BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAQUELINE DA SILVA AMANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04575

CONTA: 000000007830-1

Nr. da Autenticação 8E1EADF34BAB98AF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190193715 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM HASTE) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 0286/2019/IML/RR DE 22/01/2019, QUESITO 6º: PREJUDICADO.
PERITO: FRANCISCO F. FARIAS CRM Nº (ILEGÍBEL) UF: RR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

SPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO

SUS

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Boa Vista

(8)

06 / 2018 | Peso_____ | Nome: Nalacha Oliveira | Bloco F | Leito: 08

Ortopedia | Registro: 30437 | Idade: 09a | Data da internação 08/06/2018

ESPECIAIS:

S VITAIS			CONTROLE HÍDRICO																							
			GANHOS										PERDAS						CUIDADOS ESPECIAIS							
F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:		Diurese	Fezes	Secreção gastrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos		Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	Assinatura Légivel do Técnico de Enfermagem
98	32	-	P					P			-	-	1x	3x	-	0											[illegible]
89	06	100%		—	—	—	—	—	E	-	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—	—	—	—	—	—		[illegible]
-	110	26	-	[illegible]	[illegible]		CPR						1/0	0	-	0											[illegible]
90	24		[illegible]	[illegible]			CPR						1x	1													[illegible]

Exames e/ou recomendações:

CONFERE COM O ORIGINAL

OSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO

SUS

Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

06 / 18 Peso______ Nome: Natacha Oliveira Bloco F Leito: 08
ortopedia Registro: 30437 Idade: 9 Data da internação 08/06/18

S ESPECIAIS:

IS VITAIS				CONTROLE HÍDRICO																								
				GANHOS										PERDAS						CUIDADOS ESPECIAIS								
P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:		Diurese	Fezes	Secreção gastrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos		Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	Assinatura Légivel do Técnico de Enfermagem
<	93	28		Ay				C	1					1	+													
	97	20						O	PM					3x	0		0											
	86	23	-	Hc	5/M			L	P	M				3X	3X	-	0											Terezinha Roraima Nog TÉCNICA DE ENFERMAGEM COREN 387.940
	91	30												2x	0		0											

20 07 18
Assinatura

Exames e/ou recomendações:

OSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO	CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO	Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Boa Vista

06 / 18 | Peso_____ | Nome: Natacha Oliveira | Bloco F | Leito: 08

Ortopedia | Registro: 30437 | Idade: 9a | Data da internação 08 / 06 / 18

ESPECIAIS:

SINAIS VITAIS				CONTROLE HÍDRICO																							
				GANHOS									PERDAS						CUIDADOS ESPECIAIS								
P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:	Diurese	Fezes	Secreção gastrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos		Aspiração	FiO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	Assinatura Légivel do Técnico de Enfermagem
—	64	32	—	LV	S/A		C	P	M				Jx	0	—	0											Vanessa
																											Roseima Nogr TÉCNICA DE ENFEP
—	70	29	—	S/A			C	P	M		—	—	Jx	0	—	0		—									
	77	25		S/A			C	P	M				+	—													
	89	24					C	P	M				Jx	0	—												

Exames e/ou recomendações:

no

Evolução de Enfermagem	Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
Manhã: 07:35h. Liângelo 09 anos encontra-se no 5º DIH com fratura em MIO, acompanhado pela mãe, apresentando-se: consciente, orientado, frio, deambulando com auxílio, eupnéico respirando espontaneamente sem aporte de O_2 suplementar, normofígico e normocordico. Tórax simétrico, abd plano e indolor a palpação sem dreno ofertado, aceita e evacuando presente e sono satisfatório. Orientado quanto ao pós-operatório para o turno da tarde. SSVV - T - 36,7°C; FC - 122 bpm; R - 20 rpm e SpO_2 - 99%.	Kit Punção venosa
	Kit Nebulização
	Cateter nasal (oxigenioterapia)
	Sondagem Nasogástrica
	Sondagem Enteral
	Sondagem Vesical de alívio
	Sondagem Vesical de demora
	Curativo Grau I
	Curativo Grau II
	Retirada de Dreno de Tórax
	Retirada de Ponto
Tarde:	Lavagem Gástrica
	Troca de sonda de gastrostomia
	Bolsa de Colostomia (fechado)
	Bolsa de Colostomia (drenável)
	Outros:
Noite:	

OSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO

SUS

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Boa Vista

8

06 /2018 | Peso_____ | Nome: Natacha Oliveira | Bloco F | Leito: 08

Ortopedia | Registro: 30437 | Idade: 09 a | Data da internação 08/06/2018

ESPECIAIS:

IS VITAIS				CONTROLE HÍDRICO																							
				GANHOS										PERDAS						CUIDADOS ESPECIAIS							
P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:		Diurese	Fezes	Secreção gastrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos		Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	Assinatura Légivel do Técnico de Enfermagem
-	91	32	-	LV	S/N	C		P			M			8x	0	-	0	-										Valeria
-	95	25	-	LV	S/A		C	P	M					1x	0	-	0											Francinha Roraima Nogueira COREN
/	99	22	-	LV	S/A		C	P	M					2x	-													Enfe
/	80	22			S/A		C	P	M					4x	0													Enfe

ASSISTENTE | 29/06/18 | 07:15 | ENFERMEIRO

Exames e/ou recomendações:

ao 09 40

SPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO

SUS

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Boa Vista

06 / 18 | Peso_____ | Nome: Natanha Oliveira | Bloco F | Leito: 08

Ortopedia | Registro: 30437 | Idade: 9 a | Data da internação 08/06/18

ESPECIAIS:

S VITAIS			CONTROLE HÍDRICO																								
			GANHOS										PERDAS						CUIDADOS ESPECIAIS								
F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:		Diurese	Fezes	Secreção gastrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos		Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	Assinatura Légivel do Técnico de Enfermagem
99	32	-	NS/A		C		F						K	0	-	0											Simone
84	26																										Ecl
													1x	0		0											
88	29		AC	SR			C						+	+													
93	20												2x	0													Ana Maria

Assinatura e Carimbo do Médico

Exames e/ou recomendações:

OSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO

SUS

Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

8

/ 06 / 18 Peso ______ Nome: Natacha Amanda Oliveira Bloco OBS II Leito: F-07

Fratura de fêmur Registro: ______ Idade: 9a Data da internação ___/___/___

S ESPECIAIS:

IS VITAIS				CONTROLE HÍDRICO																								
				GANHOS										PERDAS						CUIDADOS ESPECIAIS								
P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:		Diurese	Fezes	Secreção gastrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos		Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	Assinatura Légivel do Técnico de Enfermagem
	88	24		AC	—	—	Cpu	—	—	—				Ø	Ø			—										
	[illegible]	24									—			2x	Ø		Ø	—										
-	93	20	-			-	C	P	pa		—	—		2x	1x		Ø	—										
-	90	24	-	AM		S/A		—	+	—				Ø	-	Ø												

Exames e/ou recomendações:

no

CONFERE COM O ORIGINAL.
20 / 07 / 18
Assinatura

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO

SUS

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Boa Vista

Data: 09/06/18 | Peso: | Nome: Natacha Oliveira | Bloco: F | Leito: 08

Diagnóstico: Siloperdia MID | Registro: | Idade: 9 | Data da internação: 08/06/18

CUIDADOS ESPECIAIS:

SINAIS VITAIS						CONTROLE HÍDRICO																							
						GANHOS										PERDAS						CUIDADOS ESPECIAIS							
HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:		Diurese	Fezes	Secreção gastrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos		Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	Assinatura Légivel do Técnico de Enfermagem
07h																														
08h																														
09h																														
10h	36,4		100	24		AD				CPM						2x	0	—												
11h																														
12h																														
13h																														
14h																														
15h																														
16h																														
17h	36,8		96	24		AD				CPM						2x	1x	—												
18h																														
19h																														
20h	36	—	115	25	—	LV				CPM			—	—		2x	1x	—												
21h																														
22h																														
23h																														
24h																														
01h																														
02h																														
03h																														
04h																														
05h	36,8		104	24												1x	0		0											
06h																														

Higiene

Hora do banho: M

Exames e/ou recomendações:

ENFERMEIRA — Assinatura

CONFERE COM O ORIGINAL

Fernanda Roraima Nogueira
ENFERMEIRA
COREN 381 DAL

OSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO	CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO	Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Boa Vista

06 / 18 | Peso _____ | Nome: Natacha Oliveira | Bloco F | Leito: 08

Ortopedia | Registro: 30437 | Idade: 9a | Data da internação 08 / 06 / 18

ESPECIAIS:

SINAIS VITAIS				CONTROLE HÍDRICO																							
				GANHOS										PERDAS						CUIDADOS ESPECIAIS							
P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:		Diurese	Fezes	Secreção gastrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos		Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	Assinatura Légivel do Técnico de Enfermagem
-	93	20		Jejum	-	-	CPM			—	—	-		1x	Ø		—											Oliveira
-	88	22	-	A/C			CPM			—				1x	Ø 1x	-	5	—	—	—	—	on	on	Gientsi				Sueli
	86	20		A			CPM							1x	Ø		—											Sue
-	100	31	99	-	DC	S/A			CPM					1x	—	—	—											

Assinatura
Data 20 / 06 / 18
CARIMBO COM NOME E COREN

Antonia Gonçalves dos Santos
Técnica de Enfermagem
Coren RR 0006.30060

Exames e/ou recomendações:

no

Hospital da Criança Santo Antonio

SUS

Cód. Atend: 00050164 **Paciente:** 000003043 NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA **CNS:**

Data Nascimento: 12/01/2009 **Idade:** 9 **Unidade de Internação e Leito:** BLOCO F-LEITO08

OCUPAÇÃO DO PAI E LOCAL DE TRABALHO? AGRICULTURA DE SUBSISTÊNCIA

OCUPAÇÃO DA MAE E LOCAL DE TRABALHO? AGRICULTURA

POSSOI OUTRA FONTE DE RENDA? QUAL? NÃO

POSSUI AGREGADO(S) EM CASA ? NÃO PARENTESCO:

NUMERO DE FILHOS: 3

RESIDÊNCIA: PRÓPRIA TIPO DE MORADIA: ALVENARIA QTD CÔMODOS: 2

TIPO DE ABASTECIMENTO DA ÁGUA? POÇO ESCOAMENTO SANITÁRIO? FOSSA SÉPTICA

SITUAÇÃO HABITACIONAL: VILAS/VICINAL

RECEBE ALGUM PROGRAMA DE TRANSFENCIA DE RENDA: BOLSA FAMILIA R$ R$ 350,00

RENDA FAMILIAR: 1 A 3 SALÁRIOS MINIMOS

NUMERO DE FILHOS:

NASCIDO VIVOS: PERDAS FETAIS/ABORTOS: IGNORADO:

TIPO DE GRAVIDEZ:

ÚNICA: DUPLA: TRIPLA A MAIS: IGNORADO:

TIPO DE PARTO:

VAGINAL: CESÁREO: IGNORADO:

*** PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE**

V - CONDUTA PROFISSIONAL/ ACOMPANHAMENTO:

GENITORA DEVIDAMENTE ACOLHIDA E ORIENTADA SOBRE O SEGURO DPVAT E AS NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE. CRIANÇA DEU ENTRADA NESTA UNIDADE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 02/06 E RECEBEU ALTA NO DIA 03/06. RETORNOU NO DIA 08/06 PARA CONSULTA AMBULATORIAL E FICOU INTERNADA PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO (COTOVELO) SIC

SABEMI SEGURADORA S/A
20 AGO 2018
RECEBIDO

SEGUNDA-FEIRA, 11 DE JUNHO DE 2018

ELIZANE MARQUES PACHECO CRESS: 2451 AM/RR

ASSINATURA

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:	NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA		Sexo: F	Nasc:	12/01/2009	Idade:	09A
Requisição:	20156828	Setor: BLOCO F		Coleta:	13/06/2018 11:10:22		
Origem:	HCSA	Leito: 1		Emissão:	13/06/2018 11:50:50		

Coagulograma

Material: Plasma

Método: Coagulômetro Automatizado

		Referência
Atividade Enzimatica	100% %	70 - 100
Tempo de Protrombina (TAP)	13,5" s	10 - 14
RNI	1,00	0.8 - 1.20 (Aceitável 2.0 -
TTPA	39,1" s	24 - 40
TEMPO DE SANGRIA	4'00"	
TEMPO DE COAGULAÇÃO	6'00"	

CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Assinatura

Lydia Dayana Meneses Frota
Farmacêutica - Bioquímica
CRF - RR 246

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:	NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA	Sexo: F	Nasc:	12/01/2009	Idade: 09A
Requisição:	20156828	Setor: BLOCO F	Coleta:	13/06/2018 11:10:22	
Origem:	HCSA	Leito: 08	Emissão:	13/06/2018 11:50:50	

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma		Referência
LEUCOCITOS	6.06x10^3/uL	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	62.90%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	29.70%	20.0 - 40.0
MONOCITOS	4.10%	3.0 -12.0
EOSINOFILOS	2.70%	0.5 - 5.0
BASOFILOS	0.60%	0.0 - 1.0

CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Assinatura

Eritrograma		Referência
ERITROCITOS	5.59 x10^6/uL	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	11.80 g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	42.60 %	37.0 - 54.0
VCM	76.20 ug/mL	80.0 - 100.0
HCM	21.10 pg	27.0 - 34.0
CHCM	27.70 g/dL	32.0 - 36.0
RDW CV	12.80 %	11.0 - 16.0
RDW SD	40.60 fL	35.0 - 56.0

Plaquetograma		Referência
PLAQUETAS	458.00 x10^3/uL	150 - 400
VPM	8.90 fL	6.5 - 12.0
ADP	16.70	9.0 - 17.0
PCT	0.408 %	1.08 - 2.82

Livia Sabino Fernandes
Farmacêutica - Bioquímica
CRF - RR 374

REFEITURA
OA VISTA

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santo Antônio

PRONTUÁRIO

30437

...ência/Emergência	02/06/2018
...ernação	03/06/2018
...bulatorial	08/06/2018
...erno	08/06/2018
...erno	08/06/2018

Cartão do SUS:

Data Nascimento: 12/01/2018

Sexo: F

Nome: NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA

Mae: JOSILENE DA SILVA AMANDES

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:	NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA			Sexo: F	Nasc:	12/01/2009	Idade: 09A
Requisição:	20156828	Setor:	BLOCO F		Coleta:	13/06/2018 11:10:22	
Origem:	HCSA	Leito:	1		Emissão:	13/06/2018 11:50:50	

Exames

Material: Soro

Método: Automatizado Mindray BS-380

		Referência
GLICOSE	111.81 mg/dL	70.0 - 100.0

Jaidson Galdino Nascimento
Farmacêutico - Bioquímico
CRF - RR 259

CONFERE COM O ORIGINAL.
20 / 07 / 18
Assinatura

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

PREFEITURA BOA VISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: NATACHA MANOEL DE OLIVEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE DE TRÂNSITO (CARRO x MOTO) COM VÍTIMA. PRIMEIRO TRAZIDO PARA SAMU EM PRONTO MÉDICO É COLOCA COLEIRA, CONSCIENTE, RESPIRANDO 100% EM AR AMBIENTE. GLASGOW 15

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

AS ACIMA

CONFERE COM O ORIGINAL
20/07/18
Assinatura

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATIZADA

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERNAÇÃO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: PEDIATRIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 21/6/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Marcelo Marques — Médico — CRM 4018/PR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

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

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

PREFEITURA BOA VISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO / /

9 - SEXO Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

CONFERE COM O ORIGINAL 20/07/18 Assinatura

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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 ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /

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

Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 1918/RR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

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

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Boa Vista

Data: 03 / 05 / 18 | Peso _____ | Nome: Natacha Amandes de Oliveira | Bloco: Dos: III | Leito: 31

Diagnóstico: Politraumatizada | Registro: _____ | Idade: 09 a | Data da Internação ___/___/___

CUIDADOS ESPECIAIS:

SINAIS VITAIS						CONTROLE HÍDRICO																							
						GANHOS										PERDAS						CUIDADOS ESPECIAIS							
HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:		Diurese	Fezes	Secreção gastrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos		Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	Assinatura Légivel do Técnico de Enfermagem
07h																													
08h																													
09h																													
10h																													
11h																													
12h																													
13h																													
14h																													
15h																													
16h																													
17h																													
18h																													
19h																													
20h																													
21h																													
22h																													
23h																													
24h																													
01h																													
02h																													
03h																													
04h																													
05h																													
06h																													

Higiene	Exames e/ou recomendações:
Hora do banho	

CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUS

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: NATASCHA SOARES DE OLIVEIRA IDADE: 9 anos

PESO: 30kg PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: _____ LEITO: 31

Politrauma

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
2/6/18	(1) DIETA ORAL ZERO 2° GRAU	SND
	(2) NPO	NSNTER
	(3) SF0,9% ——— 500ml EV 24 horas	24
	(4) CEFTRIAXONA 2g EV. AGORA	24
	(5) DIPIRONA 1,8ml EV. 6/6 horas S/N	SN
	(6) ONDASETRONA 4,5 mg EV. 8/8 horas S/N	SN
	(7) EXAMES LABORATORIAIS + RXS	Cassio
	(8) SSVV + CC GG 6/6 horas	Rafina
	Dr. Marcelo Marques Médico CRM 1818/RR	
03/06/18	(1) Alta hospitalar	
	(2) Dieta oral livre	
	Juliana Barbosa Médica CRM-RR 1490	
	CONFERE COM O ORIGINAL 20/07/18 Assinatura	

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO

SUS

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Boa Vista

Data: 02/06/18 | Peso: | Nome: NATACHA Amandes de Oliveira | Bloco: | Leito:

Diagnóstico: | Registro: | Idade: 9a | Data da internação: / /

CUIDADOS ESPECIAIS:

SINAIS VITAIS						CONTROLE HÍDRICO																						
						GANHOS										PERDAS						CUIDADOS ESPECIAIS								
HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:		Diurese	Fezes	Secreção gastrica	Vômitos (ânsia)	Sondas / Drenos		Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	Assinatura Légivel do Técnico de Enfermagem
07h																														
08h																														
09h																														
10h																														
11h																														
12h																														
13h																														
14h																														
15h																														
16h																														
17h																														
18h																														
19h																														
20h																														
21h																														
22h																														
23h																														
24h	36,8	—	98	30	—	zero	MSD	—	C	P	M	—	—	—			Ø	Ø	—											Luciana
01h																														
02h																														
03h																														
04h																														
05h																														
06h	37,5		100	22	—	zero	4		epm							IX	Ø	—	Ø	—										Fco

Higiene

Hora do banho

Exames e/ou recomendações:

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:	NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA			Sexo: F	Nasc:	12/01/2009	Idade: 09A
Requisição:	20155059	Setor:	TRAUMA		Coleta:	02/06/2018 22:29:25	
Origem:	HCSA	Leito:	TRAUMA-2		Emissão:		

Coagulograma

Material: Plasma

Método: Coagulômetro Automatizado

		Referência
Atividade Enzimatica	91 %	70 - 100
Tempo de Protrombina (TAP)	14" s	10 - 14
RNI	1.03	0.8 - 1.20 (Aceitável 2.0 -
TTPA	46" s	24 - 40

CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Adelene
Assinatura

José Raimundo Alves
Farmacêutico - Bioquímico
CRF - RR 196

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: NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA — Sexo: F — Nasc: 12/01/2009 — Idade: 09A
Requisição: 20155059 — Setor: TRAUMA — Coleta: 02/06/2018 22:29:25
Origem: HCSA — Leito: TRAUMA-2 — Emissão:

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total — Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma		Referência
LEUCOCITOS	21.13x10^3/uL	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	86.20%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	10.00%	20.0 - 40.0
MONOCITOS	3.00%	3.0 -12.0
EOSINOFILOS	0.60%	0.5 - 5.0
BASOFILOS	0.20%	0.0 - 1.0

CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Assinatura

Eritrograma		Referência
ERITROCITOS	4.47 x10^6/uL	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	11.60 g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	33.60 %	37.0 - 54.0
VCM	75.20 ug/mL	80.0 - 100.0
HCM	26.00 pg	27.0 - 34.0
CHCM	34.50 g/dL	32.0 - 36.0
RDW CV	12.80 %	11.0 - 16.0
RDW SD	40.40 fL	35.0 - 56.0

Plaquetograma		Referência
PLAQUETAS	212.00 x10^3/uL	150 - 400
VPM	9.70 fL	6.5 - 12.0
ADP	16.30	9.0 - 17.0
PCT	0.206 %	1.08 - 2.82

Lourdes Almeida
Farmacêutica - Bioquímica
CRF - RR 163

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:	NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA			Sexo: F	Nasc:	12/01/2009	Idade: 09A
Requisição:	20155059	Setor:	TRAUMA		Coleta:	02/06/2018 22:29:25	
Origem:	HCSA	Leito:	TRAUMA-2		Emissão:		

Exames

Material: Soro

Método: Automatizado Mindray BS-380

		Referência
GLICOSE	133.22 mg/dL	70.0 - 100.0

Lourdes Almeida
Farmacêutica - Bioquímica
CRF - RR 163

CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Assinatura

NATACHA AM DE OLIVEIRA

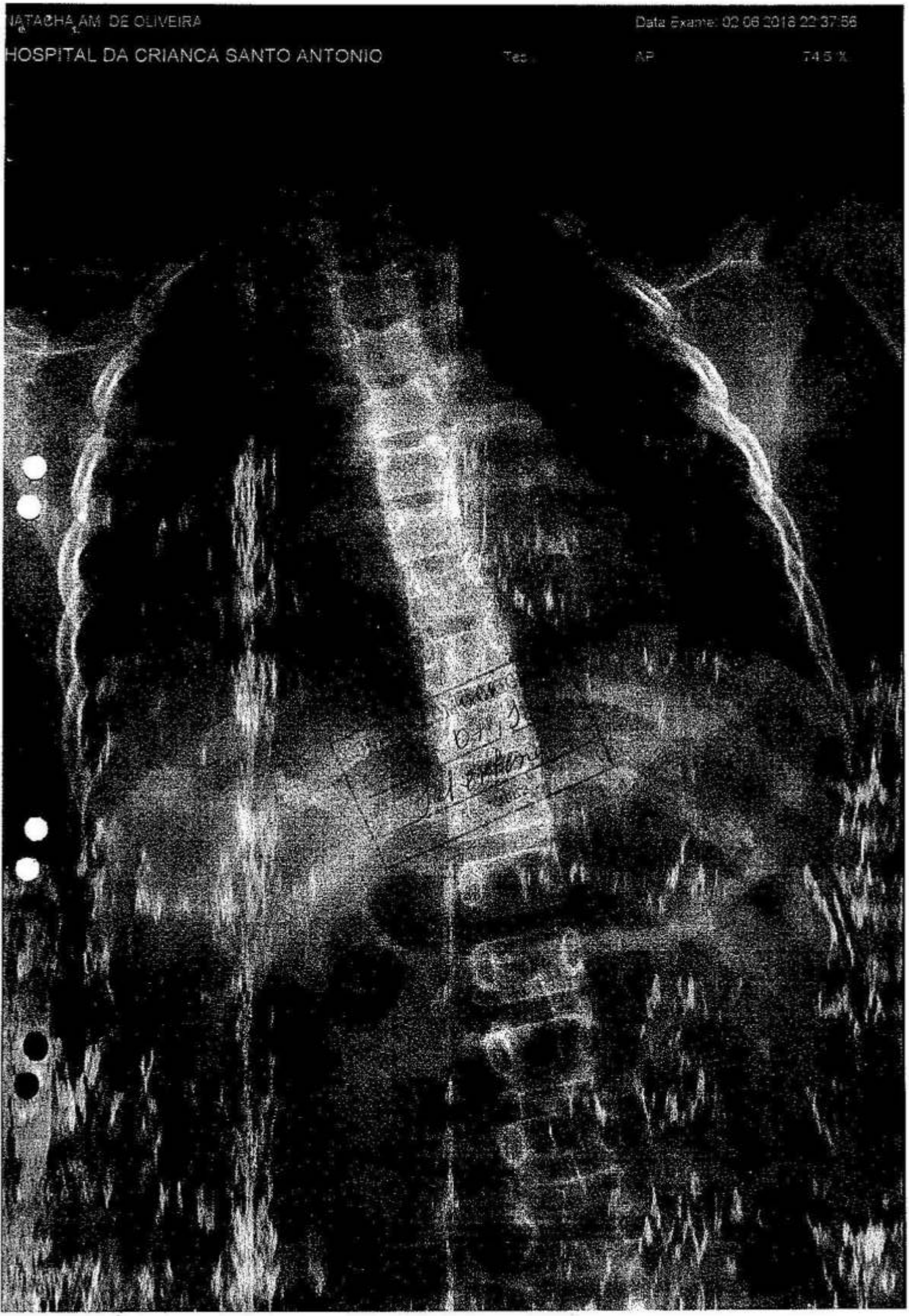
Data Exame: 02 06 2018 22:37:56

HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO

Tec.

AP

74.5 %

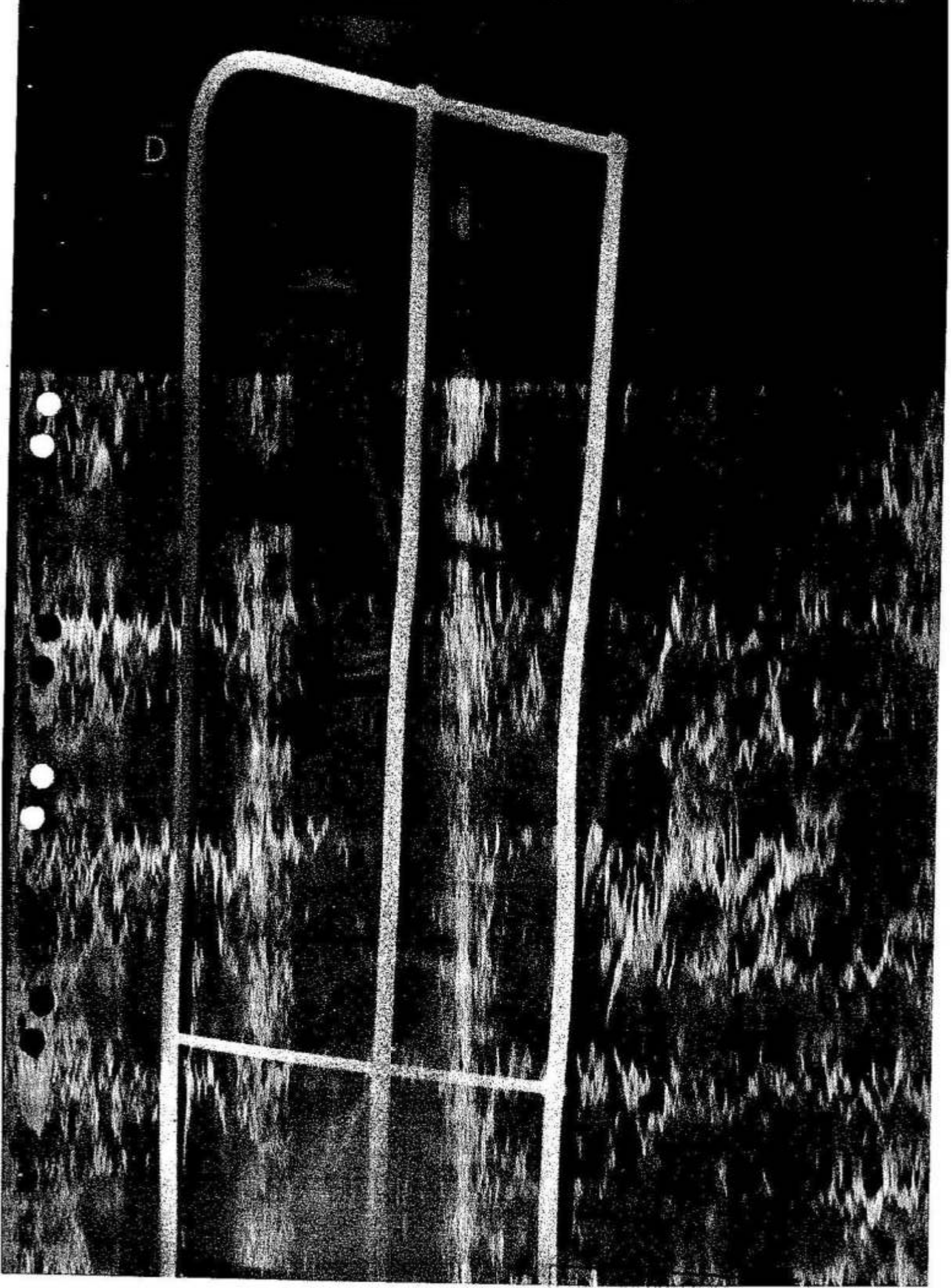


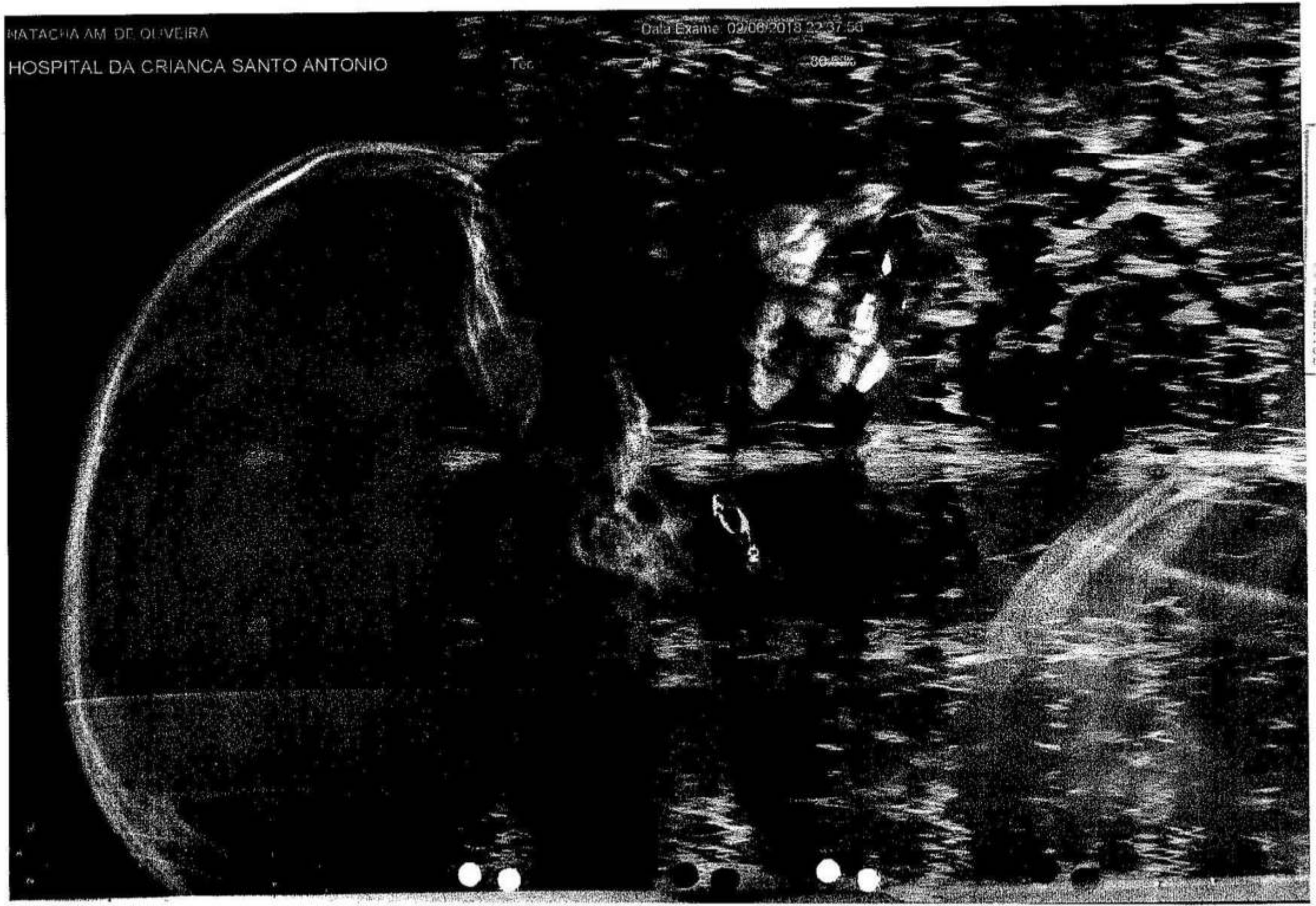
NATACHA AM. DE OLIVEIRA

Data Exame 02/06/2018 22:37:56

HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO

Tec AP 145.3 %




NATACHA AM. DE OLIVEIRA
HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO
Data Exame: 02/06/2013 22:37:56
Tec
AP
30/50

NATACHA AM. DE OLIVEIRA

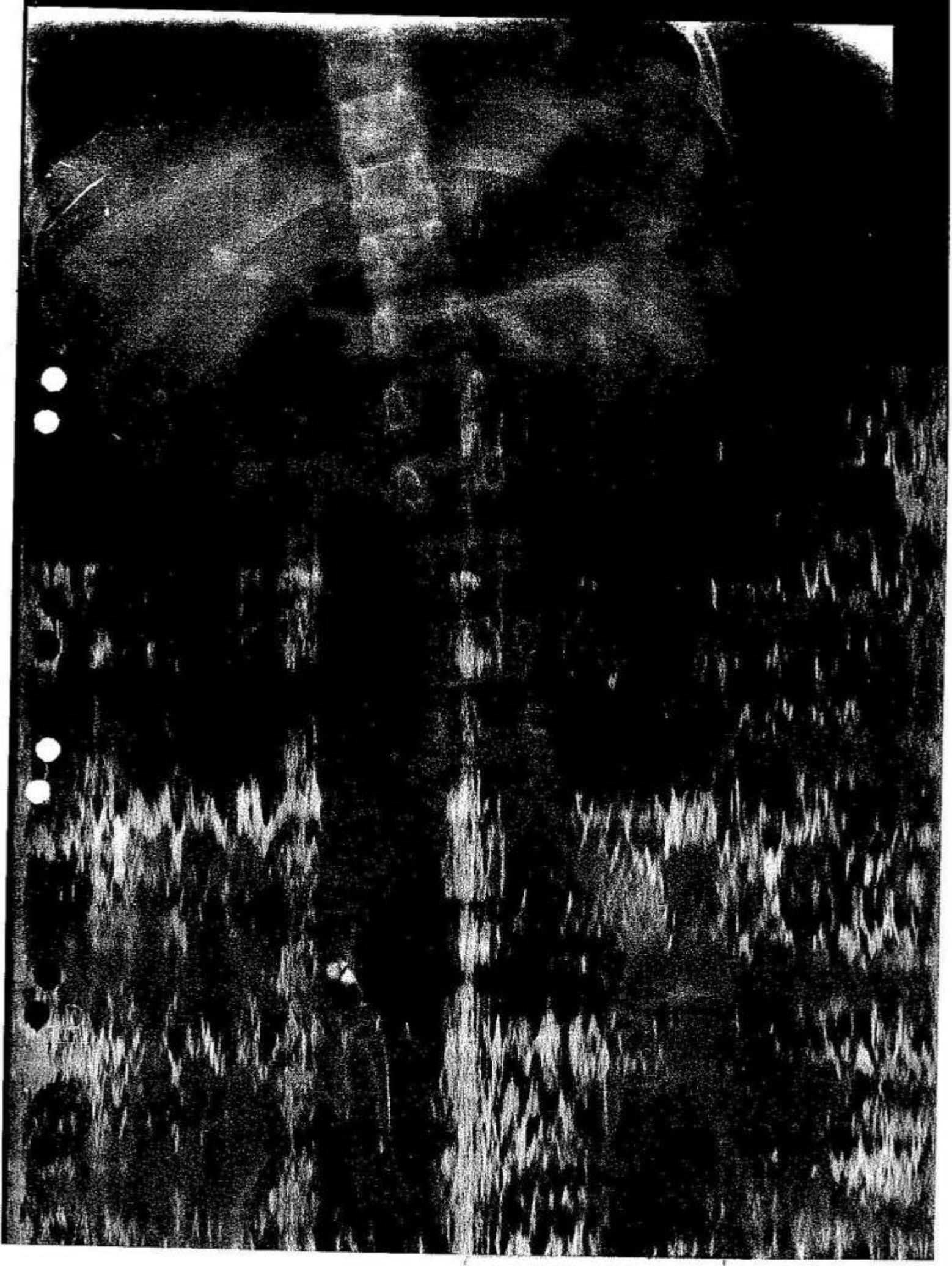
Data Exame: 02 06 2015 22:37:56

HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO

Tec.

AP

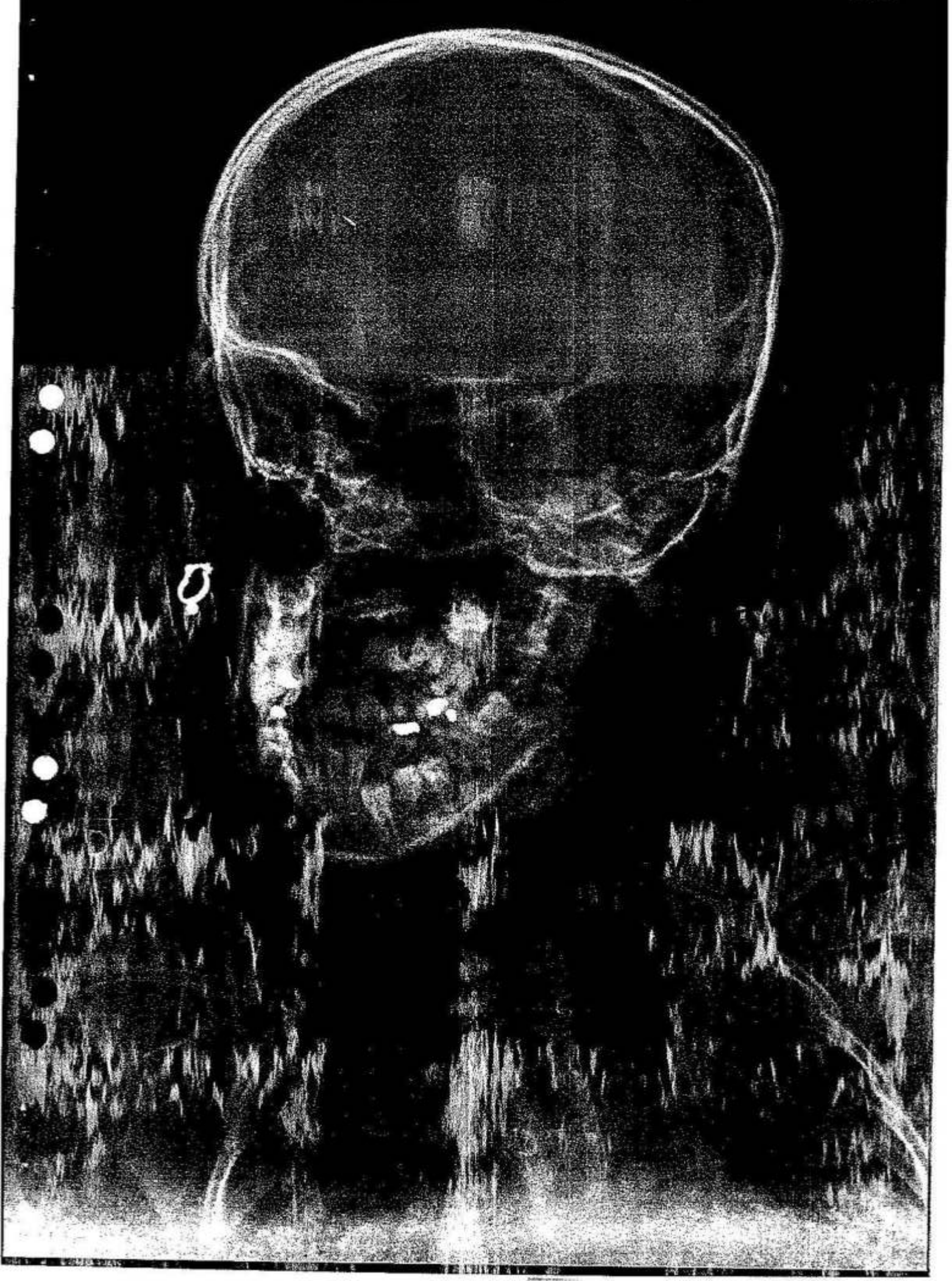
66.7 %



NATACHA AM. DE OLIVEIRA

Data Exame: 03.06.2019 22:37:56

HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO



Santo Antônio
Hospital da Criança

Ficha de Atendimento
URGENCIA/EMERGENCIA
Cor Classificação: VERMELHO

Senha: PUE0187

Data de Emissão: 02/06/2018 21:57
Usuário do Cad.: ALAIS E.DINELLY

47482

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 30437 **Data Nascimento:** 12/01/2009 **Idade:** 9 Anos / 4 Meses / 21 Dias
Nome do Paciente: NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO
Endereço: PA NOVA AMAZONIA **Naturalidade:**
Bairro: BOA VISTA **Número:** 0
CEP: 69309000 **Cidade:** BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) **Telefone:** 91254042
Nome da Mãe: JAQUELINE DA SILVA AMANDES **CNS:**

DADOS DO RESPONSAVEL

Responsável: JAQUELINE DA SILVA AMANDES **Parentesco:** MAE **Fone:** 91254042
Identidade: **CPF:**
Endereço: PA NOVA AMAZONIA **Número:** 0

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 47482 **Data:** 02/06/2018 21:54:01
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA **Tipo:** UE || URGENCIA E EMERGENCIA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE CARRO

Observação:
Peso: 30 KG **Temp.:** 1 **Usuário triagem:** AILTON DOS REIS MORAES Dextro 102 mg/dl

ANAMNESE/HIPOTESE DIAGNOSTICA

criança que sofreu trauma por acidente automóvel que foi ejetado pelo seus. entrou em tempo espera e pisou, Respirando adequado cardiovascular normal abdome flacido doloroso não rebote peritônio. Membro inferior direito com deformidade. possível fratura de fêmur, presença de Glasgow 15 pts. FOI politraumatizado

EXAMES SOLICITADOS

Hc/Glicemia/coagulograma/EAS.

CONDUTA

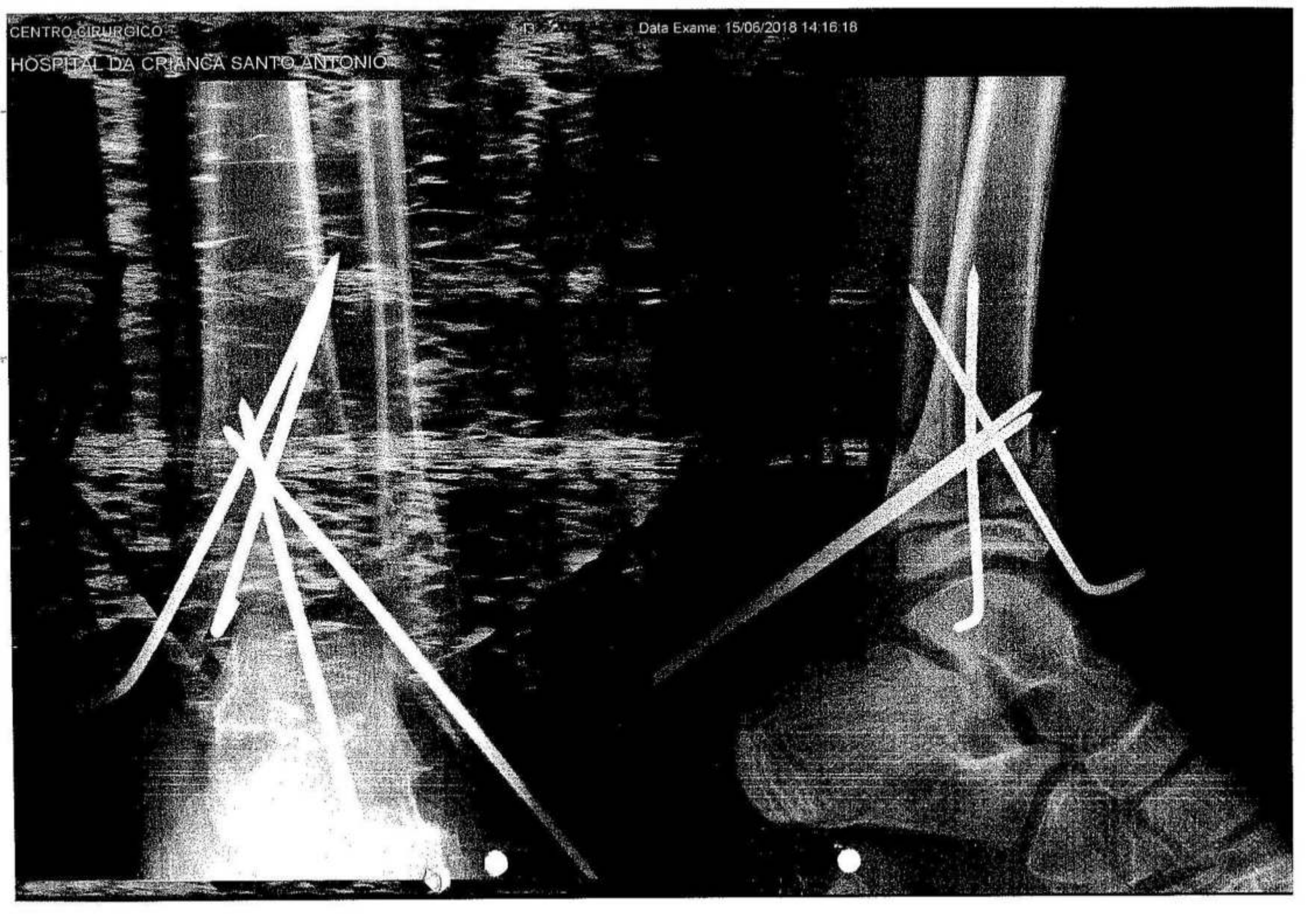
① Hidratação SF 0,9% — 500ml ② Ceftriaxona 2gm IV
③ Dipirona 1ml EV
④ RX pelvica
⑤ EAS por sonda.
⑥

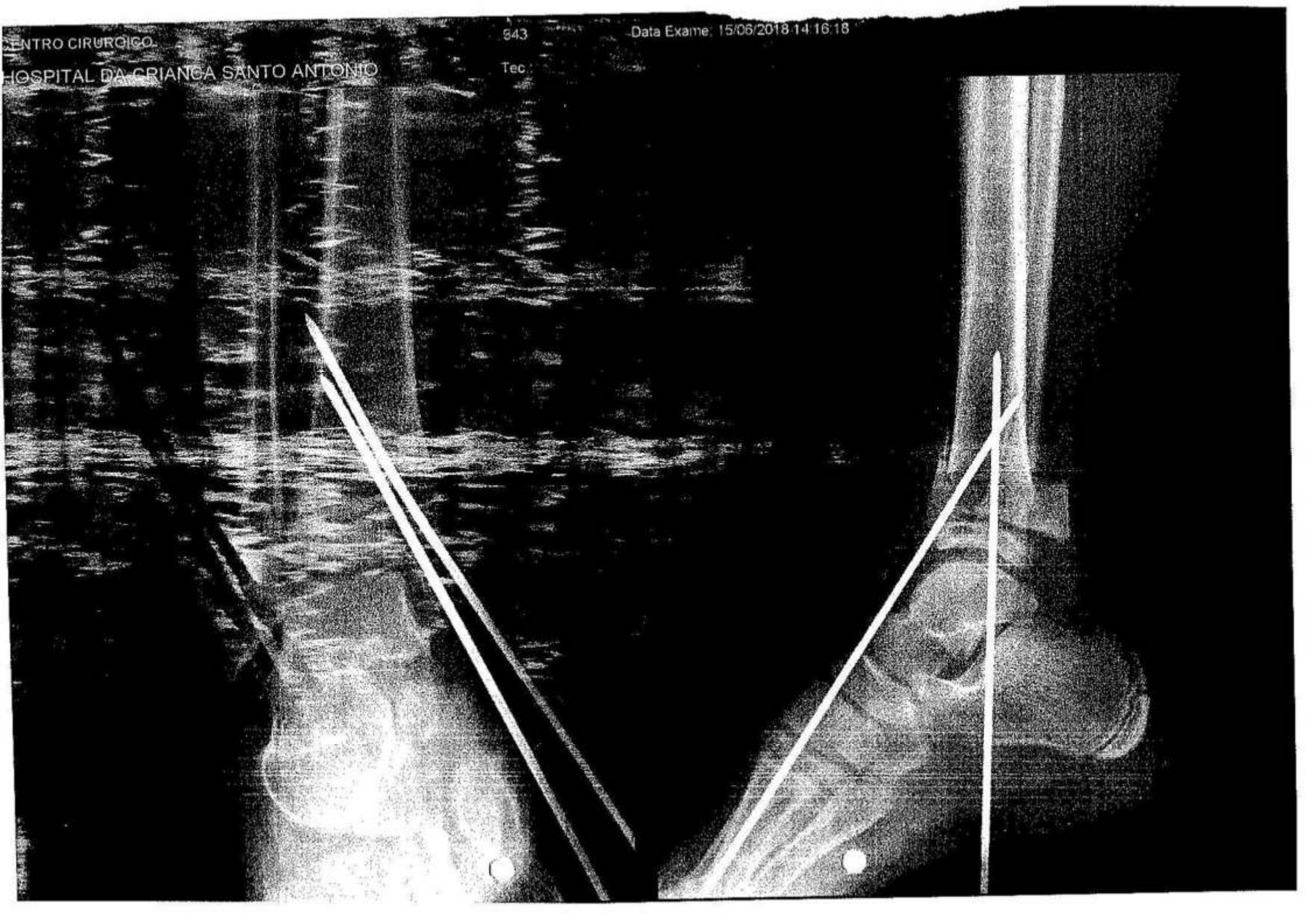
Fábio Manduca
COREN/RR 38139 - TE

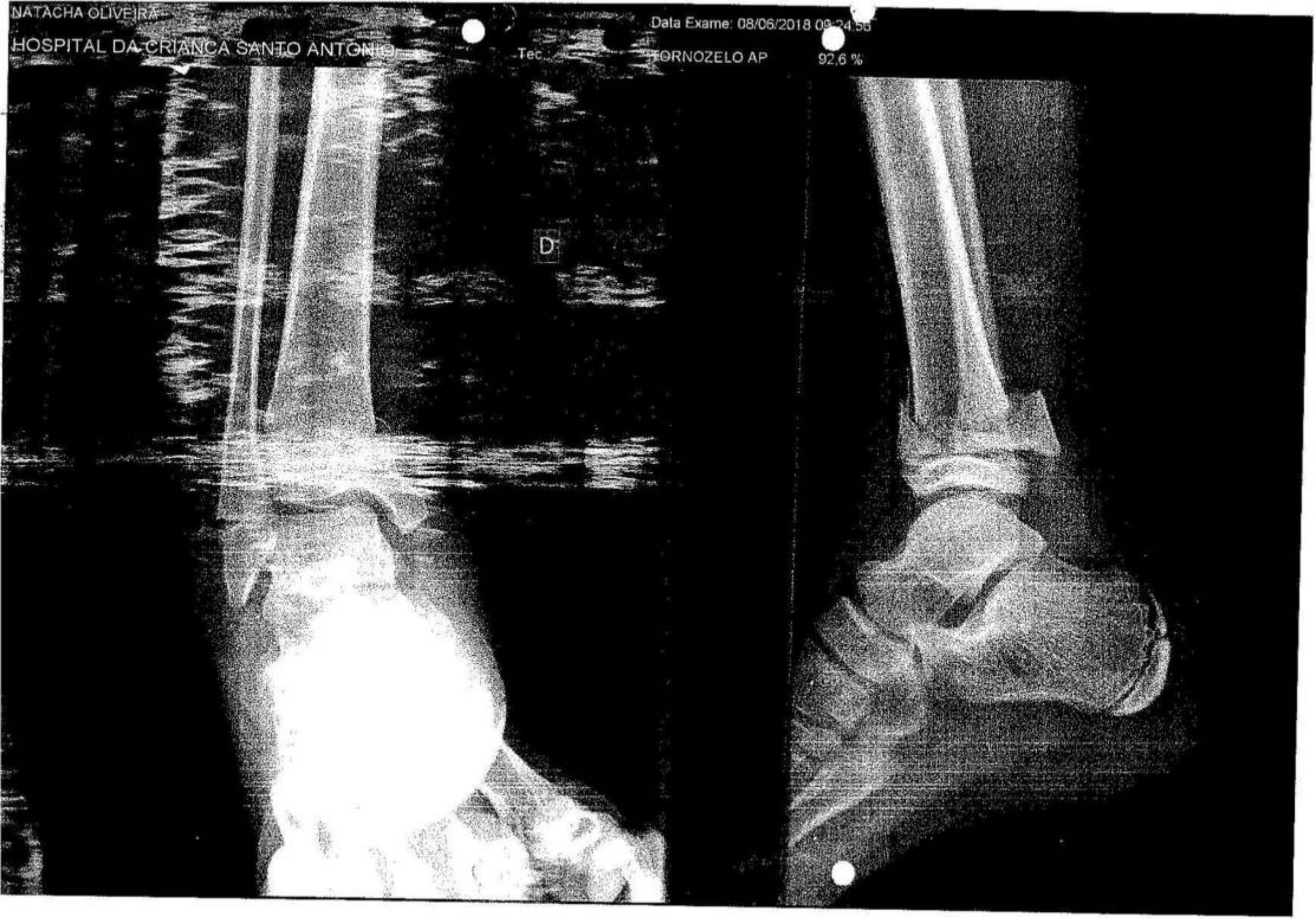
Uzzyel Erazo
MÉDICO
CRM Nº 1600 RF

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Responsável


CENTRO CIRURGICO
HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO
Data Exame: 15/06/2018 14:16:18


CENTRO CIRURGICO
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO
843
Tec.:
Data Exame: 15/06/2018 14:16:18


NATACHA OLIVEIRA
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO
Tec
Data Exame: 08/06/2018 09:24:56
TORNOZELO AP
92,6 %
D

NATACHA OLIVEIRA

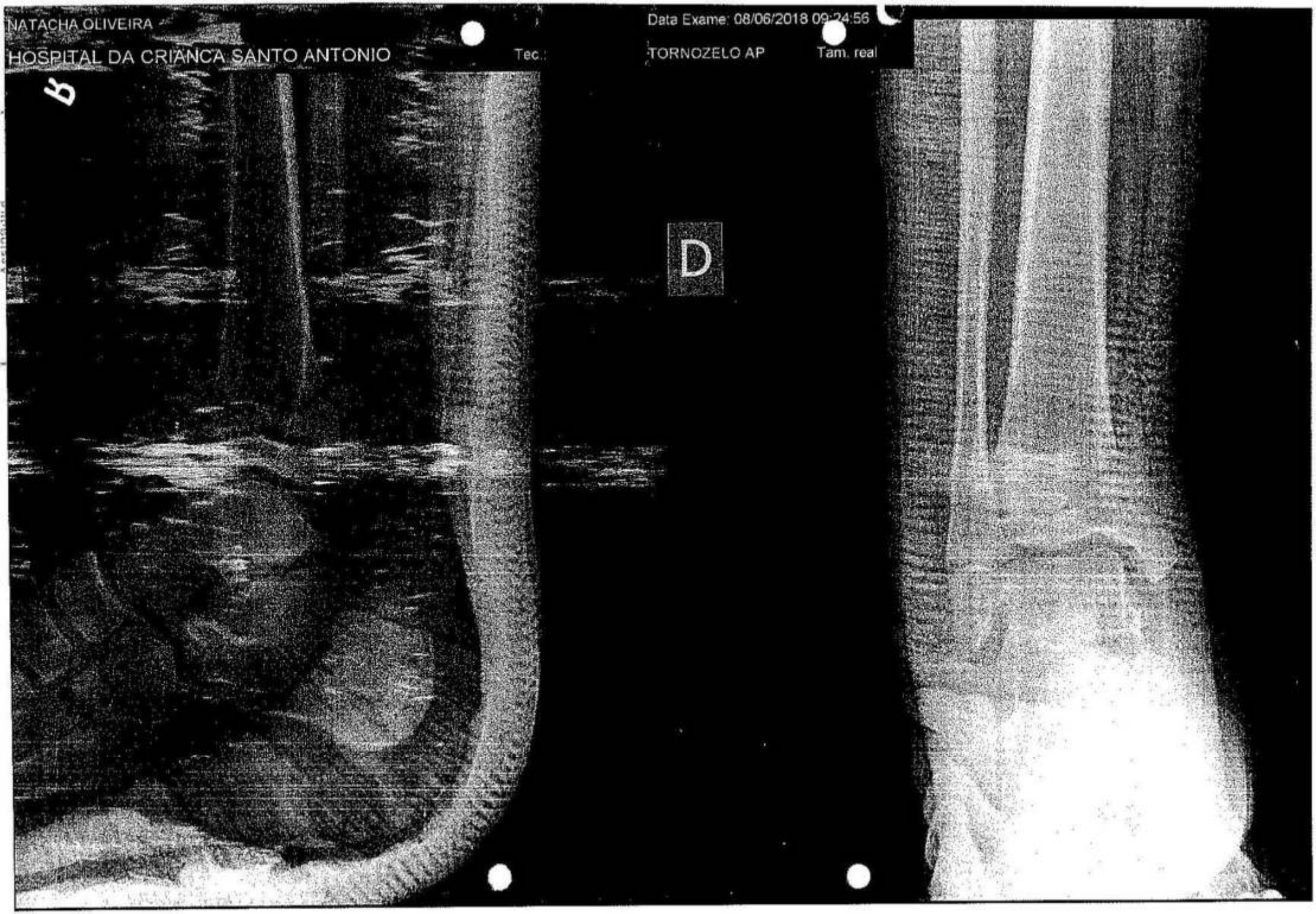
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

Tec.:

Data Exame: 08/06/2018 09:24:56

TORNOZELO AP

Tam. real



CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Idelene
Assinatura

Santo Antônio
Hospital da Criança

Ficha de Atendimento
EXTERNO
Cor Classificação:
Senha

50120

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 30437 *Data Nascimento:* 12/01/2009 *Idade:* 9 Anos / 4 Meses / 27 Dias
Nome do Paciente: NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO
Endereço: PA NOVA AMAZONIA *Naturalidade:* BOA VISTA
Bairro: BOA VISTA *Número:* 0
CEP: 69309000 *Cidade:* BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) *Telefone:* 91254042
Nome da Mãe: JAQUELINE DA SILVA AMANDES CNS:

DADOS DO RESPONSAVEL

Responsável: *Parentesco:* *Fone:*
Identidade: *CPF:*
Endereço: *Número:* 0

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 50120 *Data:* 08/06/2018 10:01:59
Origem: DIAGNOSTICO POR IMAGEM *Tipo:* RX || EXAME DE IMAGEM
Local de Procedência: CENTRO DE DIAGNOSTICO IMAGEM
Queixa Principal:

Observação:
Peso: 0 KG *Temp.:* 0 *Usuário triagem:*

ANAMNESE/HIPOTESE DIAGNOSTICA

EXAMES SOLICITADOS

CONDUTA

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

PREFEITURA BOA VISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Natasha Amandes de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Joquimine da Silva Amandes

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fratura de fêmur esq.

CONFERE COM O ORIGINAL
20/07/18
Assinatura

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Tto cirurg.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): EF + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura diafisária distal

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação Hosp.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/06/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Jonathas CRM 1759

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

PREFEITURA BOA VISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: NATACHA OLIVEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Paciente apresentando fratura de osso da perna direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Tratamento cirúrgico

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

Exames + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Osso da Perna direita

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Assinatura

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Osteossíntese frat. osso da perna (D)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: ORTOP

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Jonathas C. Lopes

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/6/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (NOME, Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Jonathas C. Lopes — Ortopedia e Traumatologia — Cirurgião Ortopedista — CRM-PE - 17272

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Idelene
Assinatura

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE CONSUMO EM CIRURGIA

SUS

PREFEITURA BOA VISTA
Trabalhar e Cuidar das Pessoas

P: 32 Kg I. 9a

NOME DO PACIENTE	APT°/LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA
Matacha amandes de Oliveira	U.F 1-08	30437	15/06/18

CIRURGIA/TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
T.X. de tornozelo MID		13:44	15:29	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO Drª Ghorathas	ANESTESISTA Drª Jennifer.
1° AUXILIAR Drª Marcelo (R2)	INSTRUMENTADOR –
2° AUXILIAR –	CIRCULANTE Iva + Amelina.

TIPO DE ANESTESIA	TEMPO DE DURAÇÃO
Geral. I: 13:29	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUGT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUGT SIMPLES Nº		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	250ml
1	VICRYL 3.0 2.0		1	FRASCO SORO 500	
	CATUGT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUGT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUGT CROMADO Nº			XYLOCAÍNA % CC	
	CATUGT ATRAUMÁTICO RETO		1	ALGODÃO 50ml	
	CATUGT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº			PUPT'ALCÓOL elixir	50ml
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE	
	MONONYLON C/ AGULHA			ÁLCOOL 70%	50ml
1	MONONYLON S/ AGULHA 2.0			POLVIDINE TÓPICO	
2	UNIDADE DE GAZE			GLICOSE %	
4	PARES DE LUVA Nº 8.0		1	ATADURA DE CREPOM Nº P	
1	EQUIPOS P/ SORO cl. inj. macro			ATADURA GESSADA Nº	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº		1	ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº P	
	SONDAS Nº 12		1	Eletrodo	
1	AGULHAS 40x12			Seringa 10 1 5	
1	COMPRESSAS RCT c/ 2U I.		1	tot 5.5	
1	LÂMINAS P/ BISTURI Nº 15		1	algodão ortopédico 6m	

1 Faixa de Smarch

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)	ENFERMEIRA (O) CHEFE Isabel	MATERIAL/MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO (A)/CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO(A)/C.C DO PACIENTE FEITO LANÇAMENTO	SUB-TOTAL	

CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Idelene
Assinatura

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO CIRURGICO

SUS

Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 15/6/18 O.S. _____

NATACHA OLIVEIRA

Diagnóstico Pré- Operatório: Fratura do osso da perna direita

Indicação Terapêutica: OSTEOSINTESE frat. osso da perna direita

Tipo de intervenção: CRUENTA

Medicações e Acidentes: Ø

Cirurgião: Dr. JONATHAS C. LOPES 1º Auxiliar: Dr. MARCELO MARQUES R1

Instrumentadora: _____

Anestesistas: Enf. JENNIFER

Anestesia: _____

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) Paciente em DDH + anestesia
(2) Asepsia + antisepsia
(3) campos estéreis
(4) incisão longitudinal medial + dissecção por planos até o foco da fratura + redução cruenta + fixação com 2 FK N° 2,0 guiado + auxílio do RX com resultado satisfatório
(5) Acesso posterior de ± 6 cm + dissecção por planos + isolamento do nervo calcâneo + redução da fratura + fixação com 2 FK N° 2,0 + auxílio do RX com resultado satisfatório + controle hemostático + lavagem da ferida + fechamento por planos + retirada da

CONFERE COM O ORIGINAL.
20/07/18
Adelene
Assinatura

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA

15/06/18

SUS

PREFEITURA BOA VISTA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO
Fentanil 50 mcg ⊕ às 13:45h insuficiente
Midazolam 5 mg ⊕ às 13:45 (Tiletamina) insuficiente
Etomidat 10 mg ⊕ às 13:45h insuficiente

Nome: Natacha Fernandes de Oliveira, 9a
P= 32kg
Prontuário 30437

AGENTES: N2O; O2; Sevo; AR; SpO2; etCO2

LÍQUIDOS VENOSOS: SC 250; SC 250

DAX: Fen + Ed + PA + Mid + Et + CO2 + Analisa dura OU SPO

PULSO: 0

ANESX: X

OP: 0

TEMP: ASP. / TEMP

EXPONT. / ASSIST. / CONTRO

SÍMBOLOS: A CA C D A

A ⊕ B ⊕ C ⊕ D ⊕

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A Fentanil	50+50+50+50 mcg	Anestesia Geral Venosa + Inalatória
B Propofol	150 mg	Anestesia controlada mecanica
C Midazolam	50 mg	mente com sistema circular
D		com absorvedor de CO_2
E		
F		
G		
GLICOSE		
NDCR 5%	500 ml	Cânula - Naso/Oro Faríngea; Nasotraqueal - Cega; Bal - Tamp - Calibre do Tubo 5,5 mm; Sob Máscara
SANGUE		Dificuldade Técnica: Não houve
		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL	500 ml	13:15h às 15:45h = 02h 30 min

OPERAÇÃO

ANOTAÇÕES
X. Monitorização
1. O_2 + AR + Sevo sob máscara
2. Fentanil 50 mcg ⊕
3. Propofol 100 mg ⊕
4. TOT + VMC
5. Ceftriaxona 4 mg ⊕
6. Dexametasona 4 mg ⊕
7. Ripsina 1,5 g ⊕
8. Propofol 50 mg ⊕
9. Tiramal 50 mg ⊕
10. Aspiração VAS + Lubrificação
X. Saída à SRPA

Laringo - Espasmo - Excesso Secreção | Depressão | Hemorragia - Anisiima | Bradi-

CONFERE COM O ORIGINAL.
20 / 07 / 18
Idelene
Assinatura

PREFEITURA BOA VISTA
Trabalhar e Cuidar das Pessoas

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

Data 15/06/2018

CHECKLIST QUE COMPÕE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE Pront. 30437 idade 3a

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

1- Identificação do paciente: Natacha Amandes Oliveira
2- Local da Cirurgia à ser feita: /
3- Procedimento a ser realizado: Osteossíntese Fratura Ossos Perna (D)
4- Consentimento informado realizado : : ( ) SIM (X) NÃO
5- Checagem do Equipamento Anestésico: (X) SIM ( ) NÃO
6- Oxímetro de Pulso Instalado e Funcionando : (X) SIM ( ) NÃO
7- O Paciente tem Alguma Alergia? ( ) SIM (X) NÃO
- Sim, alergia a quê?_____
8- Há Risco de Via Aérea Difícil e/ ou Broncoaspiração? ( ) SIM (X) NÃO
9- Há Equipamentos disponíveis para atender intercorrências supracitadas? (X) SIM ( ) NÃO
10- Há Risco de Perda Sanguínea>500ml (7ml/Kg em Crianças)? ( ) SIM (X) NÃO
11- Há acesso venoso e planejamento para reposição? (X) SIM ( ) NÃO Jelco 20 MSD

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA:

1- Todos os Profissionais da Equipe Confirmam Nomes:
- Cirurgião: Dr Renato Cirurgião Auxiliar: R2 Dr. Marcelo Marques
- Anestesista: Dra. Jennifer Instrumentador: /
- Enfermeiro (a): Isabel Brito.
- Técnicos de Enfermagem: Melino 08 e IVA

2- Antecipação de Eventos Críticos: Revisão do Cirurgião (X) Sim ( ) Não
Há passos críticos na cirurgia ( ) Sim (X) Não
3- Qual sua duração estimada? ( ) 1 Hora (X) 2 Horas ( ) 3 Horas ( ) Outras
4- Há possíveis perdas sanguíneas? ( ) SIM (X) NÃO
5- Revisão do Anestesista:
- Há alguma preocupação em relação ao Paciente? ( ) SIM (X) NÃO
6- Revisão da Enfermagem:
- Houve Correta esterilização do instrumental cirúrgico? (X) SIM ( ) NÃO
- Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? ( ) SIM (X) NÃO
7- O Atibióco Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?
(X) SIM ( ) NÃO
8- Exames de Imagem estão disponíveis? (X) SIM ( ) NÃO

CONFERE COM O ORIGINAL.
20 / 07 / 18
Idelene
Assinatura

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CAUTELA DE ORTOPEDIA

TIPO DE CIRURGIA:
FX de tornozelo MID

Data: 15 / 06 / 2018

PRONTUÁRIO Nº 30437

PACIENTE: Natacha Amandio de Oliveira

IDADE: 9a BLOCO BLF L-08 ENFERMARIA Isabel

LEITO L-08 CAIXA: Nº

MATERIAL UTILIZADO:
Fio Kirschner 2.0 5UI

Dr. Marcelo Marques
Médico Ortopedista
Cirurgia da Mão
CRM/AM 6

Médico Responsável

1ª VIA – PRONTUÁRIO DO PACIENTE
2ª VIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
AMBULATÓRIO DE ANESTESIOLOGIA
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

CONFERE COM O ORIGINAL.
20 / 07 / 18
Assinatura

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização de procedimento anestésico, em quaisquer de suas modalidades, isoladas ou combinadas, a critério do médico anestesista responsável pelo procedimento e em comum acordo com o cirurgião,

no (a) paciente: Aplacina Amandes de Oliveira

Tipo (s) de anestesia: Geral balanceada

Recebi explicações claras sobre os potencias benefícios, riscos, complicações e alternativas terapêuticas ao procedimento proposto e entendo que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados.

Autorizo o médico anestesista abaixo mencionado ou outro anestesista habilitado no Hospital da Criança Santo Antônio a realizar qualquer outro procedimento anestésico; exames; transfusão de sangue e/ou derivados, bem como outros procedimentos médicos que ele julgue necessário em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Declaro que recebi explicações, compreendi e tive oportunidade de esclarecer dúvidas, concordando com o exposto acima e que me foi dado o direito de anular qualquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, assim como revogar por completo este consentimento em qualquer momento antes da realização do procedimento.

Responsável: Joquiline da Silva Amandes Parentesco: mãe

Assinatura: Joquiline da Silva Amandes ID:

Boa Vista, 14 / 06 / 18 Hora: 16 : 23

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO ANESTESISTA:

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento anestésico proposto ao paciente acima referido, ao (a) próprio (a) paciente (adolescente) e seu responsável legal e também sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Médico Anestesista: Ana Paula Thomé CRM: 1408

Assinatura: Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM/RR 1408

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUS

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: NATACHA OLIVEIRA IDADE:

PESO: PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: F LEITO: 08

fx TORNOZELO (Dr. JONATHAN)

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
15/6/12	(1) DIETA ORAL LIVRE (após cirurgia)	ZERO
	(2) AVP	hora
	(3) DIPIRONA 0,5ml EV. 6/6 horas S/N	
	(4) Bupivacaina 15cts VO 8/8 horas	14 22 06
	(5) SSVV + CC 6/6 horas	

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1816/RR

CONFERE COM O ORIGINAL
20/07/18
Assinatura

CONFERE COM O ORIGINAL
20/07/18
Ideilene
Assinatura

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital da Criança Santo Antonio

FICHA DE PRÉ-ANESTESIA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Natacha Amandes de Oliveira **IDADE:** 9 **Anos** **Meses**
SEXO: F **COR:** **REGISTRO:**
DIAGNÓSTICO: Fratura de tornozelo
CIRURGIA PROPOSTA: Osteossíntese **CIRURGIÃO:** Dr Jonatas
ANESTESIA PROPOSTA: **DATA:** 15 / 06 / 18

ANAMNESE

SIM	NÃO		SIM	NÃO	
	X	1-Está ou esteve resfriado nas últimas 2 semanas?		X	8-Teve Hepatite? Malária? Febre Amarela? Dengue?
	X	2-Está ou esteve com alguma doença nas últimas 2 semanas?		X	9-Toma Algum medicamento? Qual?
	X	3-Tem alergia a algum medicamento ou substância?		X	10.A mãe teve alguma complicação durante a gravidez? (Hipertensão,diabetes,outra).
	X	4- Sangra mais quando se fere ou tem sangramento espontâneo? (gengiva, nariz).		X	11-Alguma complicação ao nascimento? (demora a chorar, aspiração pulmonar, foi para UTI).
	X	5-Já apresentou convulsão? Crise/ano, data da última crise, fator desencadeante.		X	12-Nasceu prematuro? Informe: idade gestacional, peso ao nascer, tempo de assistência na UTI, atual idade pós-conceptual.
	X	6- Tem alguma doença crônica? (diabetes/HAS/Hemofilia/doença neuromuscular ou outras).		X	13- Já foi anestesiado antes? Alguma complicação durante anestesia?
	X	7- Tem alguma doença no coração, pulmão, rins ou fígado?		X	14-Algum problema com anestesia com parentes diretos?

Nº	Comentários dos dados positivos	Dados Vitais
		Peso Atual: 30 Peso ao nascer:
		FC: FR: Temp:
		Eupnéico X Dispnéico__ Taquipnéico__

Data	Exames Complementares	Dados Vitais
	Ht: 42,6 Hb: 11,8 Plq: 458.000	Anictéric X Ictérico__ Corado X
	Glic: UR Cr:	Descorado__ Hidratado X
	Na: K: Ca:	Desidrat.__ Acianótico X Cianót__
	TC: 6' TS: 4' TT:	**Cabeça / Pescoço**
	TAP: 100% RNI: 1 TTPA: 39,1"	s/alt
	Rx se tórax:	
		Tórax/Abdome
	ECG:	s/alt
	ECO:	
	Aval.Clínica: Apta	**SNC/Coluna /MMII**

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUS

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

8

NOME: NATACHA OLIVEIRA IDADE:

PESO: PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: I LEITO: 02

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
15/6/18	(1) DIETA ORAL LIVRE D/ TODOS	Lidiane Nutricionista CRN7-4506
	(2) AVP	Winnie
	(3) CEFATOXIMA 800 mg ev. 6/6 horas	06h 12h 18h 24h
	(4) Dipirona 0,9 ml ev. 6/6 horas SN	18h 24h 06h 12h
	(5) Ibuprofeno 32 gotas VO. 8/8 horas	22h 06h 14h
	(6) SNV + CC 60 6/6 horas	Rosinha
	(7) curativo diário	M
	Dr. Marcelo Marques Ortopedista CRM	
	CONFERE COM O ORIGINAL 20/07/18 Assinatura	
16/06/18	Paciente em bom estado geral, corado, hidratado, hemodinamicamente estável, eupneico, deambulando e acordado. Em 1 período com Dr. Jonathas para avaliação	
	Dr. Elder Soares Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM	

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUS

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Natacha Oliveira IDADE:

PESO: PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: F LEITO: 08

Fx TNZ. (Dr Jonathas)

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
14/06/18	1) Dieta oral zero até 2ª ordem SUSP	(SND)
	2) AVP	MANTER
	3) Dipirona 0,5 ml ev 6/6h SN	12
	4) Ibuprofeno 15 gts vo 8/8h	14 20 06
	5) SSVV - CCGG	
	cirurgia programada para hoje às 14h. SUSP	CIENTE
	Dr. Leonardo Rabelo Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1715 R3	
	Cirurgia programada para [redacted] 14h Dr Jonathas	CIENTE
	6) Dieta leve	
	Dr. Leonardo Rabelo Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1715	Cristiane de Souza Anestesista MV CRM 7-45

CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Assinatura

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUS

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Maria Oliveira. IDADE:

PESO: PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: F LEITO: 98

Fratura de TNZ (Dr. Jonathas)

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
13/06/18	① Dieta oral livre p/ idade.	SN D
	② AVP	MANTER
	③ Dipirona 0,5 g IV 6/6h. SN.	SN
	④ Ibuprofeno 15 gotas VO 8/8h.	~~14~~ ~~22~~ ~~06~~
	⑤ Fosfa 0,4 g IV 8/8h. SN.	SN
	⑥ SSVV + CCGG.	ROTINA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

CONFERE COM O ORIGINAL
20/07/18
J de Lima
Assinatura

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUS

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Natacha Oliveira IDADE:

PESO: PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: F LEITO: 08

fx TNZ (Dr. Jonathas)

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
12/06/18	(1) Dieta oral p/ idade	SND
	(2) AVP	manter
	(3) Dipirona 0,5 ml ev 6/6h. SN	
	(4) Ibuprofeno 15 Gotas vo 8/8h. 14 ~~22~~ 06	
	(5) Plasil 0,4 ml ev 8/8h. SN	
	(6) SSN + CLEG 6/6h	Retira
	Dr Marcus Brunner Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 4917/RR	

CONFERE COM O ORIGINAL
20/07/18
Idelbone

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUS

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

8

NOME: NATACHA OLIVEIRA IDADE:

PESO: PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: F LEITO: 02

Fratura tornozelo (Dr. JONATHAS)

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
11/6/12	(1) DIETA oral P/ FONDE	SND
	(2) ANP	manter
	(3) Apirexia 9/9 cv. 6/6 horas S/N //	
	(4) Ibuprofeno 15gts VO. 8/8 horas	14 22 06
	(5) SSVV + cc e eo 6/6 horas	
	cs. mantida	
	Dr. [illegible]	

CONFERE COM O ORIGINAL.
20/07/18
Adelene
Assinatura

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUS

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Natacha Oliveira IDADE:

PESO: PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: F LEITO: 08

Cx TNZ (Dr Jonathas)

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
10/06/18	1) Dieta livre	SNV
	2) SVP	manter
	3) Dipirona 95 ml EV 6/6h S/N	SNV
22	4) Ibuprofeno 15 gts VO 8/8h	14 22 06
	5) SSVV + CCGG	Rolina
	CD: mantido	

Dr. Leonardo Rabelo
Médico
CRM-RR 1715

CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Adriane
Assinatura

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUS

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Natasha Fernandes Oliveira IDADE:

PESO: PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: F LEITO: 08

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
	1 Dieta Geral	SND
	2 AVP	[illegible]
	3 Dipirona 30 gts VO 6/6h S/N	~~[illegible]~~
	4 CCGG + SSN 6/6h	[illegible]
	Se possível enfermeiro p/ bloco	
	CONFERE COM O ORIGINAL 20/07/18 Ildelene Assinatura	

Bloco(F)

PREFEITURA BOA VISTA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

SERVIÇO DE FONAUDIOLOGIA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:_____ Idade: _____ Sexo: ( ) F ( ) M

No. Leito/Bloco: _____ Tempo de internação: _____ Tempo de Atendimento Fonoaudiológico: _____

AVALIAÇÃO/CONDUTA MATUTINA

Triagem cognitiva do paciente ( ) consciente ( ) inconsciente ( ) ativo ( ) sonolento ( ) choroso

Avaliação global:
Tônus muscular: ( ) normal ( ) hipotônico ( ) hipertônico ( ) flutuante
Controle cervical: ( ) parcial ( ) total ( ) ausente ( )
Controle de tronco: ( ) senta com apoio ( ) senta sem apoio ( ) ausente
Condição respiratória: ( ) ventilação mecânica ( ) CECAP ( ) intubação ( ) traqueostomia

Avaliação indireta da deglutição:
Reflexos orais: ( ) busca ( ) sucção ( ) mastigação ( ) gag ( ) mordida
Sucção não nutritiva: ( ) ausente ( ) presente ( ) débil ( ) arrítmica ( ) rítmica
Sucção nutritiva: ( ) presente ( ) ausente ( ) funcional ( ) não funcional ( ) coord. SxDxR ( ) incoord. SxDxR

Avaliação funcional da deglutição;
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Alimentação: ( ) seio materno ( ) líquido ( ) líquido engrossado ( ) pastoso ( ) semi-sólido ( ) sólido
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Acesso: ( ) SNG ( ) SOG ( ) PEG ( ) (gastronomia/jejunostomia) ( ) parenteral
Utensílio de alimentação: ( ) mamadeira ( ) copo ( ) canudo ( ) colher

Achados: ( ) refluxo nasal ( ) escape extra oral ( ) deglutições múltipla ( ) resíduos após a deglutição

Intercorrências: ( ) tosse ( ) vômito ( ) esforço respiratório ( ) engasgo ( ) cianose
( ) aumento da frequência cardíaca ( ) náusea ( ) palidez ( ) ↓ saturação de O_2 ____%

Conduta:
( ) sugiro direta via oral ( ) sugiro direta via oral assistida ( ) sugiro direta SNG ( ) indicação de via alternativa de alimentação
( ) terapia fonoaudiológica ( ) alta da fonoterapia
OBS.:

FONOAUDIÓLOGO RESPOSNSÁVEL:

AVALIAÇÃO/CONDUTA VESPERTINA

Triagem cognitiva do paciente ( ) consciente ( ) inconsciente ( ) ativo ( ) sonolento ( ) choroso

Avaliação global:
Tônus muscular: ( ) normal ( ) hipotônico ( ) hipertônico ( ) flutuante
Controle cervical: ( ) parcial ( ) total ( ) ausente ( )
Controle de tronco: ( ) senta com apoio ( ) senta sem apoio ( ) ausente
Condição respiratória: ( ) ventilação mecânica ( ) CEPAP ( ) intubação ( ) traqueostomia

Avaliação indireta da deglutição:
Reflexos orais: ( ) busca ( ) sucção ( ) mastigação ( ) gag ( ) mordida
Sucção não nutritiva: ( ) ausente ( ) presente ( ) débil ( ) arrítmica ( ) rítmica
Sucção nutritiva: ( ) presente ( ) ausente ( ) funcional ( ) não funcional ( ) coord. SxDxR ( ) incoord. SxDxR

Avaliação funcional da deglutição;
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Alimentação: ( ) seio materno ( ) líquido ( ) líquido engrossado ( ) pastoso ( ) semi-sólido ( ) sólido
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Acesso: ( ) SNG ( ) SOG ( ) PEG ( ) (gastronomia/jejunostomia) ( ) parenteral
Utensílio de alimentação: ( ) mamadeira ( ) copo ( ) canudo ( ) colher

Achados: ( ) refluxo nasal ( ) escape extra oral ( ) deglutições múltipla ( ) resíduos após a deglutição

Intercorrências: ( ) tosse ( ) vômito ( ) esforço respiratório ( ) engasgo ( ) cianose
( ) aumento da frequência cardíaca ( ) náusea ( ) palidez ( ) ↓ saturação de O_2 ____%

Conduta:
( ) sugiro direta via oral ( ) sugiro direta via oral assistida ( ) sugiro direta SNG ( ) indicação de via alternativa de alimentação

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUS

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Nabucio Oliveira IDADE:

PESO: PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: F LEITO: 08

Fi TNZ

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
	1) Dieta livre p/ idade	SN
	2) AVP	
	3) Dipirona 0,5ml EV 6/6h S/N	
	4) Ibuprofeno 15gts VO 8/8h.	
	5) SSVV - CCGG	

Dr. Leonardo Rabelo
Médico
CRM-RR 1725

CONFERE COM O ORIGINAL
20/07/18
Assinatura

PREFEITURA BOA VISTA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

SERVIÇO DE FONAUDIOLOGIA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:_____ Idade: _____ Sexo: ( ) F ( ) M

No. Leito/Bloco: _____ Tempo de internação: _____ Tempo de Atendimento Fonoaudiológico: _____

AVALIAÇÃO/CONDUTA MATUTINA

Triagem cognitiva do paciente ( ) consciente ( ) inconsciente ( ) ativo ( ) sonolento ( ) choroso

Avaliação global:
Tônus muscular: ( ) normal ( ) hipotônico ( ) hipertônico ( ) flutuante
Controle cervical: ( ) parcial ( ) total ( ) ausente ( )
Controle de tronco: ( ) senta com apoio ( ) senta sem apoio ( ) ausente
Condição respiratória: ( ) ventilação mecânica ( ) CECAP ( ) intubação ( ) traqueostomia

Avaliação indireta da deglutição:
Reflexos orais: ( ) busca ( ) sucção ( ) mastigação ( ) gag ( ) mordida
Sucção não nutritiva: ( ) ausente ( ) presente ( ) débil ( ) arrítmica ( ) rítmica
Sucção nutritiva: ( ) presente ( ) ausente ( ) funcional ( ) não funcional ( ) coord. SxDxR ( ) incoord. SxDxR

Avaliação funcional da deglutição;
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Alimentação: ( ) seio materno ( ) líquido ( ) líquido engrossado ( ) pastoso ( ) semi-sólido ( ) sólido
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Acesso: ( ) SNG ( ) SOG ( ) PEG ( ) (gastronomia/jejunostomia) ( ) parenteral
Utensílio de alimentação: ( ) mamadeira ( ) copo ( ) canudo ( ) colher

Achados: ( ) refluxo nasal ( ) escape extra oral ( ) deglutições múltipla ( ) resíduos após a deglutição

Intercorrências: ( ) tosse ( ) vômito ( ) esforço respiratório ( ) engasgo ( ) cianose
( ) aumento da frequência cardíaca ( ) náusea ( ) palidez ( ) ↓ saturação de O_2 ____%

Conduta:
( ) sugiro direta via oral ( ) sugiro direta via oral assistida ( ) sugiro direta SNG ( ) indicação de via alternativa de alimentação
( ) terapia fonoaudiológica ( ) alta da fonoterapia
OBS.:

FONOAUDIÓLOGO RESPOSNSÁVEL:

AVALIAÇÃO/CONDUTA VESPERTINA

Triagem cognitiva do paciente ( ) consciente ( ) inconsciente ( ) ativo ( ) sonolento ( ) choroso

Avaliação global:
Tônus muscular: ( ) normal ( ) hipotônico ( ) hipertônico ( ) flutuante
Controle cervical: ( ) parcial ( ) total ( ) ausente ( )
Controle de tronco: ( ) senta com apoio ( ) senta sem apoio ( ) ausente
Condição respiratória: ( ) ventilação mecânica ( ) CEPAP ( ) intubação ( ) traqueostomia

Avaliação indireta da deglutição:
Reflexos orais: ( ) busca ( ) sucção ( ) mastigação ( ) gag ( ) mordida
Sucção não nutritiva: ( ) ausente ( ) presente ( ) débil ( ) arrítmica ( ) rítmica
Sucção nutritiva: ( ) presente ( ) ausente ( ) funcional ( ) não funcional ( ) coord. SxDxR ( ) incoord. SxDxR

Avaliação funcional da deglutição;
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Alimentação: ( ) seio materno ( ) líquido ( ) líquido engrossado ( ) pastoso ( ) semi-sólido ( ) sólido
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Acesso: ( ) SNG ( ) SOG ( ) PEG ( ) (gastronomia/jejunostomia) ( ) parenteral
Utensílio de alimentação: ( ) mamadeira ( ) copo ( ) canudo ( ) colher

Achados: ( ) refluxo nasal ( ) escape extra oral ( ) deglutições múltipla ( ) resíduos após a deglutição

Intercorrências: ( ) tosse ( ) vômito ( ) esforço respiratório ( ) engasgo ( ) cianose
( ) aumento da frequência cardíaca ( ) náusea ( ) palidez ( ) ↓ saturação de O_2 ____%

Conduta:
( ) sugiro direta via oral ( ) sugiro direta via oral assistida ( ) sugiro direta SNG ( ) indicação de via alternativa de alimentação

PREFEITURA BOA VISTA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

SERVIÇO DE FONAUDIOLOGIA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:_____ Idade: _____ Sexo: ( ) F ( ) M

No. Leito/Bloco: _____ Tempo de internação: _____ Tempo de Atendimento Fonoaudiológico: _____

AVALIAÇÃO/CONDUTA MATUTINA

Triagem cognitiva do paciente ( ) consciente ( ) inconsciente ( ) ativo ( ) sonolento ( ) choroso

Avaliação global:
Tônus muscular: ( ) normal ( ) hipotônico ( ) hipertônico ( ) flutuante
Controle cervical: ( ) parcial ( ) total ( ) ausente ( )
Controle de tronco: ( ) senta com apoio ( ) senta sem apoio ( ) ausente
Condição respiratória: ( ) ventilação mecânica ( ) CECAP ( ) intubação ( ) traqueostomia

Avaliação indireta da deglutição:
Reflexos orais: ( ) busca ( ) sucção ( ) mastigação ( ) gag ( ) mordida
Sucção não nutritiva: ( ) ausente ( ) presente ( ) débil ( ) arrítmica ( ) rítmica
Sucção nutritiva: ( ) presente ( ) ausente ( ) funcional ( ) não funcional ( ) coord. SxDxR ( ) incoord. SxDxR

Avaliação funcional da deglutição;
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Alimentação: ( ) seio materno ( ) líquido ( ) líquido engrossado ( ) pastoso ( ) semi-sólido ( ) sólido
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Acesso: ( ) SNG ( ) SOG ( ) PEG ( ) (gastronomia/jejunostomia) ( ) parenteral
Utensílio de alimentação: ( ) mamadeira ( ) copo ( ) canudo ( ) colher

Achados: ( ) refluxo nasal ( ) escape extra oral ( ) deglutições múltipla ( ) resíduos após a deglutição

Intercorrências: ( ) tosse ( ) vômito ( ) esforço respiratório ( ) engasgo ( ) cianose
( ) aumento da frequência cardíaca ( ) náusea ( ) palidez ( ) ↓ saturação de O_2 ____%

Conduta:
( ) sugiro direta via oral ( ) sugiro direta via oral assistida ( ) sugiro direta SNG ( ) indicação de via alternativa de alimentação
( ) terapia fonoaudiológica ( ) alta da fonoterapia
OBS.:

FONOAUDIÓLOGO RESPOSNSÁVEL:

AVALIAÇÃO/CONDUTA VESPERTINA

Triagem cognitiva do paciente ( ) consciente ( ) inconsciente ( ) ativo ( ) sonolento ( ) choroso

Avaliação global:
Tônus muscular: ( ) normal ( ) hipotônico ( ) hipertônico ( ) flutuante
Controle cervical: ( ) parcial ( ) total ( ) ausente ( )
Controle de tronco: ( ) senta com apoio ( ) senta sem apoio ( ) ausente
Condição respiratória: ( ) ventilação mecânica ( ) CEPAP ( ) intubação ( ) traqueostomia

Avaliação indireta da deglutição:
Reflexos orais: ( ) busca ( ) sucção ( ) mastigação ( ) gag ( ) mordida
Sucção não nutritiva: ( ) ausente ( ) presente ( ) débil ( ) arrítmica ( ) rítmica
Sucção nutritiva: ( ) presente ( ) ausente ( ) funcional ( ) não funcional ( ) coord. SxDxR ( ) incoord. SxDxR

Avaliação funcional da deglutição;
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Alimentação: ( ) seio materno ( ) líquido ( ) líquido engrossado ( ) pastoso ( ) semi-sólido ( ) sólido
Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral
Acesso: ( ) SNG ( ) SOG ( ) PEG ( ) (gastronomia/jejunostomia) ( ) parenteral
Utensílio de alimentação: ( ) mamadeira ( ) copo ( ) canudo ( ) colher

Achados: ( ) refluxo nasal ( ) escape extra oral ( ) deglutições múltipla ( ) resíduos após a deglutição

Intercorrências: ( ) tosse ( ) vômito ( ) esforço respiratório ( ) engasgo ( ) cianose
( ) aumento da frequência cardíaca ( ) náusea ( ) palidez ( ) ↓ saturação de O_2 ____%

Conduta:
( ) sugiro direta via oral ( ) sugiro direta via oral assistida ( ) sugiro direta SNG ( ) indicação de via alternativa de alimentação

Evolução de Enfermagem	Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
Manhã: 11:00h - admitida p/ observação e tto cirúrgico c/ diagnóstico de fratura de tíbia. Puncionado acesso venoso transfixado ao braço F. Liliana A. Bezerra ENFERMEIRA COREN-RR 97466	Kit Punção venosa
	Kit Nebulização
	Cateter nasal (oxigenioterapia)
	Sondagem Nasogástrica
	Sondagem Enteral
	Sondagem Vesical de alívio
	Sondagem Vesical de demora
	Curativo Grau I
	Curativo Grau II
	Retirada de Dreno de Tórax
	Retirada de Ponto
Tarde:	Lavagem Gástrica
	Troca de sonda de gastrostomia
	Bolsa de Colostomia (fechado)
	Bolsa de Colostomia (drenável)
	Outros:
Noite: 21h eca no leito acompanhada de mãe mais calma, demanda hidratada, sonolenta, febril, espera em ambiente claro liberada c/ vaga TRM c/ imobilizado em MTD. MD radiura de tíbia. Adalgisa Tiburtino ENFERMEIRA COREN-RR 206375	

Evolução de Enfermagem	Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
-2: 00 Escolar evolui acordado,	Kit Punção venosa
ivo, hipocorado, afebril, aci-	Kit Nebulização
to a alimentação e D., abdo-	Cateter nasal (oxigenioterapia)
normotenso, ruídos presente,	Sondagem Nasogástrica
ruídos ausente, MID com tala	Sondagem Enteral
imobilizante, boa perfusão peri-	Sondagem Vesical de alívio
o, segue em observação. —	Sondagem Vesical de demora
Francisca Irani M. C. Enfermeira COREN RR 193317	Curativo Grau I
	Curativo Grau II
	Retirada de Dreno de Tórax
	Retirada de Ponto
	Lavagem Gástrica
	Troca de sonda de gastrostomia
	Bolsa de Colostomia (fechado)
	Bolsa de Colostomia (drenável)
	Outros:
ança cadica, acatica, verbalizando, hipocorado	
, eupneico, acianótico. Mantendo MID isso-	
do. Aceitando a dieta ofertada. Eliminações	
eis e intestinais presentes e normais,	
Segue aos cuidados de enfermagem.	
Edivania F. de Castro ENFERMEIRA COREN PR [illegible]	

Evolução de Enfermagem	Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
Manhã: 10:00 Criança alerta, reativa, mantém AVP com boa infusão, sem queixas álgicas no período — Enfermeira HCSA COREN-RR 153.982	Kit Punção venosa
	Kit Nebulização
	Cateter nasal (oxigenioterapia)
	Sondagem Nasogástrica
	Sondagem Enteral
	Sondagem Vesical de alívio
	Sondagem Vesical de demora
	Curativo Grau I
	Curativo Grau II
	Retirada de Dreno de Tórax
	Retirada de Ponto
Tarde:	Lavagem Gástrica
	Troca de sonda de gastrostomia
	Bolsa de Colostomia (fechado)
	Bolsa de Colostomia (drenável)
	Outros:
Noite: 20:35 h. Jenor, acordada, alerta, eupneica, corada, hidratada, aceita dieta, f.t ++, mantido sob os cuidados da enfermeira Gaby Vinicio Serra. Coren 60614/RR.	

Evolução de Enfermagem	Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
Manhã: ECA no leito acompanhado pela mãe ativa, reativa, normocorada, hidratada afebril, lúpuica, AVP salinizado. FR(+). Segue no cuidado.	Kit Punção venosa
	Kit Nebulização
	Cateter nasal (oxigenioterapia)
	Sondagem Nasogástrica
	Sondagem Enteral
	Sondagem Vesical de alívio
	Sondagem Vesical de demora
	Curativo Grau I
	Curativo Grau II
	Retirada de Dreno de Tórax
	Retirada de Ponto
Tarde:	Lavagem Gástrica
	Troca de sonda de gastrostomia
	Bolsa de Colostomia (fechado)
	Bolsa de Colostomia (drenável)
	Outros:
Noite: Bom na noite. Tranquila no leito, hidratada, aceita, ocitando bem a dieta oral, funções fisiológicas presente e normais, sem acesso venoso periférico em AVS + o geral.	

Evolução de Enfermagem	Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
Manhã: menor ativa, corada, hidratada, afebril, eupneica em ar ambiente; aceita bem a dieta oferecida, MID imobilizado; funções fisiológicas presente e normais. Segue aos cuidados da equipe.	Kit Punção venosa
	Kit Nebulização
	Cateter nasal (oxigenioterapia)
	Sondagem Nasogástrica
	Sondagem Enteral
	Sondagem Vesical de alívio
	Sondagem Vesical de demora
	Curativo Grau I
	Curativo Grau II
	Retirada de Dreno de Tórax
	Retirada de Ponto
Tarde:	Lavagem Gástrica
	Troca de sonda de gastrostomia
	Bolsa de Colostomia (fechado)
	Bolsa de Colostomia (drenável)
	Outros:
Noite: 20:15h esa no leito acompanhado de sua mãe, evolui: alerta, reativa, corado, afebril, eupneica em ar ambiente, dieta aceita c/ tranquilo em MID aguardando procedimento cirurgico.	

Evolução de Enfermagem	Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
Manhã: 08:35h - Lucas 09 anos encontra-se no 5º DIA após fratura em MSD, evoluindo consciente, orientado, pálido, deambulando com auxílio, corado, hidratado, eupneico respirando espontaneamente sem apoio de O_2 suplementar, normotérmico (T-36,3°C); normosfígmico (FC-93 bpm), tórax simétrico e abdomen plano e indolor a palpação. Aceita dieta oferecida e evacuação e diurese presente(s). Segue aos cuidados da equipe.	Kit Punção venosa
	Kit Nebulização
	Cateter nasal (oxigenioterapia)
	Sondagem Nasogástrica
	Sondagem Enteral
	Sondagem Vesical de alívio
	Sondagem Vesical de demora
	Curativo Grau I
	Curativo Grau II
	Retirada de Dreno de Tórax
	Retirada de Ponto
Tarde:	Lavagem Gástrica
	Troca de sonda de gastrostomia
	Bolsa de Colostomia (fechado)
	Bolsa de Colostomia (drenável)
	Outros:
Noite: Criança ativa, reativa, verbalizando, deambul, eupneica, acianótica. Mantendo MSD imobilizado. Aceitando dieta oferecida. Eliminações vesicais e intestinais presentes e espontâneas. Segue aos cuidados da enfermagem.	

Marcella F. de Castro
ENFERMEIRA

Evolução de Enfermagem	Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
Manhã: 10:30h CMG no leito, ativo, orientado, eupnéico, de ambiente, sem queixas, imobilizado AVP, Mini-D, pegou [illegible] Dieta zero.	Kit Punção venosa
	Kit Nebulização
	Cateter nasal (oxigenioterapia)
	Sondagem Nasogástrica
Centro Cirúrgico	Sondagem Enteral
13:20hs Admissão de [illegible] para procedimento de Osteossíntese Fratura de Ossos perna (D) Ale Dr. Thomaz/ Dr. Marcelo Sob AGB/TOT/UMC H/E Dra Jennifer. Terminou as 15:29hs sem intercorrências, após medi-	Sondagem Vesical de alívio
	Sondagem Vesical de demora
	Curativo Grau I
	Curativo Grau II
	Retirada de Dreno de Tórax
	Retirada de Ponto
Tarde: Sem Curativo Cirúrgico oclusivo, + Colete Gessado + Raix em S.O. Após RPA retorna ao Bloco, acordado, estável, sem queixas.	Lavagem Gástrica
	Troca de sonda de gastrostomia
	Bolsa de Colostomia (fechado)
	Bolsa de Colostomia (drenável)
Isabel Filizzola ENFERMEIRA COREN-SP 146794	Outros:
Noite: Criança sobre estímulo acordado Tran- quilo, eupnéico hidratado, normocora- do, afebril, aceitando bem a dieta ofere- cida, sem r.a. de HNID, com colho- gessado FF + normoativo	

Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atend: 00050164 **Paciente:** 000003043 NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA **CNS:**

Data Nascimento: 12/01/2009 **Idade:** 9 **Unidade de Internação e Leito:** BLOCO F-LEITO08

FICHA SOCIAL

CONFERE COM O ORIGINAL
20 / 07 / 18
Assinatura

I - IDENTIFICAÇÃO GERAL

DATA DO ACOLHIMENTO: 11/06/2018

DIAGNÓSTICO: ORTOPÉDICO

LEITO: BLOCO F-LEITO08

II - DADOS DO PACIENTE

NOME: NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 12/01/2009 IDADE: 9 Anos 4 Meses 30 Dias SEXO: FEMININO

PESO AO NASCER: **EXCLUSIVO PARA MENORES DE 1 ANO**

NACIONALIDADE: BRASILEIRA NATURALIDADE: BOA VISTA

PAI: FRANCISCO VALDECI DE OLIVEIRA IDADE: 36 ANOS

ESCOLARIDADE: Fundamental -Incompleto

MÃE: JAQUELINE DA SILVA AMANDES IDADE: 29 ANOS

ESCOLARIDADE: Médio -Incompleto

ENDEREÇO: PA NOVA AMAZONIA,Nº 0 PÓLO I- VICINAL II - ZONA RURAL DE BOA VISTA

CIDADE: BOA VISTA TELEFONE: 91254042/RECADO FRANCISCO

ACOMPANHANTE NA UNIDADE: JAQUELINE PARENTESCO: MÃE

CADERNETA DE SAÚDE DA CRINAÇA: SIM ATUALIZADO:

POSSUI REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO: SIM

APRESENTA ALGUMA DEFICIENCIA: NÃO SE SIM, QUAL?

RECEBE ALGUMBENEFICIO, QUAL? NÃO

FAZ ACOMPANHAMENTO NA REDE, QUAL? NÃO

ESTUDA: SIM ANO: 4º ANO TURNO: VESPERTINO

ESCOLA: MUNICIPAL JOSÉ DAVI FEITOSA NETO

CARTÃO SUS: 898002784632328 É VINCULADO A UBS, QUAL?

JÁ ESTEVE INTERNADO NESTA UNIDADE HOSPITALAR OUTRAS VEZES? SIM

PAIS SEPARADOS? NÃO EM PROCESSO DE TFD? NÃO

SABEMI SEGURADORA S/A
20 AGO 2018
RECEBIDO

III - PACIENTE EM TRÂNSITO O SIM ⊙ NÃO

LOCAL DE ORIGEM?

INDÍGENA? SE SIM, QUAL ETNIA?

POSSOI FAMILIARES OU AMIGOS DOMICILIADOS EM BOA VISTA?

NOME: PARENTESCO:

ENDEREÇO: Nº BAIRRO:

IV - SITUAÇÃO SÓCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL PELO ESTUDO DA FAMÍLIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012920070632

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00450871592		2018

NOME: FRANCIELPA CARVALHO DA SILVA
RR

CPF/CNPJ	PLACA
986.357.942-49	JXW3581

PLACA ANT/UF	CHASSI
JXW3581 AM	9BGRP69XCCG327687

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/AUTOMOVEL/NAO APLIC.	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT	2012	2012

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
SP/097CV/	PARTICU	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
PAGO	*PAGO*	1********* 2********* 3*********

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS
** PAGO COTA UNICA **	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
R$0.17	R$45.72		19/01/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO *

Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR

BOA VISTA-RR — DATA 19/01/2018

DETRAN — CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 012920070632 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	19/01/2018

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
01	986.357.942-49	JXW3581

RENAVAM	MARCA/MODELO
00450871592	CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT

ANO FAB.	CAT.TARIF.	Nº CHASSI
2012		9BGRP69XCCG327687

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DEVATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
R$18.63	R$2.07	R$20.7

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	DPVAT (R$)
R$4.15	R$0.17	R$45.72

PAGAMENTO: X COTA ÚNICA — PARCELADO
DATA DE EMISSÃO: 19/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DETRAN RR — DETRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

ESTÃO COBERTOS TODOS OS BRASIL, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELES MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.

SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, REUNA A DOCUMENTAÇÃO ABAIXO INDICADA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS EM www.dpvatsegurodotransito.com.br), SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R$ 13.500,00	até R$ 13.500,00	até R$ 2.700,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(S) VÍNCULO COM O FALECIDO.

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO CONSTITUTIVO MÉDICO LEGAL DA OFICIALIZAÇÃO POLICIAL DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PERCENTUAIS DA TABELA DENTRO DO ANEXO DA LEI 6.194/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS FORAM DESPENDIDAS DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS CORPORAIS DECORRENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS E, AINDA, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFISSIONAIS, DEVIDAMENTE COBRADOS DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU RECIBOS DO HOSPITAL ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, CONSTANDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE Iidentificação, NÚMERO DO CRM, NÚMERO DO CPF OU CNPJ E A ESPECIALIDADE DO CORPO CLINICO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E DEVIDAMENTE ACOMPANHADO DO DIAGNÓSTICO DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO HOUVER.

PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO À RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

SABEMI SEGURADORA S/A
20 AGO 2018
RECEBIDO

LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO OU DURAÇÃO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU COM A QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA. CASO SEJA PAGO A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 084/1999).

50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

- 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.212/1991);
- 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 79 DA LEI Nº 9.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
Seguradora Líder - DPVAT www.seguradoralider.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCALIZAÇÃO DE PONTOS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS ESTÃO SÚMULAS.

SUSEP — DISQUE - SUSEP 0800 021 8484 www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTARQUIA FEDERAL RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUROS (SETORES DE SEGUROS).

ALTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

ALTENTICAÇÃO MECÂNICA

ALTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

ALTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFICIO
Wagner Mendes Coelho
Tabelião
José Coelho de Souza Neto
Substituto
Av. Ataide Teive, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5005
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-123** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **174-F**, sob o Nº. **74561**, está Registrado o assento de **NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **doze de janeiro de dois mil e nove às 06:54, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth**, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **FRANCISCO VALDECI DE OLIVEIRA** e **JAQUELINE DA SILVA AMANDES**, avós paternos: **Raimundo Nonato de Oliveira** e **Creusa de Sousa Oliveira**, e avós maternos: **Sebastião Tavares Amandes** e **Maria Célia da Silva Amandes.**

O registro foi efetuado no dia **26 de fevereiro de 2009**

Foi declarante: **O pai**

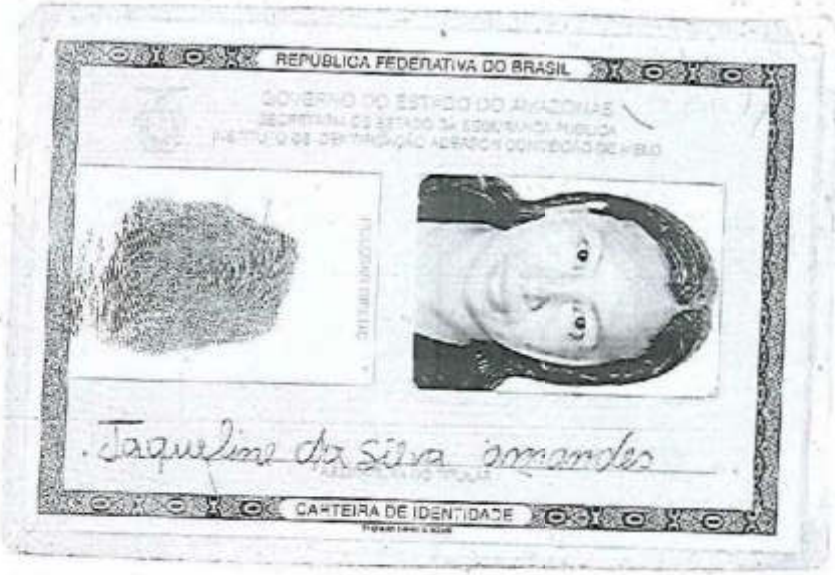
Observação: **1ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

SABEMI SEGURADORA S/A
20 AGO 2018
RECEBIDO

Boa Vista, 26 de fevereiro de 2009

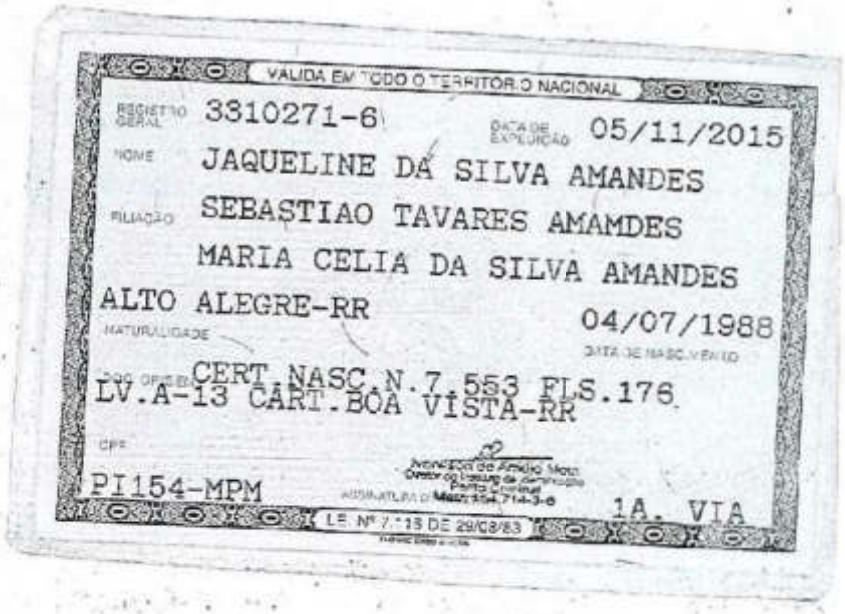
Oficial



SABEMI SEGURADORA S/A

20 AGO 2018

RECEBIDO

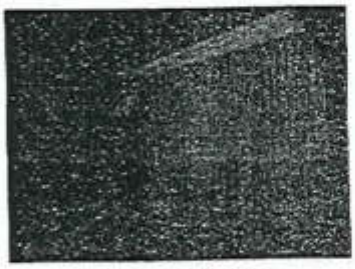


MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

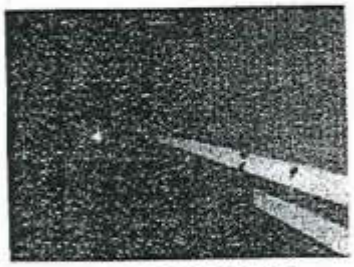
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

IMAGENS PANORÂMICAS

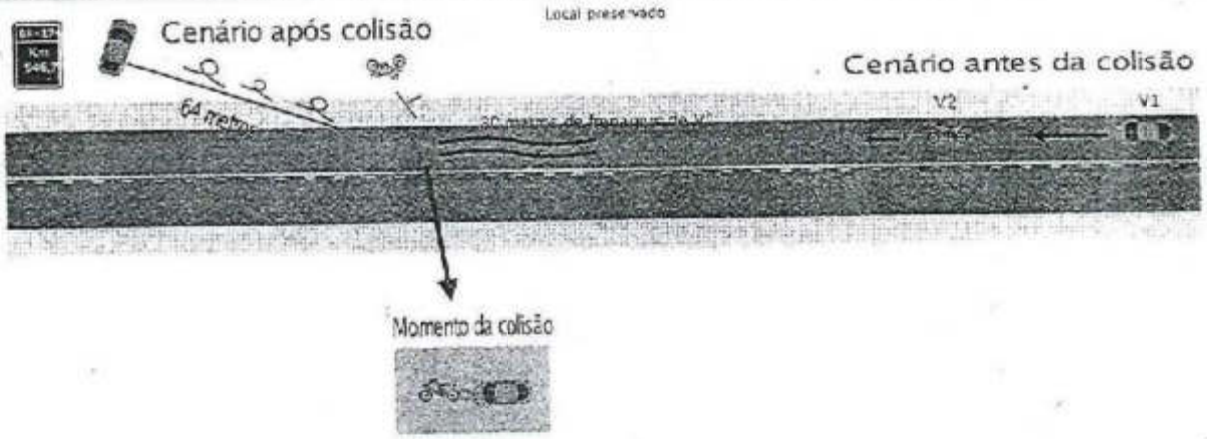


SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1533347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade desta documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B76D3CF24DC30C

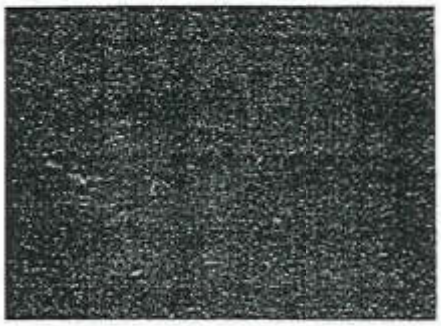
191

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

V1 TRACIONADOR **JXW3581**



Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE0282158768D3CF24DC30C

Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

PRF

Acidente nº 18032795B01

SABEMI SEGURADORA S/A
20 AGO 2018
RECEBIDO

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 174 **KM:** 546,7 - Decrescente **Município:** BOA VISTA/RR

Data: 02/06/2018 **Hora:** 19:00

Policial responsável pelo atendimento: JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal **Tipo de pavimento:** Asfalto **Tipo de pista:** Simples

Condição da pista: Molhada

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: ✗ **Acostamento:** ✓ **Canteiro central:** ✗

Condição meteorológica: Chuva **Fase do dia:** Plena Noite

NARRATIVA

No dia 02/06/2018, por volta das 19 horas, no km 546,7 da BR 174, município de Boa Vista/RR, ocorreu acidente de trânsito do tipo colisão traseira, com uma (01) vítima com lesões leves e sete (7) com lesões graves. O condutor de V1, uma das vítimas graves socorridas, faleceu após atendimento intra hospitalar. Os veículos envolvidos foram: o automóvel Chevrolet Prisma (V1) e a motocicleta Honda/NXR150 Bros (V2). Com base na análise dos vestígios identificados constatou-se que V2 seguia à frente de V1 pela BR 174, ambos no mesmo sentido, pista decrescente. Por volta do km 546,7, o condutor de V1 viu a motocicleta V2 à sua frente e começou a frenar seu veículo, deixando 30 metros de marcas pneumáticas no asfalto. Mesmo com esse processo de redução acentuado de velocidade, V1 colidiu na traseira de V2, jogando esse fora de pista. Por sua vez, o condutor de V1 perdeu o controle do seu veículo que veio a sair de pista e posteriormente capotar por 64 metros.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	
2	Saída de leito carroçável	V2 | V1
3	Capotamento	V1
4	Queda de ocupante de veículo	V2

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B76D3CF24DC30C

191

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

V1 TRACIONADOR **JXW3581**

Placa: JXW3581 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT/2012

Renavam: 00450871592 **Chassi:** 9BGRP69X0CG327687

Tipo de Veículo: Automóvel **Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

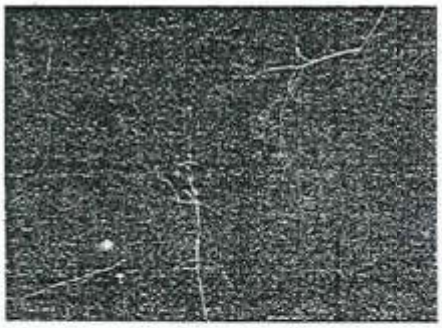
Informações complementares: Condutor seguia com seu veículo na mão de direção. Ao ver V2 frenou seu veículo, deixando 30 metros de marcas de frenagem no asfalto antes de colidir na traseira de V2. Tais marcar podem ser vista de forma parcial nas imagens abaixo. Devido a falta de luminosidade não foi possível registrar a marcar pneumáticas ao longo de toda extensão.

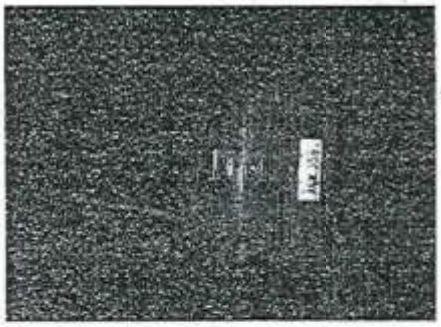
PROPRIETÁRIO

Nome: FRANCIELMA CARVALHO DA SILVA **CPF/CNPJ:** 986.357.942-49

Endereço: R RAIMUNDO PENAFORT CASA, 255 - BURITIS, BOA VISTA/RR

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO





Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B76D3CF24DC30C

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18032795B01

PRF

V2 TRACIONADOR **NAS2770**

Placa: NAS2770 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/NXR150 BROS ESD/2006

Renavam: 00902019813 **Chassi:** 9C2KD03107R009996

Tipo de Veículo: Motocicleta **Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: LEDILSON MERCE DA LUZ **CPF/CNPJ:** 786.599.902-00

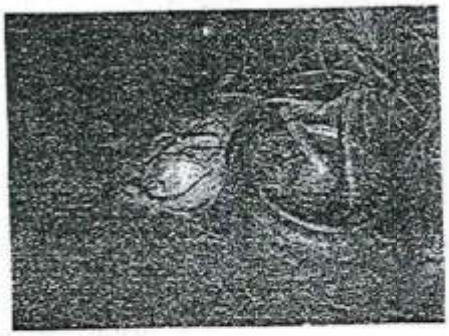
Endereço: R DR ZAMENHOF AP 1 CARANA, 1935, BOA VISTA/RR

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Outros **Tipo de receptor:** Depósito credenciado

Informações complementares: Veículo sem o devido licenciamento anual, sendo assim encaminhado ao pátio credenciado pela PRF Lock Park



Sem Imagem

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso II do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

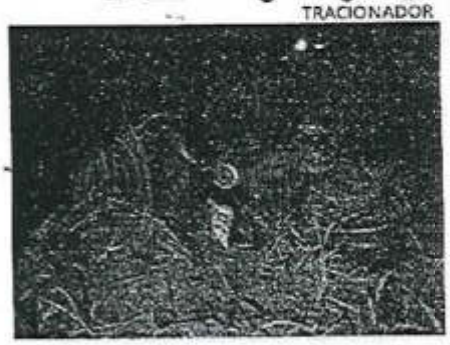
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B78D3CF24DC30C

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

V2 TRACIONADOR **NAS2770**



Sem Imagem

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B76D3CF24DC30C

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

V1 PASSAGEIRO FRANCIELMA CARVALHO DA SILVA

Placa do veículo: JXW3581 **Marca/modelo:** CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT

Envolvimento: Passageiro/Proprietário **Nome:** FRANCIELMA CARVALHO DA SILVA

CPF: 986.357.942-49 **Data de nascimento:** 08/09/1987

Estado civil: **Sexo:** Feminino **Estado físico:** Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Sim **Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço: , BOA VISTA/RR

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B76D3CF24DC30C

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

V1 PASSAGEIRO FRANCIMARA DOS REIS DA CONCEICAO LIMA

Placa do veículo: JXW3581 **Marca/modelo:** CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT

Envolvimento: Passageiro **Nome:** FRANCIMARA DOS REIS DA CONCEICAO LIMA

CPF: 838.735.112-15 **Data de nascimento:** 17/03/1984

Estado civil: **Sexo:** Feminino **Estado físico:** Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado **Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço: PA NOVA AMAZONIA, 442, RR, BOA VISTA/RR

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico **Tipo de receptor:** Corpo de bombeiros

Informações complementares:

Documento assinado eletronicamente por JOSE MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviario Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novoBat/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4649E7CEC252158760D3CF24DC30C

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

V1 PASSAGEIRO Natacha Amandes de Oliveira

Placa do veículo: JXW3581 **Marca/modelo:** CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT

Envolvimento: Passageiro **Nome:** Natacha Amandes de Oliveira

CPF: **Data de nascimento:** 12/01/2009

Número de identificação/órgão expedidor: SD/Nao tem

Estado civil: **Sexo:** Feminino **Estado físico:** Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado **Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico **Tipo de receptor:** Corpo de bombeiros

Informações complementares: Passageira transportada pelo CBMRR para o Hospital Infantil Santo Antônio em Boa Vista/RR.

PRF

Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Polícia Rodoviária Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE0282F5B76D3CF24DC30C.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

V1 PASSAGEIRO Raiele Gomes da Silva

Placa do veículo: JXW3581 **Marca/modelo:** CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT

Envolvimento: Passageiro **Nome:** Raiele Gomes da Silva

CPF: **Data de nascimento:** 27/08/2004

Número de identificação/órgão expedidor: Sem doc/Nao tem

Estado civil: **Sexo:** Feminino **Estado físico:** Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado **Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico **Tipo de receptor:** Corpo de bombeiros

Informações complementares: Passageira encaminhada ao Hospital Infantil Santo Antonio em Boa Vista/RR.

PRF

Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOSE MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B76D3CF24DC30C

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18032795B01

PRF

V1 PASSAGEIRO Rayane Carvalho da Silva

Placa do veículo: JXW3581 **Marca/modelo:** CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT

Envolvimento: Passageiro **Nome:** Rayane Carvalho da Silva

CPF: **Data de nascimento:** 06/12/2004

Número de identificação/órgão expedidor: Sem/Nao tem

Estado civil: **Sexo:** Feminino **Estado físico:** Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado **Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico **Tipo de receptor:** Corpo de bombeiros

Informações complementares: Passageira encaminhada ao Hospital Infantil Santo Antônio em Boa Vista/RR.

PRF

Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B78D3CF24DC33C

191

Imagens Complementares

V1 - Tracionador - CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT - JXW3581

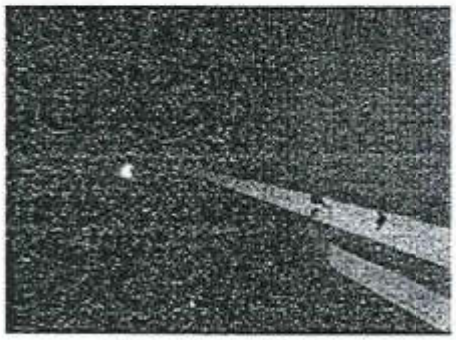


IMAGEM COMPLEMENTAR 01

IMAGEM COMPLEMENTAR 02

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/08/2018, às 00:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso I do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar, informando protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B76D3CF24DC30C

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

V2 PASSAGEIRO Jonas Daniel Romero Acuna

Placa do veículo: NAS2770 **Marca/modelo:** HONDA/NXR150 BROS ESD

Envolvimento: Passageiro **Nome:** Jonas Daniel Romero Acuna

CPF: **Data de nascimento:** 09/05/1989

Número de identificação/órgão expedidor: Sem ident nac/Venezuelano

Estado civil: **Sexo:** Masculino **Estado físico:** Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL **Usava capacete:** Ignorado

Informações complementares: Passageiro de nacionalidade venezuelana.

DADOS DE CONTATO

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico **Tipo de receptor:** Corpo de bombeiros

Informações complementares: Passageiro encaminhado ao serviço de emergência do Hospital Geral de Roraima

PRF

Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B76D3CF24DC30C

191

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

V2 CONDUTOR JOSE PINHEIRO OLIVEIRA

Placa do veículo: NAS2770 **Marca/modelo:** HONDA/NXR150 BROS ESD

Envolvimento: Condutor **Nome:** JOSE PINHEIRO OLIVEIRA

CPF: 241.811.702-25 **Data de nascimento:** 06/04/1969

Estado civil: **Sexo:** Masculino **Estado físico:** Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL **Usava capacete:** Ignorado

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Não Habilitado

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: PA NOVA AMAZONIA VICINAL 1 LOTE 35 - TRUARU 1, SITIO BONS AMIGOS, SAO TOMAS

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B75D3CF24DC30C

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

V1 CONDUTOR CARMELINHO DECIAN

Placa do veículo: JXW3581 **Marca/modelo:** CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT

Envolvimento: Condutor **Nome:** CARMELINHO DECIAN

CPF: 317.991.911-68 **Data de nascimento:** 05/11/1962

Estado civil: **Sexo:** Masculino **Estado físico:** Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado **Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AC **Data primeira habilitação:** 08/10/1981

Nº Registro: 02703348105 **UF:** RR **Data de vencimento da habilitação:** 12/11/2018

Motorista Profissional: Não **Observações CNH:** 15

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: R RAIMUNDO PENA FORTE, 255 - CASA, BURITIS, BOA VISTA/RR

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B76D3CF24DC33C

191

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01

PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT **Placa:** JXW3581

Nome do agente: JOSÉ MACHADO **Nº BOAT:** 18032795B01

Matrícula do agente: 1539347 **Data:** 02/06/2018

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda	X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda	X		
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X		
8	Estrutura da coluna central esquerda	X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda	X		
10	Caixa de roda traseira esquerda	X		
11	Assoalho central esquerdo	X		
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita	X		
16	Estrutura da coluna traseira direita	X		
17	Estrutura da soleira direita	X		
18	Estrutura da coluna central direita	X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		

*Item danificado no acidente.
**Item não danificado no acidente ou não existente.
*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea c do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE028215B75D3CF24DC30C

191

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita	X		
22	Longarina dianteira direita		X	

Total geral (SIM + NA): 14

Dimensão da monta: Grande

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/NXR150 BROS ESD

Placa: NAS2770

Nome do agente: JOSÉ MACHADO

Nº BOAT: 18032795B01

Matrícula do agente: 1539347

Data: 02/06/2018

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acid
**Item não danificado no acidente ou não exist
*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no aci

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federa 06/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisó 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inc do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, inform protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE026215B76D3CF24DC30C

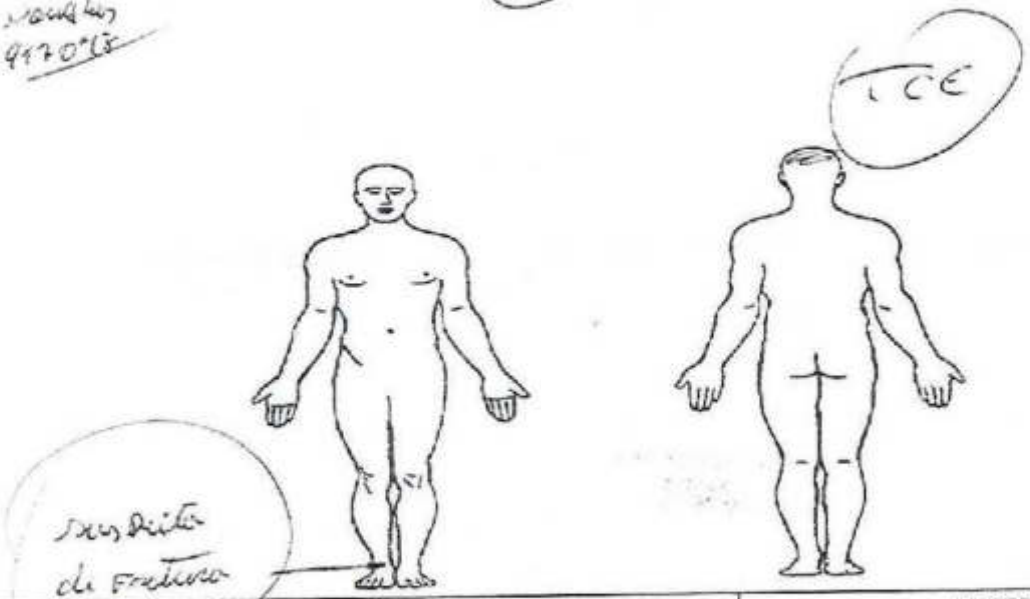
DESTINO		
	[ ] Atendido no local [ ] Trauma HGR [ ] Pronto Atendimento [ ] Coronel Mota	[ ] Cosma e Silva [X] HCSA [ ] Maternidade [ ] Outros

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

Fomos acionado para uma ocorrência de natureza traumática: acidente com múltiplas vítimas na Equipe atendeu a vítima, masculino, criança, interior ao anexo de oficina automóveis, verbalizando, um pouco sonolento, com suspeita de TCE, no seguir suspeita da cabeça, mais suspeita de fratura no terço do direito, realizado protocolo de trauma, comunicado a central de regulação que nos orientou a condução para o HCSA.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala			
Abertura Ocular	Abre expontaneamente	Abre expontaneamente	4	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balbucia	5		0	0
	Confuso	Chora irritado	4	Pressão Sistólica (mmHg)	> 90	4
	Palavras inapropriadas	Chora a dor	3		70 - 89	3
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2
	Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49	1
Melhor Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0
	Localiza a dor	Retira ao toque	5	Escala de Glasgow	14 a 15	5
	Flexão normal	Retira a dor	4		11 a 13	4
	Flexão anormal	Flexão normal	3		8 a 10	3
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 a 7	2
	Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4	1
ESCALA DE GLASGOW 15				ESCORE DO TRAUMA		

Marcelo
9170-15



CONFERE COM O ORIGINAL
EM: / /

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ [ ] Com cartão [ ] Sem cartão	

FICHA DE ATENDIMENTO

SAMU 192

PREFEITURA BOA VISTA

Unidade: Bravo III Equipe: Tec. Desfib. Cert. Dirig.

Paciente: Maria Alvares de Oliveira Idade: 09 Sexo: F

Endereço: BR 174 Próximo do Casa Sentido Pricumã

CHAMADA

Nº 9939 DATA 02/06/2018 HORA: 20:00

Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: Dirlison 20:30

MOTIVO: [X] SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NO LOCAL [ ] OUTRO Traumático

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

Cinto [ ] SIM [X] NÃO

Vítima [ ] projetada [ ] encarcerada

Air Bag: [ ] SIM [ ] NÃO

Motorista: [ ]

Passageiro [ ] dianteiro [X] traseiro

[ ] Capotamento

[ ] Atropelamento

[ ] Colisão

MOTO:

[ ] Condutor

[ ] Carona

Capacete [ ] SIM [ ] NÃO

[ ] Queda

[ ] Atropelamento

[ ] Colisão

BICICLETA:

[ ] Condutor

[ ] Carona

[ ] queda

[ ] Atropelamento

[ ] Colisão

VIOLÊNCIA

[ ] FAB

[ ] PAF

[ ]

Espancamento

[ ] Violência Doméstica

[ ] Violência Sexual

[ ] Tentativa de suicídio

[ ] Outro:

OUTROS

[ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto

[ ] Queda, Altura aprox.:

[ ] Acidente Doméstico

[ ] Queimadura Agente

[ ] Agressão p/ animal

[ ] Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas

[ ] Dispnéia

[ ] Bradpnéia

[ ] Taquipnéia

[ ] Resp. Ruidosa

[ ] Obstruída

[ ] Apnéia

[X] Outro: E

Ventilação

[ ] M.V. Diminuído

[ ] M.V. Ausente

[ ] Hipertimpanismo

[ ] Macicez

[ ] Ferida Aspirativa

[X] E

Circulação

[ ] Bradicárdico

[ ] Taquicárdico

[ ] Arrítmico

[ ] Enchimento capilar acima de 2"

[ ] Ausente

[ ]

Aval. Neurológica

[X] AVDN (4)

[ ] Miose

[ ] Midríase

[ ] Anisocoria

[ ] Otorréia

[ ] Otorragia

[ ] Rinorragia

[ ] Aparentemente alcoolizado

[ ] DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início 21:15	110/70	96	20	99	—	—	—	—
Fim 21:54	110/60	98	20	100	—	—	—	—

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele

[ ] Corada

[ ] Quente

[X] Pálida

[ ] Fria

[ ] Úmida

[ ] Seca

[ ] Cianótica

Cabeça

[ ] Contusão

[ ] Escoriações

[ ] Laceração

[ ] Hematoma

[ ] Afundamento

[ ] Fer. Penetrante

[ ]

Face

[ ] Contusão

[ ] Escoriações

[ ] Lacerações

[ ] Ferimento ocular

[ ]

Pescoço

[ ] Escoriações

[ ] Lacerações

[ ] Hematoma

[ ] Desvio da traquéia

[ ] Enfisema Sub-Cutâneo

[ ]

Tórax

[ ] Escoriações

[ ] Lacerações

[ ] Tórax Instável

[ ] Resp. paradoxal

[ ] Tamponamento

[ ]

Abdome

[ ] Escoriações

[ ] Lacerações

[ ] Distendido

[ ] Em tábua

[ ] Doloroso

[ ] Evisceração

[ ]

Pelve

[ ] Contusão

[ ] Escoriações

[ ] Dor

[ ] Instabilidade

[ ]

[ ]

Coluna Dorsal

[ ] Contusão

[ ] Hematoma

[ ] Dor

[ ]

Membros

[ ] Contusão

[ ] Escoriações

[ ] Lacerações

[X] Luxações MS direito

[X] Fratura Desgaste ósseo

[ ] Amputação

[ ]

Fratura na articulação Dorsal direita

AVALIAÇÃO CARDÍACA

[ ] Ritmo Sinusal

[X] Taquicardia

[ ] Braquicardia

[ ] Flutter

[ ] Fibrilação atrial

[ ] Fibrilação entricular

[ ] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

[ ] Respiratória

[ ] Neurológica

[ ] Psiquiátrica

[ ] Metabólica

[ ] Cardiovascular

[ ] Aborto

[ ] Digestiva

[ ] Infecciosa

[ ] Obstétrica

[ ] Pediátrica

[ ] Outra

HISTÓRIA PEGRESSA

[ ] Diabetes

[ ] Cardiopatia

[ ] HAS

[X] Alergias Nega

[ ] Outros

[X] Medicação de uso Não

GRAVIDADE COMPROVADA

[ ] LESO

[ ] SEVERA

[ ] PEQUENA

[X] MORTE

[ ] MÉDIA

[X] INDETERMINADA

[ ] OUTRO

Dra. Kelly Chaves
Pediatria
CRM-RR 1322

Assinatura e carimbo do Médico (Unidade de Destino)

SABEMI SEGURADORA S/A
20 AGO 2018
RECEBIDO

INCIDENTE

[ ] Cancelamento

[ ] Recusa de Atendimento

[ ] Não se encontrava no local

[ ] Recusa de hospitalização

[ ] Trote

[ ] Bombeiro no local:

MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS

[ ] Polícia Militar

[ ] Guarda Municipal

[ ] SMTRAN

[X] Bombeiro

[X] Outros: PRF: SAV: B: V

RCP

[ ] Iniciada as:

[ ] Término as:

[ ] RCP com sucesso

[ ] RCP sem sucesso

[ ] Obs.:

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: / /

Brasileiro

1349.


CAIXA
POUPANÇA
6277 8015 6185 2629
6277
VALIDO ATÉ
06/21
JAQUELINE SILVA AMANDES
4575 013 00007830-1
elo

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
		Natacha Amandes de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Jaqueline da Silva Amandes		CPF titular da conta: 006.219.572-75	Profissão: Autonoma
Endereço: R.B. P.A Nova Amazo Vicinal 02		Número: 337	Complemento
Bairro	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.301.970
Email			Telefone (DDD): (95) 99154-6697

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 4575 D/V: 013 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 7830 D/V: 1 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SABEMI SEGURADORA S/A
20 AGO 2018
RECEBIDO

Boa Vista, 10 de Agosto de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jaqueline da Silva Amandes
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017