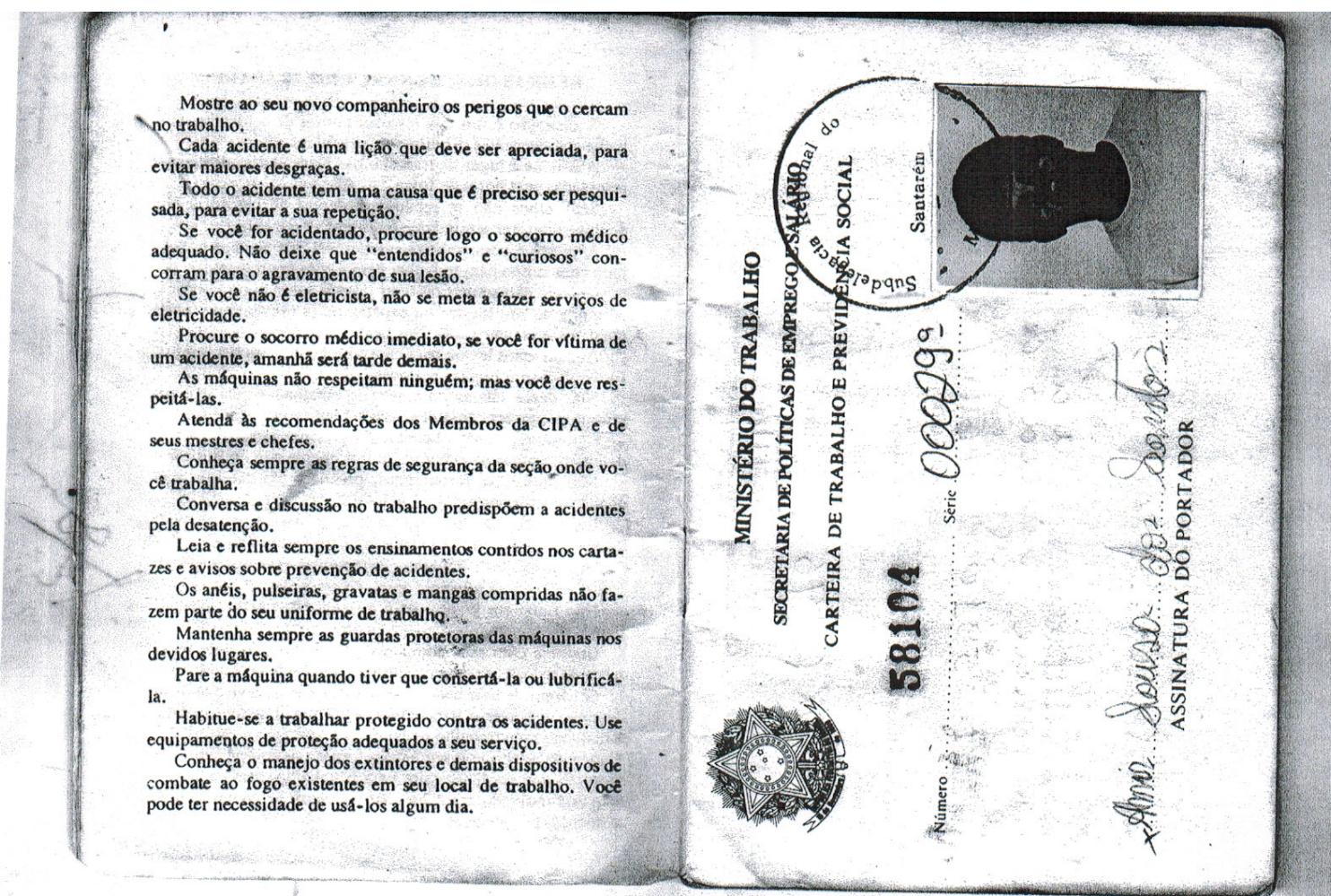
21 MAIO 2018



21 MAIO 2018

Eletrobras Distribuição Roraima		SEU CÓDIGO 0125788-9																																					
Eletrobras Distribuição Roraima Av. Capitão Eno Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR CNPJ: 02.341.470/0001-44   Insc. Estadual: 24.007.022-3 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1 Regime especial de imersão autorizada pela SEFAZ 388/13		Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO N° da Nota Fiscal      000235649																																					
CONTA MÊS      VENCIMENTO <b>FEVEREIRO/2018      11/03/2018</b>		CONSUMO (kWh)      TOTAL A PAGAR (R\$) <b>50      47,29</b>																																					
ALMIR SOUSA DOS SANTOS R. ALBERTINA ROSELINA SILVA 294 1 SENADOR HELIO CAMPOS CPF: 00062065084200 CEP: 69.316-620 - BOA VISTA      ROT: 28.001.26.36.074502																																							
<b>DADOS DA LEITURA</b> Atual: 5170      kVArh Anterior: 5170 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo Médio: 0 Consumo Faturado: 50      FCAM		<b>DATAS DA LEITURA</b> Atual: 10/02/2018 Anterior: 11/01/2018 Próxima Leitura: 10/03/2018 Emissão: 09/02/2018 Apresentação: 10/02/2018																																					
<b>FORMA DE PAGAMENTO</b> MINIMO      Prazo para Pagar <b>30</b>																																							
<b>DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Classe/Subclasse</th> <th>Ligação</th> <th>Número Medidor</th> <th>Posto</th> <th>Código Faf.</th> <th>Média 12 meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>RESIDENCIAL</b></td> <td><b>BI</b></td> <td><b>14TDB01037N</b></td> <td><b>1417689</b></td> <td><b>1.1.1.2</b></td> <td><b>0</b></td> </tr> </tbody> </table>				Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faf.	Média 12 meses	<b>RESIDENCIAL</b>	<b>BI</b>	<b>14TDB01037N</b>	<b>1417689</b>	<b>1.1.1.2</b>	<b>0</b>																								
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faf.	Média 12 meses																																		
<b>RESIDENCIAL</b>	<b>BI</b>	<b>14TDB01037N</b>	<b>1417689</b>	<b>1.1.1.2</b>	<b>0</b>																																		
<b>HISTÓRICO kWh</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/ano consumo</th> <th>CONSUMO</th> <th>DESCRICAÇÃO DA CONTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JAN/18</td> <td>0</td> <td>CONSUMO 50 A R\$ 0,571021 = 28,55</td> </tr> <tr> <td>DEZ/17</td> <td>0</td> <td>ILUMINACAO PUBLICA 18,74</td> </tr> <tr> <td>NOV/17</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUT/17</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SET/17</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AGO/17</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>JUL/17</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>JUN/17</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MAI/17</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ABR/17</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TARIFA SEM TRIBUTOS:</td> <td>0 A 50 - 0,456770</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Mês/ano consumo	CONSUMO	DESCRICAÇÃO DA CONTA	JAN/18	0	CONSUMO 50 A R\$ 0,571021 = 28,55	DEZ/17	0	ILUMINACAO PUBLICA 18,74	NOV/17	0		OUT/17	0		SET/17	0		AGO/17	0		JUL/17	0		JUN/17	0		MAI/17	0		ABR/17	0		TARIFA SEM TRIBUTOS:	0 A 50 - 0,456770		<b>DESCRICAÇÃO DA CONTA</b> CONSUMO 50 A R\$ 0,571021 = 28,55 ILUMINACAO PUBLICA 18,74	
Mês/ano consumo	CONSUMO	DESCRICAÇÃO DA CONTA																																					
JAN/18	0	CONSUMO 50 A R\$ 0,571021 = 28,55																																					
DEZ/17	0	ILUMINACAO PUBLICA 18,74																																					
NOV/17	0																																						
OUT/17	0																																						
SET/17	0																																						
AGO/17	0																																						
JUL/17	0																																						
JUN/17	0																																						
MAI/17	0																																						
ABR/17	0																																						
TARIFA SEM TRIBUTOS:	0 A 50 - 0,456770																																						
<b>MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO</b> <table border="1"> <tr> <td>Mes/Ano</td> <td>Valor R\$</td> <td>Unidade Consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica à partir de 25/02/2018, em função das contas reavisadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e/ou reavizada(s) no valor de R\$ 630,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26</b> </td> </tr> </table>				Mes/Ano	Valor R\$	Unidade Consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica à partir de 25/02/2018, em função das contas reavisadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e/ou reavizada(s) no valor de R\$ 630,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.	<b>LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26</b>																																
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade Consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica à partir de 25/02/2018, em função das contas reavisadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e/ou reavizada(s) no valor de R\$ 630,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.																																					
<b>LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26</b>																																							
<b>RESERVADO AO FISCO</b> 42AF.4165.6331.4573.7A02.E092.98EE.4506																																							
<b>COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$</b> <table border="1"> <tr> <td>Distribuição: 8,57</td> <td>Base de Cálculo: 28,55</td> </tr> <tr> <td>Energia: 13,71</td> <td>Aliquota ICMS: 17,00%</td> </tr> <tr> <td>Transmissão: 0,00</td> <td>Valor do ICMS: 4,85</td> </tr> <tr> <td>Encargos: 0,57</td> <td>Valor do PIS: 0,15</td> </tr> <tr> <td>Tributos: 5,70</td> <td>Valor do COFINS: 0,70</td> </tr> </table>		Distribuição: 8,57	Base de Cálculo: 28,55	Energia: 13,71	Aliquota ICMS: 17,00%	Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 4,85	Encargos: 0,57	Valor do PIS: 0,15	Tributos: 5,70	Valor do COFINS: 0,70	<b>IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$</b>																											
Distribuição: 8,57	Base de Cálculo: 28,55																																						
Energia: 13,71	Aliquota ICMS: 17,00%																																						
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 4,85																																						
Encargos: 0,57	Valor do PIS: 0,15																																						
Tributos: 5,70	Valor do COFINS: 0,70																																						
<b>INDICADORES DE CONTINUIDADE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DEC</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lançada</td> <td>5,43</td> <td>10,86</td> <td>21,73</td> <td>3,61</td> <td>7,22</td> </tr> <tr> <td>Abatida</td> <td>2,96</td> <td></td> <td></td> <td>7,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0,85</td> </tr> </tbody> </table>					DEC	FEB	MAR	ABR	MAY	Lançada	5,43	10,86	21,73	3,61	7,22	Abatida	2,96			7,00							0,85												
	DEC	FEB	MAR	ABR	MAY																																		
Lançada	5,43	10,86	21,73	3,61	7,22																																		
Abatida	2,96			7,00																																			
					0,85																																		

21 MAIO 2018



QUALIFICAÇÃO CIVIL	
Nome: Mário Souza dos Santos	
Loc. Nasc.	Pará
Filiação	Maria Souza dos Santos
Doc. n.	25.91.008
Chegada ao Brasil em:	/ /
Exp. em:	/ /
Obs.:	
Data Emissão:	08/06/96
ESTRANGEIROS	DRT - SDT
Maria Souza dos Santos	Assinatura do Funcionário
Assinatura do Administrador	
Assinatura do Chefe de Seção	
ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)	
Nome	
Doc.	
Nome	
Doc.	
Nome	
Doc.	
Est. Civil	
Nome	
Doc.	
Est. Civil	
Nome	
Doc.	
Nascimento	
Nome	
Doc.	

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador *J. R. Produtos Alimen-*  
*tícios LTDA.*  
CGC/MF 06.793.369/0001-57  
Rua Praça Buriti Sete N°.....  
Município Boa Vista Est. RR  
Esp. do estabelecimento.....  
Cargo *Garçom*.....  
CBO nº.....  
Data admissão 03 de Setembro de 1905  
Registro nº..... Fls./Ficha.....  
Remuneração especificada R\$ 311,84 (Trezentos e Onze reais e Duzen-  
tos e Seis centavos.  
*Patrícia CD Sodré*  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º *JR. PRODUTOS ALIMENTICIOS LTDA.*  
2º

Data saída 01 de Fevereiro de 1906  
JR. PRODUTOS ALIMENTICIOS LTDA.  
Ass. do empregador ou a rogo c/test

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº.....

15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregado *34.793.844 / 0001 - 59*.....  
Bebidas Monte Roraima Ltda.....  
CGC/MF.....  
Av. dos Bandeirantes, 1066 — Liberdade.....  
Município S CEP 69309-100 Est. S  
Esp. do estabelecimento *J. R. Produtos Alimentícios LTDA.*  
Cargo *ALIMENTADOR DE LIXA DA JR PRODUTOS*..... CBO nº.....  
Data admissão 21 de FEVEREIRO de 1908.....  
Registro nº..... Fls./Ficha.....  
Remuneração especificada R\$ 380,00 (Trezentos e Oitenta Reais)  
Bebidas Monte Roraima Ltda.  
Ass. do empregado *Antônio Carlos Verrí*  
Sócio — Gerente  
1º ..... 2º .....

Data saída 01 de Bebedas Monte Roraima Ltda 2009  
Ass. do empregador ou a rogo c/test

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº.....

**CIPTUR**

**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

**SÉRIE J**

**Nº 808758**

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fir
107	CIPTUR	27/03/18	OESTE	19:15	19:15	19:28	22:12
Cód. Oc.	1001/1003/2016	Cód. Prov.	13023/13999	Cód. Ser. Prest.		Km/Ini.	Km/Fim

**LOCAL DE OCORRÊNCIA**

RUA: RUA LAURA PINHEIRO MAIA C/ RUA FELINTO  
BARBOSA MONTEIRO

Bairro: SENADOR H. CAMPOS

Refe.: CRUZAMENTO.

**PESSOAS RELACIONADAS**

<sup>1</sup> ENVOLVIDO	Nome: ALMIR SOUSA DOS SANTOS.	Idade: 43	E. Civil: SOLTEIRO.
Endereço:	RUA S-37, Nº 308, BAIRRO SENADOR HÉLIO CAMPOS.		
Edt. RG:	2591000-SSP/RR	CNH: 05313260860	Profissão: PINTOR.
<sup>2</sup> VÍTIMA	Nome: KALENA SILVA DOS SANTOS.	Idade: 08	E. Civil: XXXXXXXXXXXXXXXXX
Endereço:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Edt. R.G	XXXXXXXXXXXX	CNH XXXXXXXXXXXXXXXXX	Profissão: XXXXXXXXXXXXXXXXX
<sup>3</sup> XXXXXX	Nome: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Idade: XXX	E. Civil: XXXXXXXXXXXXXXXXX
Endereço:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Edt. R.G	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	CNH	Profissão: XXXXXXXXXXXXXXXXX

**ARMAS, OBJETOS, VALORES E MATERIAIS APREENDIDOS.**

V-01 ITEM 1: VW/KOMBI DE COR BRANCA E PLACA NBA-6832;  
V-02 ITEM 2: MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS DE COR P=RETA E PLACA NUL-0569.

ASSINATURA

CARGO

A.D.C

LOCAL

4º DP

Senhor (a) Delegado (a)

INFORMO QUE ACIONADO VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO SUPRACITADO, DESLOCAMOS AO LOCAL ONDE SEGUNDO INFORMAÇÕES DO RELACIONADO NO ITEM 01 DESTE ROP, O VEICULO VW/KOMBI DE COR BRANCA E PLACA NBA-6832, TRAFEGAVA NA RUA LAURA PIMHEIRO MAIA SENTIDO CENTRO>BAIRRO, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA FELINTO BARBOSA MONTEIRO (N-24), COLIDIU NA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS DE COR PRETA E PLACA NUL-0569, QUE TRAFEGAVA NA REFERIDA RUA SENTIDO>RUA SOLON RODRIGUES (N-5) CONDUZIDA PELO ITEM 01, QUE TRANSPORTAVA COMO PASSAGEIRO SUA FILHA ITEM 02. INFORMO AINDA QUE NÃO FOI POSSIVEL IDENTIFICAR O CONDUTOR DA KOMBI DEVIDO O MESMO TER SE EVADIDO DO LOCAL SEGUINDO DESTINO IGNORADO. QUE O VEICULO VW/KOMBI É NO NOME DA EMPRESA **MOURA E FIALHO LTDA ME ME, E TEM COMO ENDEREÇO A RUA R DR ZANY, Nº 915, BAIRRO CENTRO, CARACARAI-RR**. QUE PARA RESGUARDAR O PATRIMONIO DO CIDADÃO A KOMBI FOI REMOVIDA PARA O PATIO CREDENCIADO CRD-DETAN. QUE A VITIMA RELACIONADA NO ITEM 02 TEVE FRATURA EXPOSTA NA Perna DIREITA, A PERICIA NÃO FOI ACIONADA DEVIDO O LOCAL TER SIDO VIOLADO. INFORMO TAMBEM QUE EXISTE SINALIZAÇÃO VERTICAL (PLACA DE PARE) NA RUA LAURA PINHEIRO MAIA EXATAMENTE NO CRUZAMENTO COM A RUA FELINTO BARBOSA MONTEIRO.

DIANTE DO OCORRIDO, FOI CONFECIONADO ESTE DOCUMENTO PARA CONHECIMENTO E PROVIDENCIA.  
ERA O QUE TINHA A RELATAR.

ANTONIO R. VICENTE DA SILVA

40.721-6

Nº

2º SGT PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

POLÍCIA MILITAR - RR  
CPC-P2-P3  
CONFIRA COM ORIGINAL  
DATA 02/04/18  
FC. AGNUSON

21 MAIO 2018



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013088/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/03/2018 22:52 Data/Hora Fim: 27/03/2018 23:05  
Origem: Data: 27/03/2018  
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 27/03/2018 22:12

Local do Fato

Município: Boa Vista  
Logradouro: R:LAURA PINHEIRO MAIA C/ R:FELINTO BARBOSA MONTEIRO

Bairro: Senador Hélio  
Nº: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: Acidente de trânsito sem vítima - Abalroamento	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome: KALENA SILVA DOS SANTOS (EN VOLVIDO (AUSENTE))	Sexo: Feminino	Idade 8
Nacionalidade: Brasileira		
Estado Civil: Sem Informação		
Raça/Cor: Sem Informação		

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome: ALMIR SOUSA DOS SANTOS (EN VOLVIDO (AUSENTE))	Sexo: Masculino	Idade 43
Nacionalidade: Brasileira		
Profissão: Pintor		
Estado Civil: Solteiro(a)		
Raça/Cor: Sem Informação		
Nome da Mãe: Rg: 2591000-ssp/rr		

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: R: S-37  
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 308

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE )	
Ramo de Atuação: Órgão público	Representante: 2º Sgt Pm Antonio R. Vicente
<u>Endereço</u>	

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) EN VOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 04/04/2018 10:52  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

21 MAIO 2018

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013088/2018

TEXTO EXATO CONFORME ROP PM 808758

INFORMO QUE ACIONADO VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO SUPRACITADO, DESLOCAMOS AO LOCAL ONDE SEGUNDO INFORMAÇÕES DO RELACIONADO NO ITEM 01 DESTE ROP, O VEICULO VW/KOMBI DE COR BRANCA E PLACA NBA-6832, TRAFEGAVA NA RUA LAURA PINHEIRO MAIA SENTIDO CENTRO>BAIRRO, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA FELINTO BARBOSA MONTEIRO (N-24), COLIDIU NA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS DE COR PRETA E PLACA NUL-0569, QUE TRAFEGAVA NA REFERIDA RUA SENTIDO>RUA SOLON RODRIGUES (N-5) CONDUZIDA PELO ITEM 01, QUE TRANSPORTAVA COMO PASSAGEIRO SUA FILHA ITEM 02. INFORMO AINDA QUE NÃO FOI POSSIVEL IDENTIFICAR O CONDUTOR DA KOMBI DEVIDO O MESMO TER SE EVADIDO DO LOCAL SEGUINDO DESTINO IGNORADO. QUE O VEICULO VW/KOMBI É NO NOME DA EMPRESA MOURA E FIALHO LTDA ME ME, E TEM COMO ENDEREÇO A RUA DR ZANY, Nº 915, BAIRRO CENTRO, CARACARAI-RR. QUE PARA RESGUARDAR O PATRIMONIO DO CIDADÃO A KOMBI FOI REMOVIDA PARA O PATIO CREDENCIADO CRD-DETTRAN. QUE A VITIMA RELACIONADA NO ITEM 02 TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNAS DIREITA, A PERICIA NÃO FOI ACIONADA DEVIDO O LOCAL TER SIDO VIOLADO. INFORMO TAMBEM QUE EXISTE SINALIZAÇÃO VERTICAL (PLACA DE PARE) NA RUA LAURA PINHEIRO MAIA EXATAMENTE NO CRUZAMENTO COM A RUA FELINTO BARBOSA MONTEIRO.  
DIANTE DO OCORRIDO, FOI CONFECIONADO ESTE DOCUMENTO PARA CONHECIMENTO E PROVIDENCIA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

## ASSINATURAS

Glebson Souza de Assis  
Responsável pelo Atendimento

Policia Militar do Estado de Roraima  
(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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**DOCUMENTO  
ORIGINAL**



Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

21 MAID 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
**POLÍCIA CIVIL**  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE  
**DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT**  
“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°013088/2018/4º DISTRITO POLICIAL**

O Sr.<sup>o</sup>

NOME: ALMIR SOUSA DOS SANTOS

RG : 2591000 SSP/PA

SEXO: MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO: 08/09/1974

TELEFONE: (95)99111-5451

ENDEREÇO: RUA ALBERTINA ROSELINA , 294

BAIRRO: SENADOR HÉLIO CAMPOS

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os dados do veículo e o nome do Proprietário.

- MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ESD;
- Placa NUL-0569;
- Cor PRETA;
- Ano 2012/2013;
- Chassi 9C2KD0540DR101655;
- Renavam 00493228284;
- ALMIR SOUSA DOS SANTOS (PROPRIETÁRIO – PAI DA VITIMA);
- QUE O MESMO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE;

*DOCUMENTO  
ORIGINAL*

Agente Carcerário de Polícia Civil  
Givanildo da Silva Vieira  
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 10 de Abril de 2018.

DAT	
10 ABR. 2018	ALMIR SOUSA DOS SANTOS
AGENTE DE POLÍCIA	Comunicante
CONFERIDOR	

21 MAIO 2018



## FICHA DE ATENDIMENTO



BRASILIA

Unidade:

SPN

Equipe: Edson / Gisiane / Cláudia

Paciente:

Kelenice Silva dos Santos

Idade: 8

Sexo: F

Endereço: AV N-11 com S-29 Santa Luzia

Nº 5372

DATA 27/10/18

HORA: 19:14

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM:

Anderson

29:17

CHAMADA

MOTIVO  SOCORRO  TRANSPORTE  ATENDIDO NO LOCAL  OUTRO \_\_\_\_\_

MECANISMO DE TRAUMA			
<b>AUTOMÓVEL</b>	<b>MOTO:</b>	<b>VIOLÊNCIA</b>	<b>OUTROS</b>
<input type="checkbox"/> Cinto [ ] SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima [ ] projetada <input type="checkbox"/> [ ] encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag: [ ] SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Motorista: [ ] <input type="checkbox"/> Passageiro [ ] dianteiro <input type="checkbox"/> traselro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____	<input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> Capacete [ ] SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento _____	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Agressão p/animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____
<b>BICICLETA:</b>	<b>Condutor</b>	<b>Violência Doméstica</b>	
	<input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____	<input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____	

AVALIAÇÃO INICIAL			
<b>Vias Aéreas</b>	<b>Ventilação</b>	<b>Circulação</b>	<b>Aval. Neurológica</b>
<input type="checkbox"/> Dispenéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Fenda Aspirativa	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorréia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorrágia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV

SINAIS VITais E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início 19:22	/	103	20	98%				
Fim 19:50	/	100	20	98%				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
<b>Pele</b>	<b>Cabeça</b>	<b>Face</b>	<b>Pescoço</b>	<b>Tórax</b>	<b>Abdome</b>
<input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Eviceração

<b>Pelve</b>	<b>Coluna Dorsal</b>	<b>Membros</b>
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Luxações

AVALIAÇÃO CARDIACA		ABORDAGEM CLÍNICA	HISTÓRIA PREGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neuroológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra: _____
			<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicinação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA	[ ] ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA	[ ] PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	MÉDIA INTERMEDIADA	[ ] OUTRO
----------------------	---	--	--------------------	-----------

INCIDENTE	Assinatura e Cartório Médico (Unidade de Destino)			MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS
	<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trotar <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:		

RCP	DOCUMENTO COMO ORIGINAL		DADOS PESSOAIS DA VITIMA	
	[ ] Iniciada as: _____	[ ] Terminou as: _____	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs: _____	

UNIFERJ - 13/04/18  
Stephanie  
27 MAIO 2018

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input checked="" type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
---------	---	---

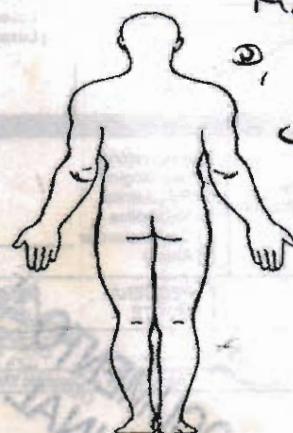
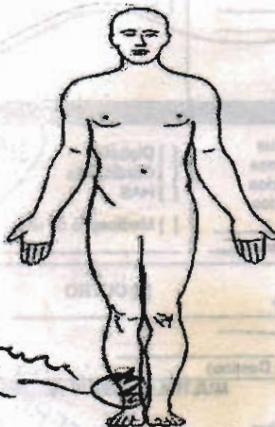
CERTIFICO DO PACIENTE	Description:
	Nome do Receptor:
TERMO DE RECUS A	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (res / min)	Pronto Socorro (min)
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 <input checked="" type="checkbox"/>	10 - 24	4 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>	25 - 35	3 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>	≥ 36	2 <input type="checkbox"/>
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>	01 - 09	1 <input type="checkbox"/>
Orientado	Balbucia	5 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0	0 <input type="checkbox"/>
Confuso	Choro Irritado	4 <input type="checkbox"/>	> 90	4 <input type="checkbox"/>	
Palavras Inapropriadas	Choro a dor	3 <input type="checkbox"/>	70 - 89	3 <input type="checkbox"/>	
Sons ou gemidos	Gemido a dor	2 <input type="checkbox"/>	50 - 69	2 <input type="checkbox"/>	
Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	01 - 49	1 <input type="checkbox"/>	
Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0	
Localiza a dor	Retira ao toque	5 <input type="checkbox"/>	14 a 15	5 <input type="checkbox"/>	
Flexão normal	Retira a dor	4 <input type="checkbox"/>	11 a 13	4 <input type="checkbox"/>	
Flexão anormal	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>	8 a 10	3 <input type="checkbox"/>	
Extensão a dor	Flexão anormal	2 <input type="checkbox"/>	5 a 7	2 <input type="checkbox"/>	
Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	3 a 4	1 <input type="checkbox"/>	

ESCALA DE GLASGOW

ESCORE DO TRAUMA

CONFERE COM O ORIGINAL  
 EM: 13/10/18  
 Stephanie  
 DOCUMENTO  
 ORIGINAL



Francisco Eládio C. de Aguiar Neto  
 CRM- RR 100  
 Clínica Nossa Senhora da Conceição

#### GESTANTE

IG p/ semana: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_  
 Perda de líquido: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_  
 Com cartão  Sem cartão

#### MATERIAL E MEDICAÇÃO

- Unas  
 - 02 ataduras 20cm  
 - 01 atadura 8cm

EDM  
 ENFERMEIRA  
 MARIA

27 MAIO 2018



**Ficha de Atendimento  
URGENCIA/EMERGENCIA  
Cor Classificação: VERMELHO**

Senha: PUE0068

DATA DO CADASTRO: 27/03/2018 20:03  
Usuário do Cad.: ALAIS E.DINELLY



Prontuário: 17951 Data Nascimento: 11/06/2009 Idade: 8 Anos / 9 Meses / 16 Dias

Nome do Paciente: KALENA SILVA DOS SANTOS

Sexo: FEMININO

Endereço: RUA MARIA SANTA DA SILVA

Bairro: SILVIO LEITE

CEP: 69309000

Nacionalidade: BRASILEIRO (A)

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO SILVA DOS ANJOS

Naturalidade: BOA VISTA

Cidade: BOA VISTA

Telefone: 91588078

CNS: 898003268894552

Número: 171

Responsável:

Parentesco:

Identidade:

CPF:

Endereço:

Número: 0

Complemento:

CEP:

Atendimento: 21941

Data: 27/03/2018 20:03:19

Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA

Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA

Local de Procedência: DOMICILIO

4 Alensi

Peso: 0 KG Temp.: 0 Usuário triagem: LILIANA ARAUJO BEZERRA

Paciente de 8 anos vítima de colisão com moto apresentando trauma perna (1) sem outra etiologia. Exame físico TAB hidroabdominal eupneico febril na macerada glauco 15pt, pupilas normoagrade e cardipulmonar estufado abdominal incerte não se evidencia fratura exposta l/3 distal fibula (1)

HCT PCR

- Ibram 22mg + 50ml SFAS / ST Adm  
- Isoflurane 1gr EV Agora - 20/33  
- Analgesia ortopédica

Dr. Luis Carlos  
Centro de Medicina

Sexta

Bottrops 11<sup>o</sup> warmer Money.

ditions around town of Tigray can  
bear at ①. Measurement of exp.  
osmosis in plants ②.

an. Ao correr curvar pt  
TPO curvar.

**Dr Marcus Brunner**  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19171/R

28/03

10.14

Gracianus

20125

24/03/18

一  
九

COPYRIGHT  
COL. O. GRIFFITH

JULY 08, 1918

F. J. der Stev.

ASSISTANT



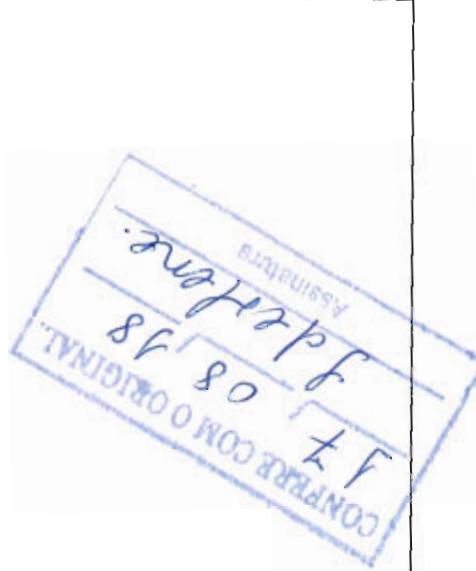
Sistema Municipal de Saúde - SMSA  
Santuário da Criança e do Adolescente  
Hopital da Criança e Santo Antônio

PREFEITURA  
**BOA VISTA**  
Trabalhar e cuidar das pessoas

## PRONTUÁRIO

# 234452

Data do Cadastro: 29/07/2015



Cartão SUS:  
0898003268894552

Data Nascimento:  
11/06/2009

Sexo:  
FEMININO

Nome:  
KALENA SILVA DOS SANTOS...

Mãe:  
MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA DOS ANJOS FILHA





HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

PREScrição MÉDICA



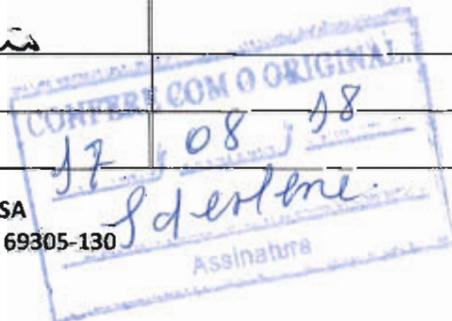
Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Kalina Silva do Sauto IDADE: 5 an.

PESO: 22 Kg PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: LEITO: 02 b

Alergia: Fratura exposta 1/3 distal tibia direita

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
27/03/18 20:15	1) Dieta zero até segunda ordem 2) SMB	mante
	SGS/ 372 ml KCl 10% 5,6ml NaCl 10% 6,7ml	22/04/18 16
	3) Medicamento	
	Du cefazolina 550 mg EU 6/6 Inhalal 22 mg + SF 0,9% 50ml i.v 6/6 SIN	22/04/18 20
	- Dipirona 0,8ml EU 6/6 - Plasil 0,6ml EU 8/8 SIN	22/04/18 16
	4) Controle de sinais vitais	noline
	5) Notificar intercomunicos	
	⑥ Gentamicina 150 mg a 1x/ris	OK
	Dr Marcus Brunner Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1917	
	② Rantidol 22 g (EU) 12/12h	00:40
8:30 20/3/18	③ Panor rales revestido de acrílico	





## HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**



Prefeitura Municipal de Boa Vista  
  
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Karen Sora dos Santos DADE: 8a.

PESO: \_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ HD: \_\_\_\_\_ BLOCO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

Errors exceed errors due to chance. (1)

Hospital da Criança Santo Antônio ~ HCSA  
Av. das Guianas, N°1645, 13 de Setembro - CEP: 69305-130  
PABX: 3624 1684 Boa Vista/RR



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Keleno Silveira dos Santos IDADE: 8

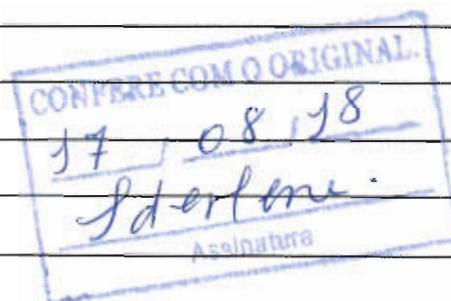
PESO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ HD: \_\_\_\_\_ BLOCO: F LEITO: 10

fx exposto dos ossos da perna.

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
22/03/18	1) Dieta ad libitum pródota.	SND
	2) AVS	Manten
	3) Cefazolina 550mg IV 6/6h D3	12 18 21 06
	4) Gentamicina 154 mg IV 1x/dia D3	22
	5) Tromal 20mg f/ev 8/8h. SF 0,9% 50ml f/ev dor intenso	SP
	6) Dipirona 0,8 ml ev 6/6h	12 18 21 06
	7) Ronitidina 20mg IV 12/12h.	10 21
	8) SSUV + CC66	Rotina

Ob: mortido

Dr. Leonardo Rabelo  
Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1715





## HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

## **PREScrição MÉDICA**



Prefeitura Municipal de Boa Vista  


NOME: Kalena Silveira dos Santos IDADE: 10

PESO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ HD: \_\_\_\_\_ BLOCO: F LEITO: 40

Ex experts over de peren

Hospital da Criança Santo Antônio – HCSA  
Av. das Guianas, N°1645, 13 de Setembro - CEP: 69305-130  
PABX: 3624 1684 Boa Vista/RR



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Kalena Alice dos Reis IDADE: 3  
PESO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ HD: \_\_\_\_\_ BLOCO: F LEITO: 10

*Te encontre doses de pano*

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
20/03/19	① Diclofenac 50mg p/inf. 10ml	8/10
	② AVp.	manten
	③ Cefazolin 650mg EV 6/6 hrs.	12 18 24
	④ Gentamicina 0,154 mg EV 12/12 hrs	22
	EV Itraconazol 150mg / 8/8 hrs (AV) 16	
	Sfo. g. 50ml	
⑤	Dipirona 0,8 ml EV 8/6 hrs (AV) 10 12 24	
⑥	Loratadina 10 mg EV 12/12 hrs	10 22
⑦	SS UV + CGC	
	<i>(Handwritten signature)</i>	
	<i>CRM/RN 1908</i>	
	<i>CONFIRA COM O ORIGINAL</i>	
	<i>14/08/19</i>	
	<i>Jd elene</i>	
	<i>Assinatura</i>	



Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital da Criança Santo Antônio  
Laboratório de Análises Clínicas

"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

### Resultado de Exames

Paciente:	KALENA SILVA DOS SANTOS	Sexo:	F	Nasc:	11/06/2009	Idade:	08A
Requisição:	20146223	Setor:	BLOCO F	Coleta:	30/03/2018 11:22:31		
Origem:	HCSA	Leito:	1	Emissão:	30/03/2018 13:23:30		

### Exames

Material: Soro

Método: Automatizado Mindray BS-380

		Referência
FOSFATASE ALCALINA	102.66 U/L	27.0 - 100.0
GAMA GT	14.26 U/L	12.0 - 45.0
TRANSAMINASE - TGP	9.68 U/L	11.0 - 39.0
TRANSAMINASE - TGO	37.71 U/L	5.0 - 38.0
PROTEINA C REATIVA - PCR	88.32 mg/L	0.0 - 8.0
cK+	4.01 mmol/L	3.5 - 5.00
cNa+	136.20 mmol/L	136 - 146
cCa2+	1.13 mmol/L	1.15 - 1.29
cCl-	106.60 mmol/L	98- 106
CREATININA	0.69 mg/dL	0.4 - 1.4
UREIA	24.51 mg/dL	15.0 - 45.0

  
Juliana Cristina Ferreira  
Farmacêutica - Bioquímica  
CRF - RR 057





Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital da Criança Santo Antônio  
Laboratório de Análises Clínicas

"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

### Resultado de Exames

Paciente:	KALENA SILVA DOS SANTOS	Sexo:	F	Nasc:	11/06/2009	Idade:	08A
Requisição:	20146223	Setor:	BLOCO F	Coleta:	30/03/2018 11:22:31		
Origem:	HCSA	Leito:	1	Emissão:	30/03/2018 13:23:30		

#### Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma	Referência
LEUCOCITOS	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	20.0 - 40.0
MONOCITOS	3.0 - 12.0
EOSINOFILOS	0.5 - 5.0
BASOFILOS	0.0 - 1.0



Enrograma	Referência
ERITROCITOS	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	37.0 - 54.0
VCM	80.0 - 100.0
HCM	27.0 - 34.0
CHCM	32.0 - 36.0
RDW CV	11.0 - 16.0
RDW SD	35.0 - 56.0

Plaquetograma	Referência
PLAQUETAS	150 - 400
VPM	6.5 - 12.0
ADP	9.0 - 17.0
PCT	1.08 - 2.82

#### Outros Exames

VELOCIDADE DE HEMOSEDIMENTACAO	80 mm na 1ª hora	Referência H: até 8.0; M: até 20.0
--------------------------------	------------------	---------------------------------------

Laura Cardoso  
Farmacêutica - Bioquímica  
CRF - RR 012







HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO  
CIRÚRGICO



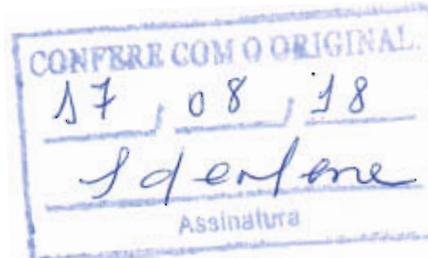
Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 27/03/18 O.S.



Diagnóstico Pré- Operatório *fractura exposta ossos pert.* (B)

Indicação Terapêutica *TTO diante exp. ossos pert.*

Técnica de intervenção *TTO diante exp. ossos pert.*

Medicações e Acidentes *f*

Cirurgião *Dr. Marcelo Brunner* 1º Auxiliar *Dr. Almanur RZ.*

Instrumentadora

Anestesistas

Anestesia

Início \_\_\_\_\_ Fim \_\_\_\_\_

Duração  
*Dr. Marcelo Brunner*  
Traumatocirurgista / Ortopedista  
CRM-RR 1243

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) paciente em dia para procedimento
- 2) anestesia + bloqueio + coagulação
- 3) abertura na incisão na lesão exposta, remoção de tecido morto. Tore exaurida d'água.  
foi fratura. Tore exaurida d'água.  
fixação de fios de Kirschner
- 4) anastomose nos bonecos na lesão d'água.
- 5) curvatura.
- 6) tira borda excessiva.
- 7) tira borda excessiva.

27/03/18 OBS: não tem fixador externo  
nesta unidade.

Data

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

Assinatura



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO  
ANTÔNIO

# FICHA ANESTÉSICA



CONFIRA COM O ORIGINAL.

17 08,18  
Assinatura

27/03/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO

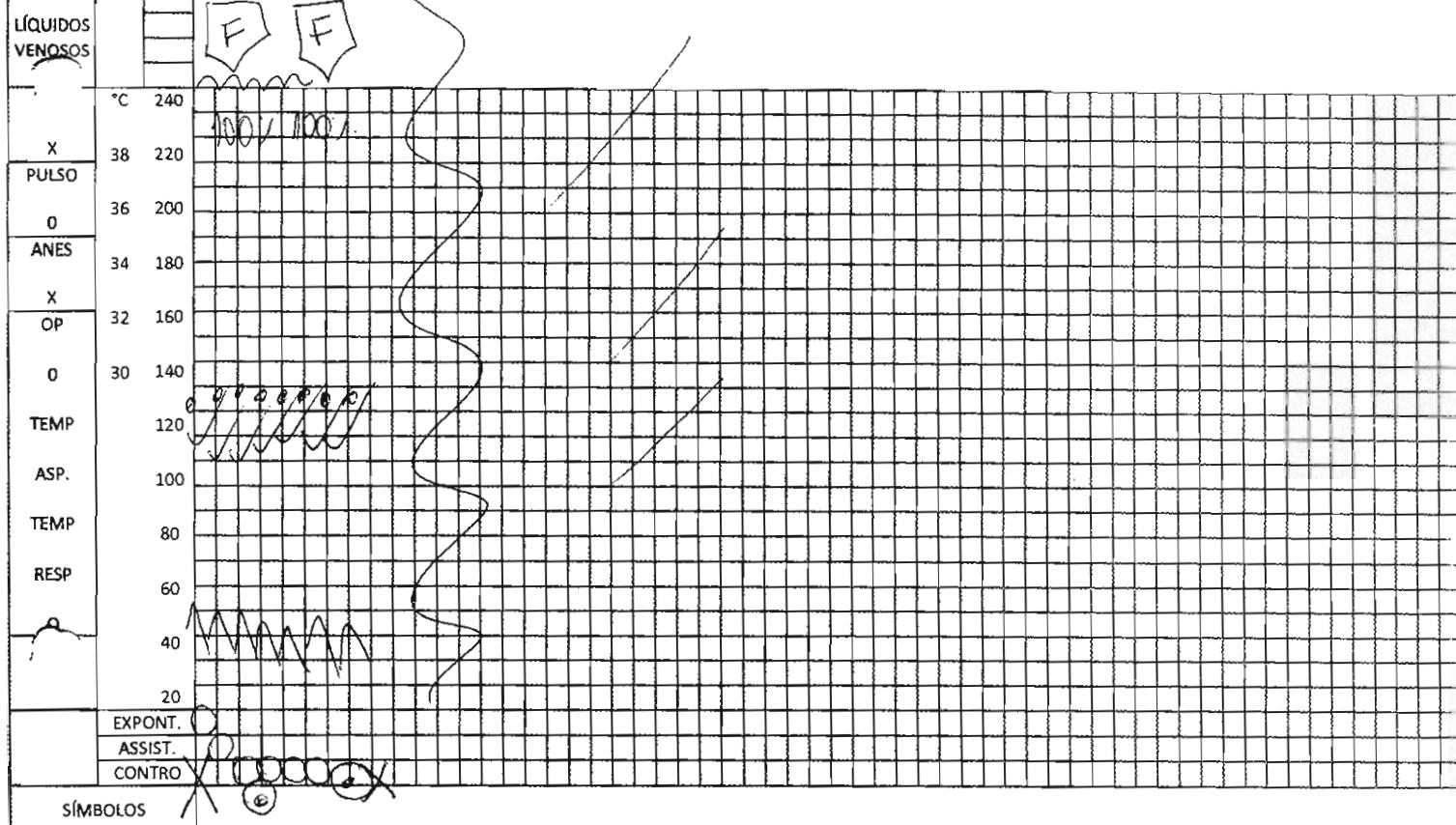
91.15 22.15

Nome: Kalena Sílvia dos Santos, 8mns

Prontuário 234452

P 22kg

	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
A	N2O											
G	O2	X	X	X	X	X						
E	AR	/	/	/	/	/						
N	Sedanil	00000										
T												
E												
S												



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanil 50 mcg		Aerial umosa + inalação	1) Checagem de gases, drogas e equipamentos
B Nitrocaína 20 mg		sob VMG em sistema fechado	
C Propofol 30 mg		e absorvedor de CO2	
D Oximetomidina 3mg			2) ECG + SpO2 + PANI + ETCO2
E Dipirona 800 mg			3) Reversal de verúdizine MSE
F			
G			
GLICOSE			
NDCD			
SANGUE		Cânula - Naso/Oro Faringeia Bal - Tamp - Calibre do Tubo Dificuldade Técnica	Naso/Ostrotraqueal - Cega Sob Máscara
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA

OPERAÇÃO  
 Intervenção de frat. exp. de tibia D

Laringo - Espasmo-Excesso Socri. Depressão e Hemorragia - Arritmia Bradicardia - Choque  
 Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vomito Taquicardia - Choque

ANESTESISTAS COD CIRURGIÃO PERDA SANGUÍNEA

Ana Paula Thomé  
Médica Anestesiologista  
CRM/RN 1408

COD

CIRURGIÃO  
 Mauro A + Marcos (R2)

PERDA SANGUÍNEA



HOSPITAL DA CRIANÇA  
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE  
CONSUMO EM CIRURGIA



NOME DO PACIENTE	Kalena Silva dos Santos	APTº/LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA
CIRURGIA/TIRO	tratamento Cirurgico Fratura de esporão tibia (5)	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO	21:14 FIM 21:50 TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Marcelo Arruda	ANESTESISTA	Dra Paula
1º AUXILIAR	Marcus Brunner	INSTRUMENTADOR	
2º AUXILIAR		CIRCULANTE	Elizânia Andrade

TIPO DE ANESTESIA	General Balanceada	TEMPO DE DURAÇÃO
QUANT.	MATERIAIS	VALOR
	CATUGT SIMPLES Nº	
	CATUGT SIMPLES Nº	
	VICRYL	17
	CATUGT	
	CATUGT CROMADO Nº	
	CATUGT CROMADO Nº	
	CATUGT ATRAUMÁTICO RETO	
	CATUGT ATRAUMÁTICO CURVO	
	FIOS SEDA Nº	
	FIOS DE ALGODÃO Nº	10ml
	MONONYLON C/ AGULHA 2.0	20ml
	MONONYLON S/ AGULHA	
	UNIDADE DE GAZE	
	PARES DE LUVA Nº	7,5 180
	EQUIPOS P/ SORO	
	ROLOS DE ESPARADRAPO	
	DRENOS Nº	17
	SONDAS Nº	17
	AGULHAS	5
	COMPRESSAS	1
	LÂMINAS P/ BISTURI Nº	1
		10 Kirschner 2,5, 20
	SOMA DOS MATERIAIS	
	SOMA DOS MEDICAMENTOS	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA	DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE	VALOR
VISTO DOS RESPONSÁVEIS		
INSTRUMENTADOR (A)  Funcionário (A)/CÁLCULOS	ENFERMEIRA (O) CHEFE  Funcionário(A)/C.C DO PACIENTE FEITO LANÇAMENTO	
	MATERIAL/MEDICAMENTOS	
	SUB-TOTAL	
	TAXA DE SALA/E ANESTESIA	
	SOMA	

ENVIE ESTE FORMULARIO A CONTABILIDADE

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO  
PROTOCOLO

**ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA**

**1- Enfermagem confirma verbalmente com a Equipe:**

- Nome do procedimento realizado.
- Se a contagem de compressas, instrumentos e agulhas estão corretas:  
 SIM       NÃO

**2- Biópsias estão identificadas e com solicitações médicas?**

SIM       NÃO

**3- Houve algum problema com Equipamentos que devem ser resolvidos?**

SIM       NÃO

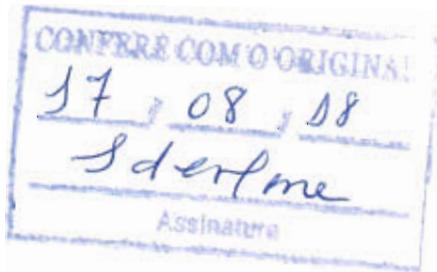
- Cirurgião, Anestesista e Enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente.

**Observação:**

**Assinatura:**

*Enf. Janete Carvalho de Araújo  
COPEN 190356 RL*





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO  
PROTOCOLO

CHECKLIST QUE COMPÕE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

- 1- Identificação do paciente: Kolene Silveira dos Santos  
2- Local da Cirurgia à ser feita:  
3- Procedimento a ser realizado: Atro Cirúrgico Fratura exposta tibia  
4- Consentimento informado realizado :  SIM  NÃO  
5- Checagem do Equipamento Anestésico:  SIM  NÃO  
6- Oxímetro de Pulso Instalado e Funcionando :  SIM  NÃO  
7- O Paciente tem Alguma Alergia?  SIM  NÃO  
- Sim, alergia a quê?  
8- Há Risco de Via Aérea Difícil e/ ou Broncoaspiração?  SIM  NÃO  
9- Há Equipamentos disponíveis para atender intercorrências supracitadas?  SIM  NÃO  
10- Há Risco de Perda Sanguínea>500ml (7ml/Kg em Crianças)?  SIM  NÃO  
11- Há acesso venoso e planejamento para reposição?  SIM  NÃO

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA:

- 1- Todos os Profissionais da Equipe Confirmam Nomes:  
- Cirurgião: Marcelo Diniz Cirurgião Auxiliar: Marcus Brímer  
- Anestesista: Dra. Paola Instrumentador:  
- Enfermeiro (a): Jonet  
- Técnicos de Enfermagem: Andréia Plaza  
2- Antecipação de Eventos Críticos: Revisão do Cirurgião  Sim  Não  
Há passos críticos na cirurgia  Sim  Não  
3- Qual sua duração estimada?  1 Hora  2 Horas  3 Horas  Outras  
4- Há possíveis perdas sanguíneas?  SIM  NÃO  
5- Revisão do Anestesista:  
- Há alguma preocupação em relação ao Paciente?  SIM  NÃO  
6- Revisão da Enfermagem:  
- Houve Correta esterilização do instrumental cirúrgico?  SIM  NÃO  
- Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?  SIM  NÃO  
7- O Atibióco Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?  
 SIM  NÃO  
8- Exames de Imagem estão disponíveis?  SIM  NÃO

KALENA SIlVA DOS SANTOS

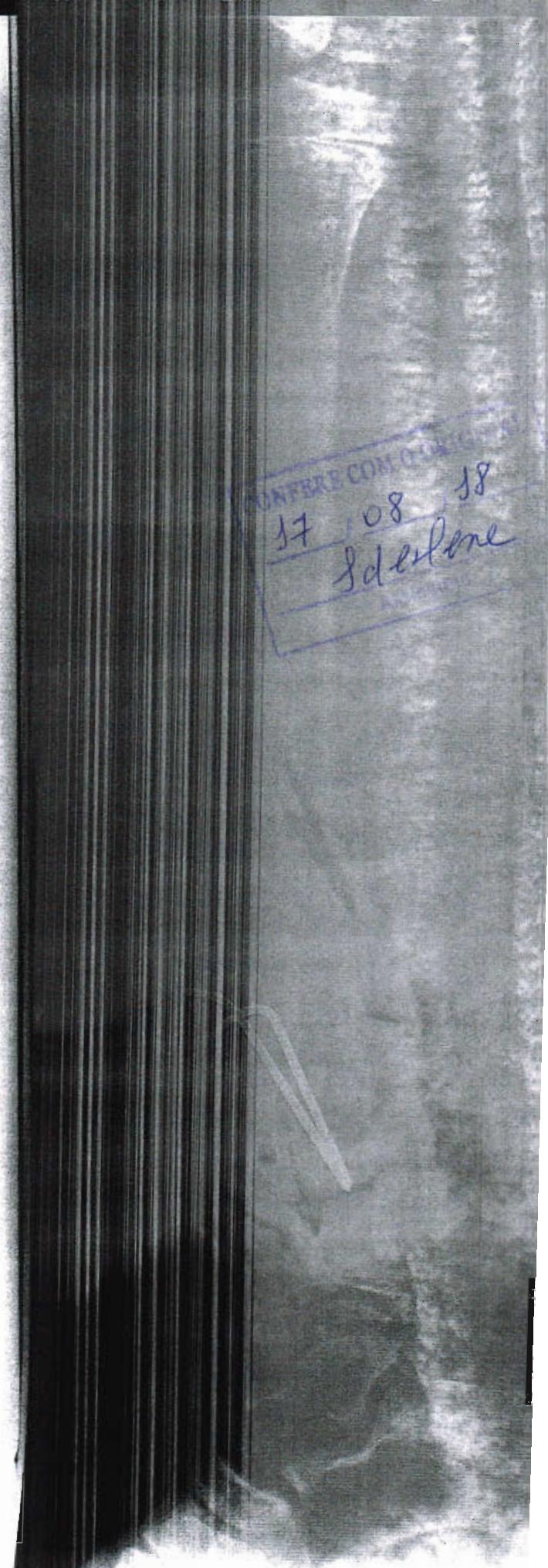
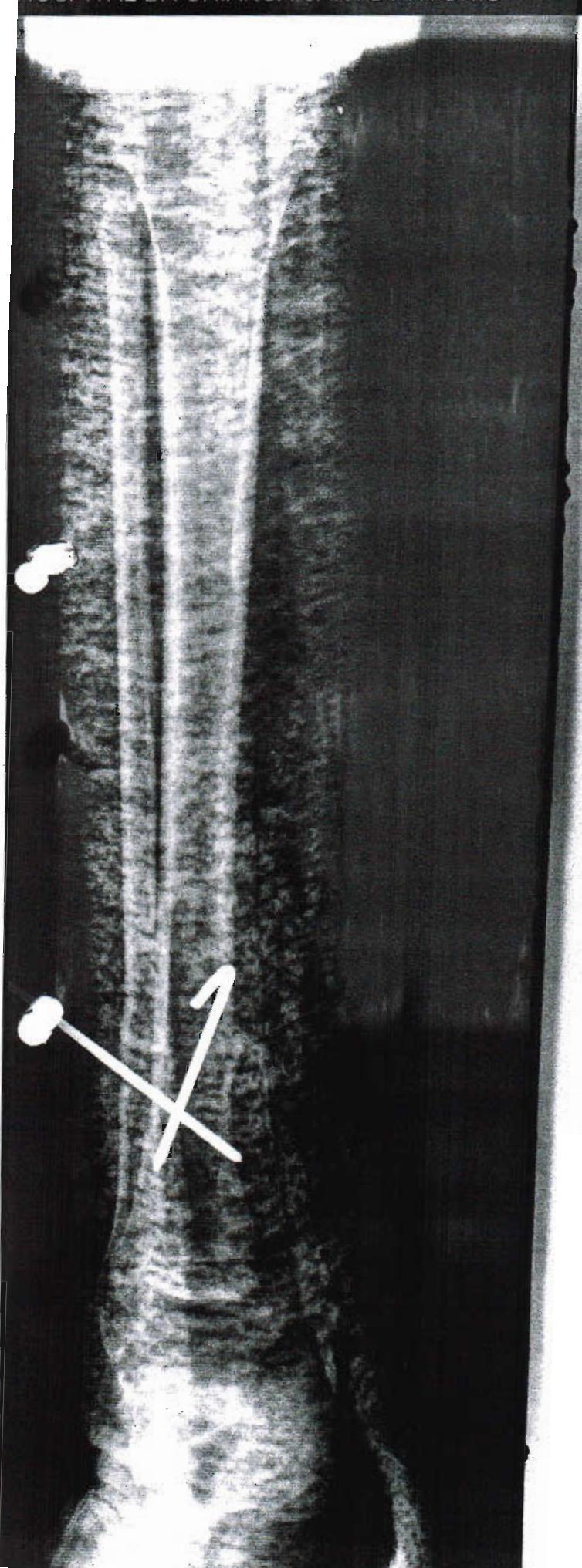
HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO

BLOCO FILE TO 1 Data Exame: 30/03/2018 11:15:54

Tec.

PERNA AP

721 %



CONFERS COM O DRA. SANTOS  
17/08/18  
S. de Leme

KAREN SIEVA DOS SANTOS

Data Exame: 27/03/2018 20:01:14

HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO

Tec.

D



CONFIRE COM O ORIGINAL

17/08/18

Tderlone

Assinatura

Documentos Despesas Médicas  
Documentos Invalidez Permanente  
Documentos Morte  
Dicas Indispensáveis

### PAGUE SEGURO



Como Pagar  
Consulta a Pagamentos Efetuados

### ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

**parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3180236021 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** KALENA SILVA DOS SANTOS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR

**BENEFICIÁRIO** KALENA SILVA DOS SANTOS

**CPF/CNPJ:** 62065084200

#### Posição em 18-03-2019 18:43:17

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/08/2018	Interrupção de Prazo	
25/05/2018	Exigência Documental	
25/05/2018	Aviso de Sinistro	