



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

PROCURAÇÃO

Outorgante:: NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA , CPF Nº 073.452.682-25, menor im pubere brasileira, estudante, representada por JAQUELINE DA SILVA AMANDES, ID Nº 3310271-6 SSP/AM E CPF Nº 0736.452.682-25, residente na Rua ES PA Nova Amazonia, Vicinal 02 nº 533 , Bairro: Zona Rural, Boa Vista- RR CEP.: 69.301-970, Tel.: (95) 99128-5511 confiançacst@hotmail.com. Outorgados: Bel. EDSON SILVA SANTIAGO, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

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

Boa Vista/RR, 1 de abril de 2019.



JAQUELINE DA SILVA AMANDES



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

Wagner Mendes Coelho

Tabelião

José Coelho de Souza Neto

Substituto

Av. Ataíde Telve, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808
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.

Boa Vista, 26 de fevereiro de 2009

Oficial

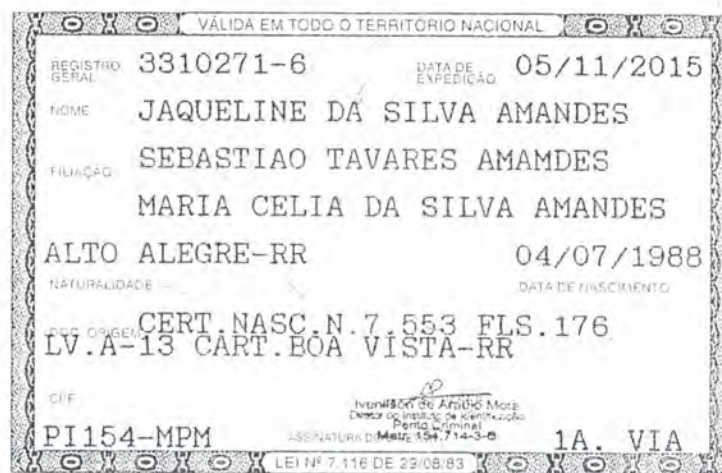
Wagner Mendes Coelho

José Coelho de Souza Neto

	Ministério da Fazenda Receita Federal COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF	
Número 073.452.682-25		
Nome NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA		
Nascimento 12/01/2009		

CÓDIGO DE CONTROLE 9744.5B7B.1DE7.CE19

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil às 16:07:38 do dia 25/06/2018 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

3

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA** , CPF Nº **073.452.682-25**, menor im
pubere brasileira, estudante, representada por **JAQUELINE DA SILVA AMANDES**, ID Nº
3310271-6 SSP/AM E CPF Nº 0736.452.682-25, residente na Rua ES PA Nova Amazonia,
Vicinal 02 nº 533 , Bairro: Zona Rural, Boa Vista- RR CEP.: 69.301-970, Tel.: (95) 99128-5511
confiançacst@hotmail.com.. **DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou
pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de
meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 1 de abril de 2019.

Jaqueline da Silva Amandes
JAQUELINE DA SILVA AMANDES



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18032795B01

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 frear 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 00:16, 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



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 marcas podem ser vista de forma parcial nas imagens abaixo. Devido a falta de luminosidade não foi possível registrar as marcas pneumáticas ao longo de toda extensão.

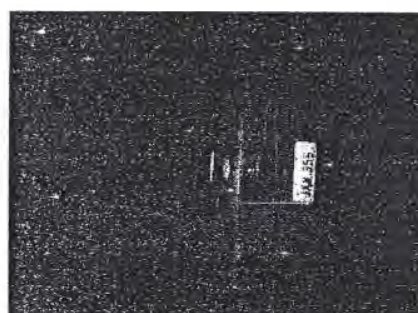
PROPRIETÁRIO

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.

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

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



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 N 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso I do art. 2º da Instrução Normativa N 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 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 
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.

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

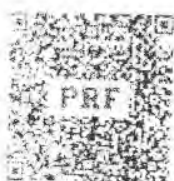
Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Corpo de bombeiros

Informações complementares:



Documento assinado eletronicamente por JOSE MACHADO, matrícula 1539347, Policial 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/novohat/autenticar>, informando o protocolo 18032795B01 e o número de controle A4549E17CE029215B76D3CF24DC30C.



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.



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



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01



PRF

V2



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, SÍTIO 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.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/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



Imagens Complementares

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



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



IMAGEM COMPLEMENTAR 02



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 N 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso I do art. 2º da Instrução Normativa N 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

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

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	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		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 acidente

**Item não danificado no acidente ou não existiu

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



Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matrícula 1539347, Policial Rodoviário Federal, em 02/06/2018, às 00:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória 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 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

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18032795B01



PRF

RELATORIO 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	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		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



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/novobal/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

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



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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18032795B01



PRF

V1



PASSEIRO

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/Não 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.



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



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01



PRF

V1



Natasha Amandes de Oliveira

Placa do veículo: JXW3581

Marca/modelo: CHEVROLET/PRISMA 1.4L LT

Envolvimento: Passageiro

Nome: Natasha 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.



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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01



PRF

V1



PASSEIRO

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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOSÉ MACHADO, matricula 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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01



PRF

V2



NAS2770



Sem Imagem



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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18032795B01



PRF

V1



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.

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

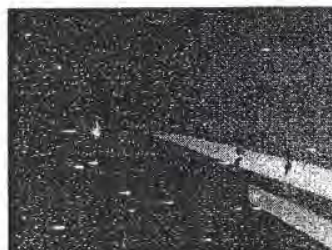


PRF

IMAGENS PANORÂMICAS

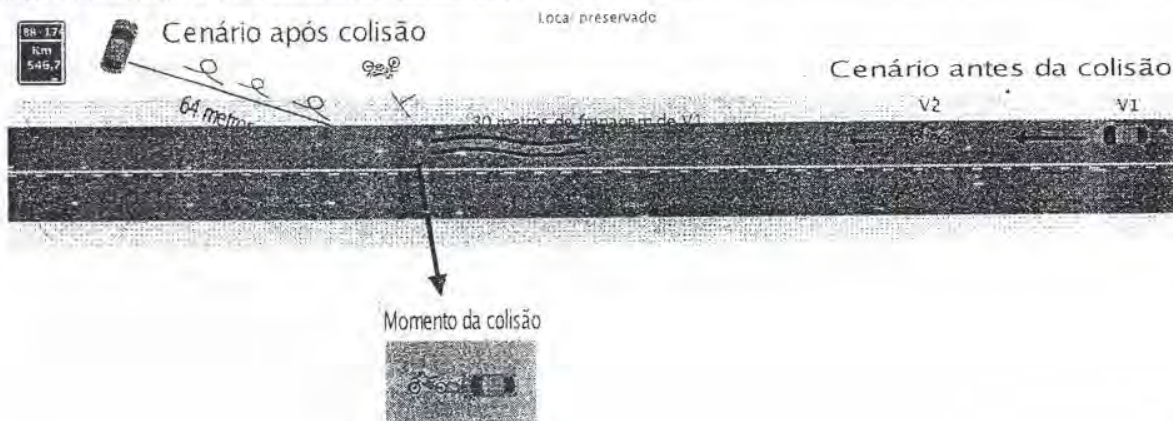


SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

ESQUEMA DA CENA DO ACIDENTE



← Boa Vista RR

Patrocínio RR →



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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – LESÃO CORPORAL – Nº 0286/2019/IML/RR

Destino: DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT/RR.

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- **Delegado (a) de Polícia Civil: RONALDO SCIOTT PINTO DA SILVA FILHO.**
- **Requisição: Nº 017/2019/SO/DAT. Referência: BO Nº 18032795 B01 DP: PRF.**

NOME: NÁTACHA AMANDES DE OLIVEIRA	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
IDADE: 10 ANOS	SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	COR: PARDA
PROFISSÃO: ESTUDANTE	ESCOLARIDADE: FUND. INCOMPLETO
DOCUMENTAÇÃO: C.N LIVRO A-123, FOLHAS 174-F, SOB Nº 74561	TELEFONE: 99128-5511 (MÃE)
FILIAÇÃO: FRANCISCO VALDECI DE OLIVEIRA E JAQUELINE DA SILVA AMANDES	
ENDEREÇO: PA NOVA AMAZÔNIA, VICINAL III, Nº 533 – BOA VISTA/RR	
DATA/ HORA DO EXAME: 22/01/2019, às 11 horas e 10 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Atendendo requisição 17/19/SO/DAT.

DESCRIÇÃO:

- Rx com fratura de tornozelo direito. Osteossíntese com hastes metálicas (vide Rx em anexo).
- Pericianda com marcha claudicante à direita.
- Apresenta limitações com desconforto a mobilização ativa de calcanhar direito (flexão e rotação).
- Refere desconforto a mobilização passiva ou ativa de joelho direito (flexão e extensão).

DISCUSSÃO:

- Por se tratar de criança em crescimento, as sequelas poderá se agravar com o tempo, caso haja lesão em epífise de crescimento.

CONCLUSÃO:

- Lesão contusa grave.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1º Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2º Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE.**
- 3º Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **PREJUDICADO.**
- 4º Houve perigo de vida? **NÃO.**
- 5º Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DA MÃE.**
- 6º Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **RESULTOU EM SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

DAT

CONFERE COM ORIGINAL

DATA: 14/02/19

Francisco Stevão Leão Gomes
Agente Administrativo/União
Mat. 1036747

É por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim. Cleudete Silva Maranhão:

Francisco F. P. P. P.
Médico CRM 195-RR
Mat. 43002287

IML

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69 309 005 – Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (recepção), (95) 2121-3430 (direção)





FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: **Bravo III** Equipe: **Tec: Douglas Conf. Viduf**
 Paciente: **Marcelo Amaral de Oliveira** Idade: **09** Sexo: **F**
 Endereço: **BR 174 próximo do cruzamento para cima**

Nº **9939** DATA **02/06/2018** HORA: **20:00**

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM:

Dra. Kelly 20:30

MOTIVO ☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☒ ATENDIDO NO LOCAL ☒ OUTRO **transmissão**

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLENCIA	OUTROS
Cinto ☐ SIM ☒ NÃO	☐ Condutor	☐ FAS	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto
Vítima ☐ projetada	☐ Carona	☐ PAF	☐ Queda, Altura aprox. _____
☐ encarcerada	Capacete ☐ SIM ☐ NÃO	☐ Espancamento _____	☐ Acidente Doméstica
Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO	☐ queda	☐ Violência Doméstica	☐ Queimadura Agente
Motorista: ☐	☐ Atropelamento	☐ Violência Sexual	☐ Agressão animal
Passageiro: ☐ dianteiro	☐ Colisão	☐ Tentativa de suicídio	☐ Outros: _____
☐ traseiro	BICICLETA:	☐ Outro: _____	
☐ Capotamento	☐ Condutor		
☐ Atropelamento	☐ Carona		
☐ Colisão	☐ queda		
	☐ Atropelamento		
	☐ Colisão		

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia	☐ M.V. Diminuído	☐ Bradicárdico	☒ AVDN (4)
☐ Bradpneia	☐ M.V. Ausente	☐ Taquicárdico	☐ Miose
☐ Taquipneia	☐ Hipertimpanismo	☐ Arritmico	☐ Midriase
☐ Resp. Ruidosa	☐ Maciez	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Anisocoria
☐ Obstruída	☐ Ferida Aspirativa	☐ Ausente	☐ Otorrêa
☐ Apnéia		☐ Ausente	☐ Otorragia
☒ Outro: E			☐ Rinorragia
			☐ Aparentemente alcoolizado
			☐ DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início 21:15	170/70	96	20	99	-	-	-	-
Fim 21:50	110/60	98	20	100	-	-	-	-

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☐ Corada	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☐ Quente	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☒ Pálida	☐ Laceração	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Tórax Instável	☐ Distendido
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Resp. paradoxal	☐ Em tábua
☐ Úmida	☐ Afundamento	☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traqueia	☐ Tamponamento	☐ Doloroso
☐ Seca	☐ Fer.		☐ Enfisema Sub-Cutâneo		☐ Evisceração
☐ Cianótica	☐ Penetrante				
Pelve	Coluna/Dorsal	Membros			
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☒ Fratura Despacho de	☒ Fratura na articulação	☒ Fratura no osso
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Escoriações	☐ Amputação		
☐ Dor	☐ Dor	☐ Lacerações			
☐ Instabilidade		☒ Luxações na articulação			

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Ritmo Sinusal	☐ Fibrilação atrial	☐ Respiratória	☐ Digestiva	☐ Diabetes	☒ Alergias uso
☒ Taquicardia	☐ Fibrilação entricular	☐ Neurológica	☐ Infecçiosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros
☐ Bradicardia	☐ Assístolia	☐ Psiquiátrica	☐ Obstétrica	☐ HAS	
☐ Filuter		☐ Metabólica	☐ Pediátrica	☒ Medicação de uso uso	
		☐ Cardiovascular	☐ Outra		
		☐ Aborto			

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ LÉSO SEVERA

☐ PEQUENA MORTE

☐ MÉDIA

☐ INDETERMINADA

☒ OUTRO

Dra. Kelly Chaves
Pediatrica

Assinatura do Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trope
☐ Bombeiro no local:

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☒ Bombeiro
☐ Outros:

PAF: SAV: B: 0

RCP

☐ Iniciada as: _____
☐ Término as: _____
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.: _____

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
 CONFERE COM O ORIGINAL

EM: _____

DESTINO	☐ Atendimento local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☒ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros
---------	---	---

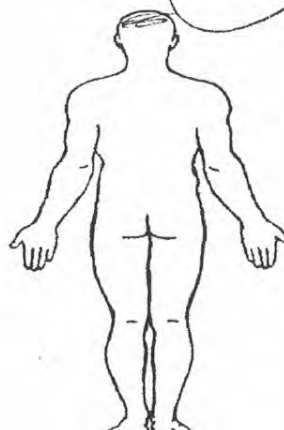
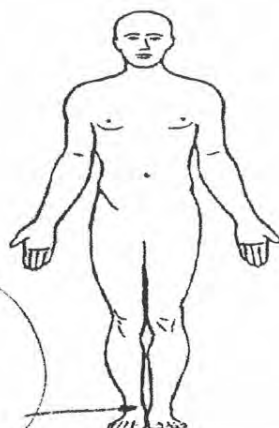
ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS A	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

paciente para uma ocorrência de natureza traumática: acidente com múltiplas vítimas e grupo, acidente a vítima, nacional, crime, natureza anormal de divisa oque, acidente, verbalizado, um pouco semelhante, com suspiro de TCE, no qual seipê do coberto, mais suspiro de fratura no tornozelo direito, realizando protocolo de tra

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	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	
Melhor Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Pressão Sístólica (mmHg)	01 - 09	1	
	Orientado	Balbucia	5		0	0	
	Confuso	Choro irritado	4		> 90	4	
Melhor Resposta Motora	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	Escala de Glasgow	70 - 89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49	1	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		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				ESCORE DO TRAUMA			

may, comunicado a central de regulação que no momento a conduzir para o HCSA

17/05/2019
917018



CONFERE COM O ORIGINAL
EM: _____

GESTANTE

MATERIAL E MEDICAÇÃO

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão



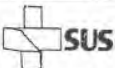
Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santo Antônio

PRONTUÁRIO 30437

37482 Urgência/Emergência 02/06/2018
47518 Internação 03/06/2018
49083 Ambulatorial 08/06/2018
50089 Externo 08/06/2018
50120 Externo 08/06/2018

Cartão do SUS:	Data Nascimento:	Sexo:
	12/01/2018	
Nome:		
MATILHA AMANDES DE OLIVEIRA		
Mãe:		
JOSELENE DA SILVA AMARAL		

30437

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		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 <i>NATACHA MANDES DE OLIVEIRA</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima acidente de trânsito (carro x moto) com lesões graves, principalmente no tórax e membros superiores e inferiores, com fratura de fêmur esquerdo, fratura de tíbia e fíbula esquerda, contusão de cabeça, tórax e membros superiores e inferiores. GLASGOW 15</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>As lesões</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>RA X TÓRAX + EXAME FÍSICO</i>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>POSTRUMATIZADA</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>INTERNAÇÃO</i>	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Permanente</i>
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>A</i>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>21/6/18</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Marcelo Marques</i> Médico CNS 140180/2	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	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 <i>/ /</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

CONFERE COM O ORIGINAL
20.07.18
S. de Almeida
Assinatura



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRURGICO



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 OSTEORESETE fix. osso da perna direita

Tipo de intervenção aberta

Medicações e Acidentes Ø

Cirurgião Dr. JONATHAS R. LOPES 1º Auxiliar Dr. Marcelo Machado R.1

Instrumentadora _____

Anestesistas Dr. JENNIFER

Anestesia _____

Início _____ Fim _____

Duração _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Paciente em ODA + anestesia

② ASPEXIA + antiseptia

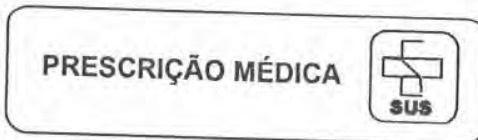
③ campos estéreos

④ incisão longitudinal aberta + redução por pinos até o furo
da fratura + redução aberta + fixação com 2 FK N° 2,0
avulsão + auxílio do RX com resultado satisfatório

⑤ Acesso posterior de $\pm$ 6 cm + avulsão por pinos +
isolamento do tecido cicatricial + redução da fratura +
fixação com 2 FK N° 2,0 + auxílio do RX com
resultado satisfatório + controle hemostático +
lavagem taxativa + tratamento por pinos + retirada da
15/6/18 Isocima + RPA

Data

Assinatura



NOME: NATACHA MOURDES DE OLIVEIRA IDADE: 9 anos
 PESO: 30 kg PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: _____ LEITO: 31

Polivitamínico

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
21/6/18	① DIETA ORAL ZERO 2º orden	SND
	② INP	MANHA
	③ SROST. — 800ml EV 24hrs	24
	④ CEFTRIAXONA 2g EV. AGORA	24
	⑤ DIPIRONA 1,8ml EV. 6/6 hrs	SIN
	⑥ OMOXETONA 4,5mg EV. 8/8 hrs	SIN
	⑦ CAXES LASCAVINAS + RXS	CAXES
	⑧ SEVU TCC 66 6/6 hrs	Rotina
	Dr. Marcelo Marques Médico CRM-RR 1818/RR	
03/06/18	① Alta hospitalar	
	② Alta oral em	
	Juliana Barbosa Médica CRM-RR 1492	
	CONFIRMAÇÃO ORIGINAL 20/07/18 Assinatura	

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Boa Vista

Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem

Data: 03/05/2019

Nome: Marcelo Mendes de Oliveira

Registro: 090

Idade: 09 anos

Data da internação: 01/05/2019

Peso: 14,0 kg

Leito: 31

Diagnóstico: Polipneumotórax

CUIDADOS ESPECIAIS:

SINAIS VITAIS				CONTROLE HÍDRICO										Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem														
HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	GANHOS					PERDAS																	
						Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:	Diurese	Feces	Secreção gastrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos	Aspiração	FlO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	
07h																												
08h																												
09h																												
10h																												
11h																												
12h																												
13h																												
14h																												
15h																												
16h																												
17h																												
18h																												
19h																												
20h																												
21h																												
22h																												
23h																												
24h																												
01h																												
02h																												
03h																												
04h																												
05h																												
06h																												

Exames e/ou recomendações:

**HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO**

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO

**Secretaria Municipal de Saúde**
Prefeitura Municipal de Boa Vista

Data: 02/06/18
Peso: _____
Nome: NATACHA AUGUSTO DE OLIVEIRA
Idade: 9a
Leito: 1
Registro: _____
Data da internação: 1/1

Diagnóstico: _____

CUIDADOS ESPECIAIS:

HORA	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO										Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem												
	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	GANHOS			PERDAS								CUIDADOS ESPECIAIS											
						Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de:	Diurese	Feces	Secreção gástrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos	Aspiração	FlO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	
07h																												
08h																												
09h																												
10h																												
11h																												
12h																												
13h																												
14h																												
15h																												
16h																												
17h																												
18h																												
19h																												
20h																												
21h																												
22h																												
23h																												
24h	36.5	98	90			Zero HSD	C P M																					
01h																												
02h																												
03h																												
04h																												
05h																												
06h	37.5	100	22			Zero																						
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

Requisição: 20155059

Origem: HCSA

Setor: TRAUMA

Leito: TRAUMA-2

Sexo: F Nasc: 12/01/2009 Idade: 09A

Coleta: 02/06/2018 22:29:25

Emissão:

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma

LEUCOCITOS
NEUTROFILOS
LINFOCITOS
MONOCITOS
EOSINOFILOS
BASOFILOS

21.13x10³/uL
86.20%
10.00%
3.00%
0.60%
0.20%

Referência
4.00 - 10.00
50.0 - 70.0
20.0 - 40.0
3.0 - 12.0
0.5 - 5.0
0.0 - 1.0

Eritrograma

ERITROCITOS
HEMOGLOBINA
HEMATOCRITO
VCM
HCM
CHCM
RDW CV
RDW SD

4.47 x10⁶/uL
11.60 g/dL
33.60 %
75.20 ug/mL
26.00 pg
34.50 g/dL
12.80 %
40.40 fL

Referência
3.50 - 5.50
11.0 - 16.0
37.0 - 54.0
80.0 - 100.0
27.0 - 34.0
32.0 - 36.0
11.0 - 16.0
35.0 - 56.0

Plaquetograma

PLAQUETAS
VPM
ADP
PCT

212.00 x10³/uL
9.70 fL
16.30
0.206 %

Referência
150 - 400
6.5 - 12.0
9.0 - 17.0
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

Requisição: 20155059

Origem: HCSA

Setor: TRAUMA

Leito: TRAUMA-2

Sexo: F

Nasc: 12/01/2009

Idade: 09A

Coleta: 02/06/2018 22:29:25

Emissão:

Coagulograma

Material: Plasma

Método: Coagulômetro Automatizado

Atividade Enzimática
Tempo de Protrombina (TAP)
RNI
TTPA

91 %
14" s
1.03
46" s

Referência
70 - 100
10 - 14
0.8 - 1.20 (Aceitável 2.0 -
24 - 40



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

Requisição: 20155059

Origem: HCSEA

Setor: TRAUMA

Leito: TRAUMA-2

Sexo: F

Nasc:

12/01/2009

Idade: 09A

Coleta:

02/06/2018 22:29:25

Emissão:

Material: Soro

Exames

Método: Automatizado Mindray BS-380

GLICOSE

133.22 mg/dL

Referência

70.0 - 100.0

Lourdes Almeida
Farmacêutica - Bioquímica
CRF - RR 163



Santo Antônio
Hospital de Criança

Ficha de Atendimento
EXTERNO
Cor Classificação:

Senha:

CONFIRMAR MARCADO
20/07/18
Sdeleone
ASSINATURA
Data de Emissão: 08/06/2018 11:54
Unidade Cód: PAULASANTOS
50120

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 30437 Data Nascimento: 12/01/2009 Idade: 8 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: 89309000 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone: 91254042
Nome da Mãe: JAQUELINE DA SILVA AMANDES CNS:

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 50120 Data: 08/06/2018 10:01:58
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 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

EXAMES SOLICITADOS

CONDIÇÃO

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

 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 <i>Natasha Amandes de Oliveira</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Reguliane da Silva Amandes</i>		9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Frat de tornozelo</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tto cirurg.</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>EF + Rx</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Frat fratura distal</i>			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internacao Hosp.</i>			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>08/06/18</i> 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Jonas</i> <i>CRM 1759</i>			
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 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

CONFERE COM O ORIGINAL
20.07.18
Idelene



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIA



P: 32 Kg

I. 9a

NOME DO PACIENTE <i>Mateus Emanuel de Oliveira</i>		APTº/LEITO <i>1.5.1-08</i>	Nº PRONTUÁRIO <i>30437</i>	DATA <i>15/06/18</i>	
CIRURGIA/TIPO <i>I-X de tornozelo MID</i>		TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO <i>13:44</i>	FIM <i>15:29</i>	TEMPO TOTAL
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO <i>Dr. Flamarion</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Leonir</i>			
1º AUXILIAR <i>Dr. Marcelo (R2)</i>		INSTRUMENTADOR -			
2º AUXILIAR -		CIRCULANTE <i>Ja + melina</i>			

TIPO DE ANESTESIA <i>Local</i>		TEMPO DE DURAÇÃO <i>13:29</i>			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUTG SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUTG SIMPLES Nº			FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	<i>250ml</i>
<i>1</i>	VICRYL <i>3.0 27.0</i>		<i>1</i>	FRASCO SORO <i>500</i>	
	CATUTG			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUTG CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUTG CROMADO Nº			XYLOCAÍNA % CC	
	CATUTG ATRAUMÁTICO RETO		<i>1</i>	ALGODÃO <i>50ml</i>	
	CATUTG ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº			PUPTALCÓOL <i>elux</i>	<i>50ml</i>
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE	
	MONONYLON C/ AGULHA			ÁLCOOL 70%	<i>50ml</i>
<i>1</i>	MONONYLON S/ AGULHA <i>2.0</i>			POLVIDINE TÓPICO	
<i>10</i>	UNIDADE DE GAZE			GLICOSE %	
<i>41</i>	PARES DE LUVA Nº <i>8.0</i>		<i>17</i>	ATADURA DE CREPOM Nº <i>P</i>	
<i>1</i>	EQUIPOS P/ SORO <i>cl eny malver</i>			ATADURA GESSADA Nº	
	ROLOS DE ESPADRAPAO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº		<i>17</i>	ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº <i>P</i>	
	SONDAS Nº <i>12</i>			<i>Elitudo</i>	
<i>1</i>	AGULHAS <i>40x12</i>			<i>Berunga 10 1 51</i>	
<i>1</i>	COMPRESSAS <i>ret 4x20 I.</i>		<i>1</i>	<i>10x 5.5</i>	
<i>1</i>	LÂMINAS P/ BISTURI <i>15</i>		<i>1</i>	<i>algodão ortopédico 6m</i>	
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		
FUNCIONÁRIO (A)/CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO(A)/C.C DO PACIENTE FEITO LANÇAMENTO		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			
		MATERIAL/MEDICAMENTOS	
		SUB-TOTAL	
		TAXA DE SALA/E ANESTESIA	
		SOMA	

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO

CONFERE COM O ORIGINAL.
20, 07, 18
Sderlene
Assinatura



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO
ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA

15/06/18



PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO		Nome: <u>Natasha Amândes de Oliveira, 9a</u>	
<u>Fentanyl 50 mcg @ 13:15h - insuficiente</u> <u>Midazolam 5 mg @ 13:15h (Tubular) - insuficiente</u> <u>Atenolol 10 mg @ 13:15h - insuficiente</u>		<u>P = 32 kg</u> <u>Prontuário 30.437</u>	
15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 A N2O G O2 E SVO N AR T E S SpO2 EtCO2 100-95-95-98-93-91-90-90-92-95 40-28-27-37-36-36			
LÍQU. S VER S A M V S P S DA °C 240 X 38 220 PULSO Q 36 200 ANES X 34 180 OP 32 160 Q 30 140 TEMP ASP. 120 TEMP 100 P 80 60 40 20 EXPONT. ASSIST. CONTRO SÍMBOLOS A CA C D A X			
AGENTES A Fentanyl 50 + 50 + 50 + 50 mcg B Propofol 150 mg C Midazolam 50 mg D E F G GLICOSE NDCB 0.9% 500 ml SANGUE TOTAL 500 ml OPERAÇÃO 13:15h às 15:45h 2h 30 min		DOSES TÉCNICA ANOTAÇÕES 1. Monitorização 2. O2 + AR + SVO sob máscara 3. Fentanyl 50 mcg @ 4. Propofol 100 mg @ 5. IOT + VMC 6. Rotamatoxona 4mg @ 7. Ondansetrona 4mg @ 8. Ropivacina 1.5g @ 9. Propofol 50mg @ 10. Aspiração VAS + Exatubação X. Sequência a SDRH Laringo - Esgasmo-Excesso Socrio. Depressão Hemorragia - Arritmia - Bradi- Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vômito Taquicardia - Choque PERDA SANGUÍNEA paralela	
ANESTESISTAS <u>Dra. Jeanniffer Cruz</u> Anestesiologista CRM-RR 1427		COD CIRURGIÃO <u>Dr. Jonathan / Marcelo</u>	



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO



CAUTELA DE ORTOPEDIA

TIPO DE CIRURGIA:

FX de tornozelo - AID

Data: 15 / 08 / 2018

PRONTUÁRIO Nº 30437

PACIENTE: Natasha Amanda de Oliveira

IDADE: 9a BLOCO BL F L-08 ENFERMARIA Prabal

LEITO 2-08 CAIXA: _____ Nº _____

MATERIAL UTILIZADO:

Fio Kirschner 2.0 501

1ª VIA – PRONTUÁRIO DO PACIENTE
2ª VIA

Dr. Marcelo Marques
Médico Responsável
Ortopedia e Traumatologia
CRM 151.144

Médico Responsável



Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atend: Paciente:

00050164 000003043 NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA

CNS:

Data Nascimento: Idade:
12/01/2009 9

Unidade de Internação e Leito:
BLOCO F-LEITO08



FICHA SOCIAL

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 CRIANÇA: SIM

ATUALIZADO:

POSSUI REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO: SIM

APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: NÃO

SE SIM, QUAL?

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO, 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

III - PACIENTE EM TRÂNSITO ☐ SIM ☒ NÃO

LOCAL DE ORIGEM?

INDÍGENA?

SE SIM, QUAL ETNIA?

POSSO FAMILIARES OU AMIGOS DOMICILIADOS EM BOA VISTA?

NOME:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

Nº

BAIRRO:

IV - SITUAÇÃO SÓCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL PELO O SUSTENTO DA FAMÍLIA? OS PAIS





Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atend: Paciente:

00050164 000003043 NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA

CNS:

Data Nascimento: Idade:

12/01/2009

9

Unidade de Internação e Leito:

BLOCO F-LEITO08



Ocupação do Pai e Local de Trabalho? AGRICULTURA DE SUBSISTÊNCIA

Ocupação da Mãe e Local de Trabalho? AGRICULTURA

Possui outra fonte de renda? Qual? NÃO

Possui agregado(s) em casa? NÃO PARENTESCO:

Número 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 transferência de renda: BOLSA FAMÍLIA R\$

R\$ 350,00

Renda familiar: 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS

NÚMERO 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 CIRÚRGICO (COTOVELO) SIC

SEGUNDA-FEIRA, 11 DE JUNHO DE 2018

ELIZANE MARQUES PACHECO

ASSINATURA

CRESS: 2451

AM/RR



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Natasha Arraudes Oliveira IDADE: _____

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

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
	1 Dieta Geral	s/n
	2 AIV	med
	3 Dipirama 30 gte (10) 6/6h s/n	s/n 8:15
	4 CCGG + 85W 6/6h	not
	Se possível eupamizhe pl bloco	
	Dr. Leonardo Mendes CRM-RS 21.212	
	CONFERRER COM O ORIGINAL	
	20 07, 18	
	Idelene	
	Assinatura	

[illegible]

ENFERMEIRA
COREN, PB-14912

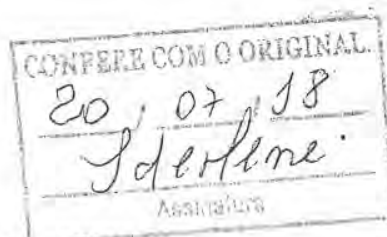
[illegible]

[illegible]

Evolução de Enfermagem		Assinalar sempre que foi realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
Manhã: <i>Moraes, Maria, Luciana, Alana, Mariana, Ana Carolina; enfermeira em pediatria; acata bem a rotina da unidade, MTD, diário.</i>	Kit Punção venosa	
	Kit Nebulização	
	Cateter nasal (oxigenioterapia)	
<i>Ligado; punções fisiológicas para exames de sangue e urina.</i>	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: <i>20:15hs esse no leito acompanhado da mãe, evolui ativo, mediano, cado,</i>		
<i>além disso, em pé na sala, dieta aceita.</i>		
<i>c) Inchaço em MID, monitorando procedi-</i>		
<i>mento cirúrgico -</i>		



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

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

1- Identificação do paciente: Natasha Amanda Oliveira
2- Local da Cirurgia à ser feita: _____
3- Procedimento a ser realizado: Osteosíntese Fratura Oso Femo (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
fecho 20' MSD

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA:

1- Todos os Profissionais da Equipe Confirmam Nomes:
- Cirurgião: D. Henrique Cirurgião Auxiliar: R. D. Marcelo Marques
- Anestesista: Dr. Jefferson Instrumentador: _____
- Enfermeiro (a): Isabel Rique
- Técnicos de Enfermagem: Melino 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 Atibiócio Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?
(X) SIM () NÃO
8- Exames de Imagem estão disponíveis? (X) SIM () NÃO

[illegible]

[illegible]

CONFERE COM O ORIGINAL.

20, 07, 18

S. de S. L.

NATACHA OLIVEIRA

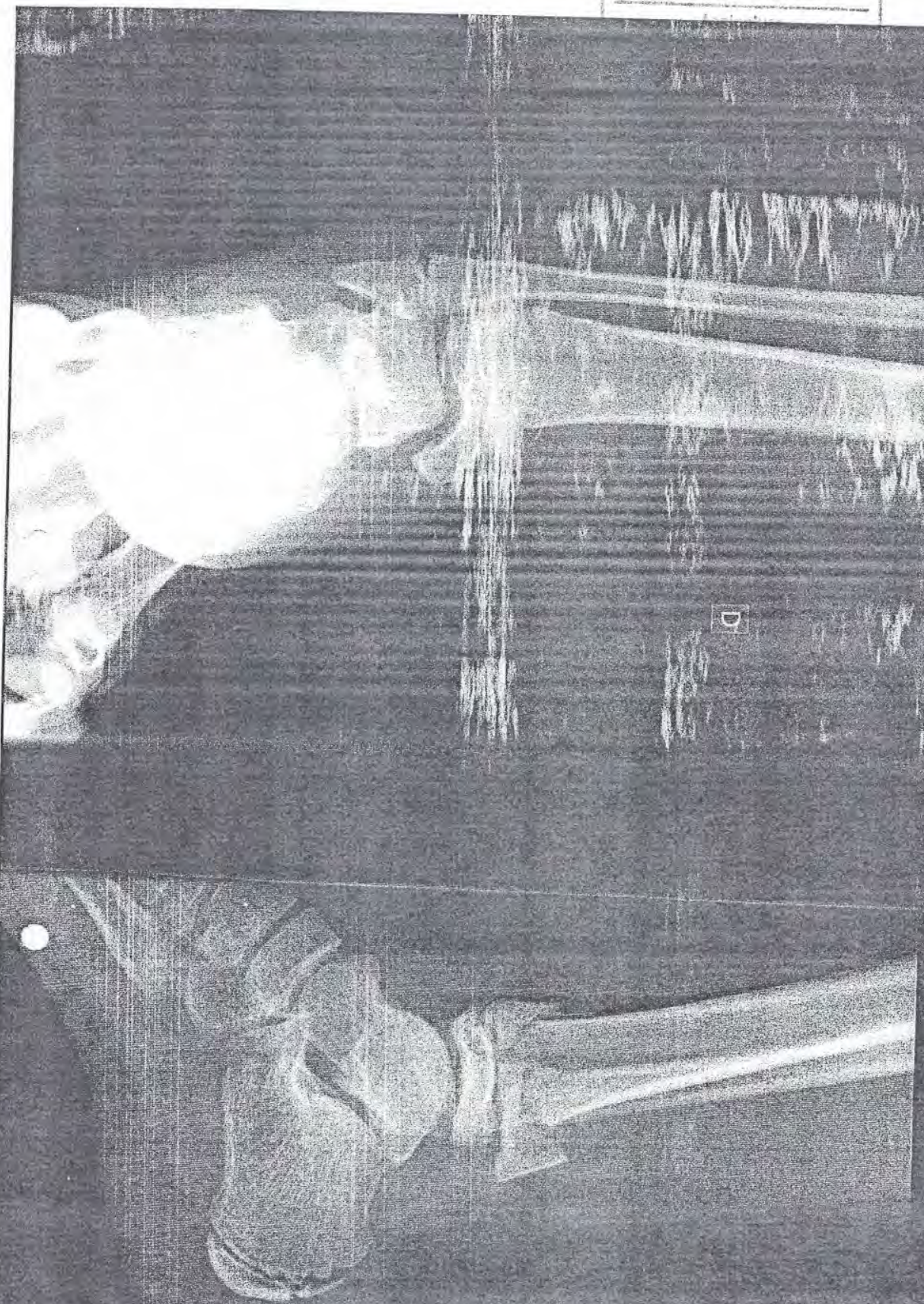
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

Tec.

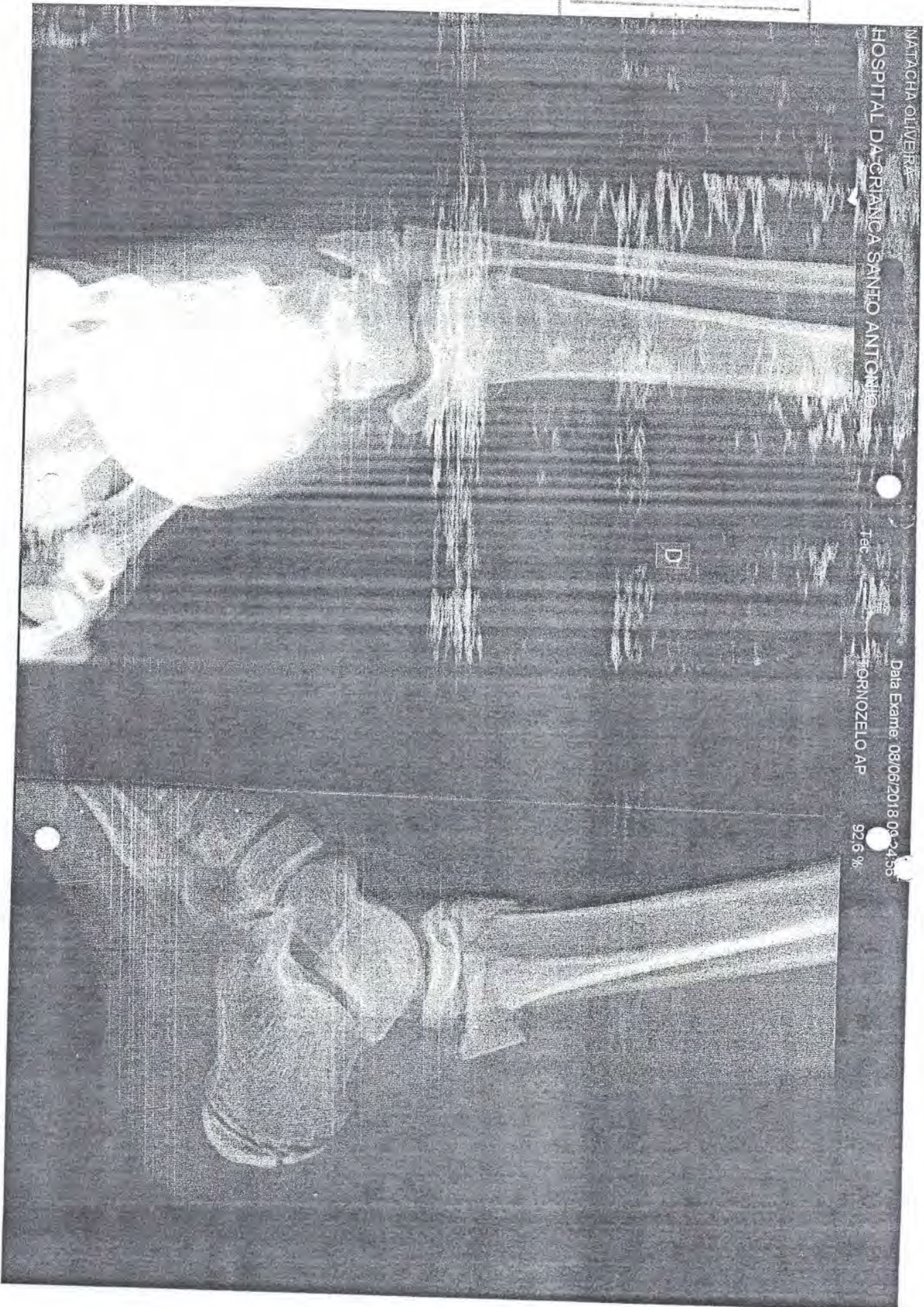
Data Exame: 08/06/2018 09:24:56

FORNOZEL O AP

92,6 %



CONFERE COM O ORIGINAL.
20, 07, 18
Sclerlene



MATACHA OLIVEIRA
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO
Jef. FORNOZELO AP
Data Exame: 08/06/2018 09:24:55
92,6 %

CONFERE COM O ORIGINAL.
20, 07, 18
Sderline.
assinatura

NATACHA OLIVEIRA
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

Tec:

Data Exame: 08/06/2018 09:24:56
TORNQUELO AP
Tam. real

D

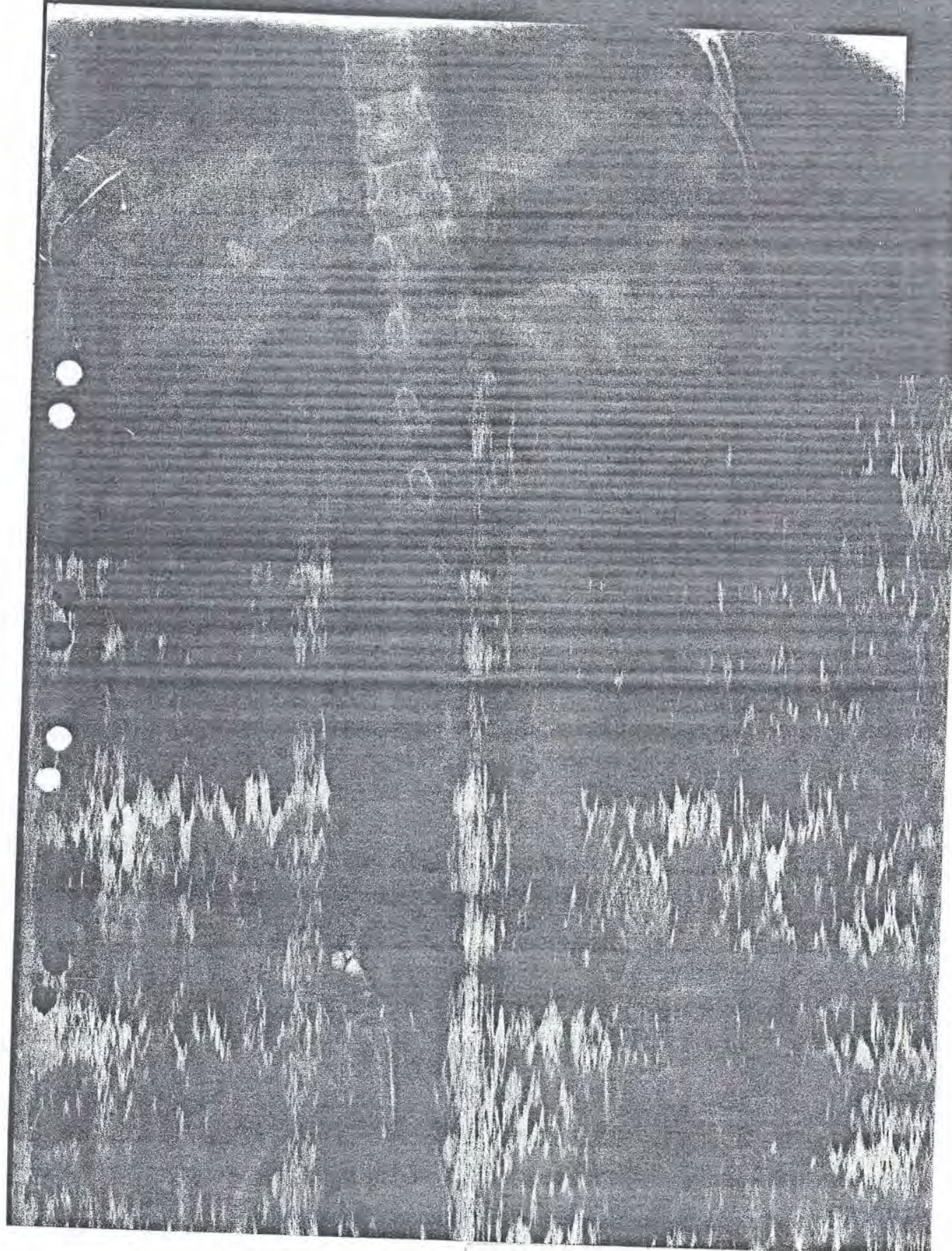
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

Tec.

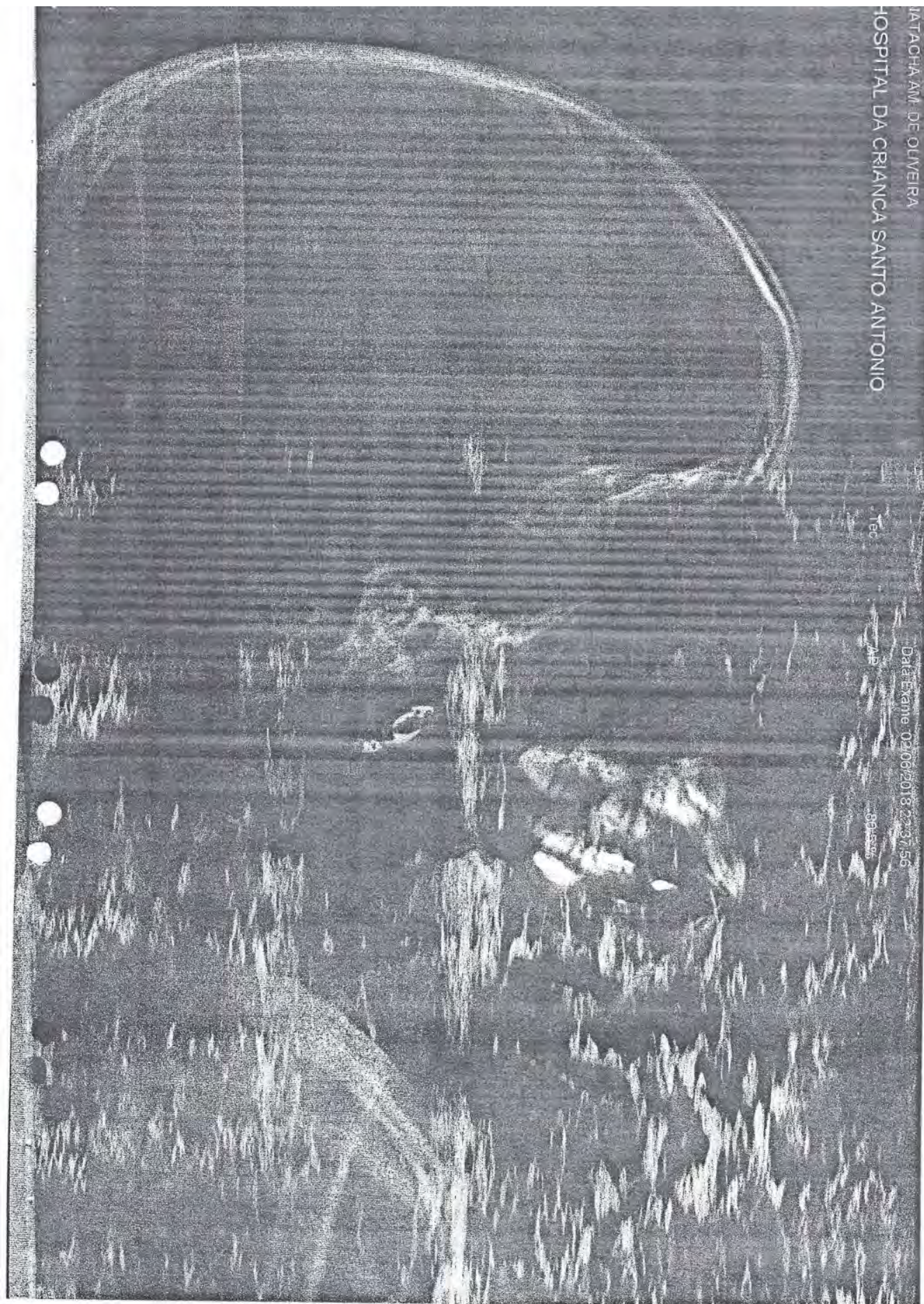
Data Exame: 02/06/2018 22:37:56

AP

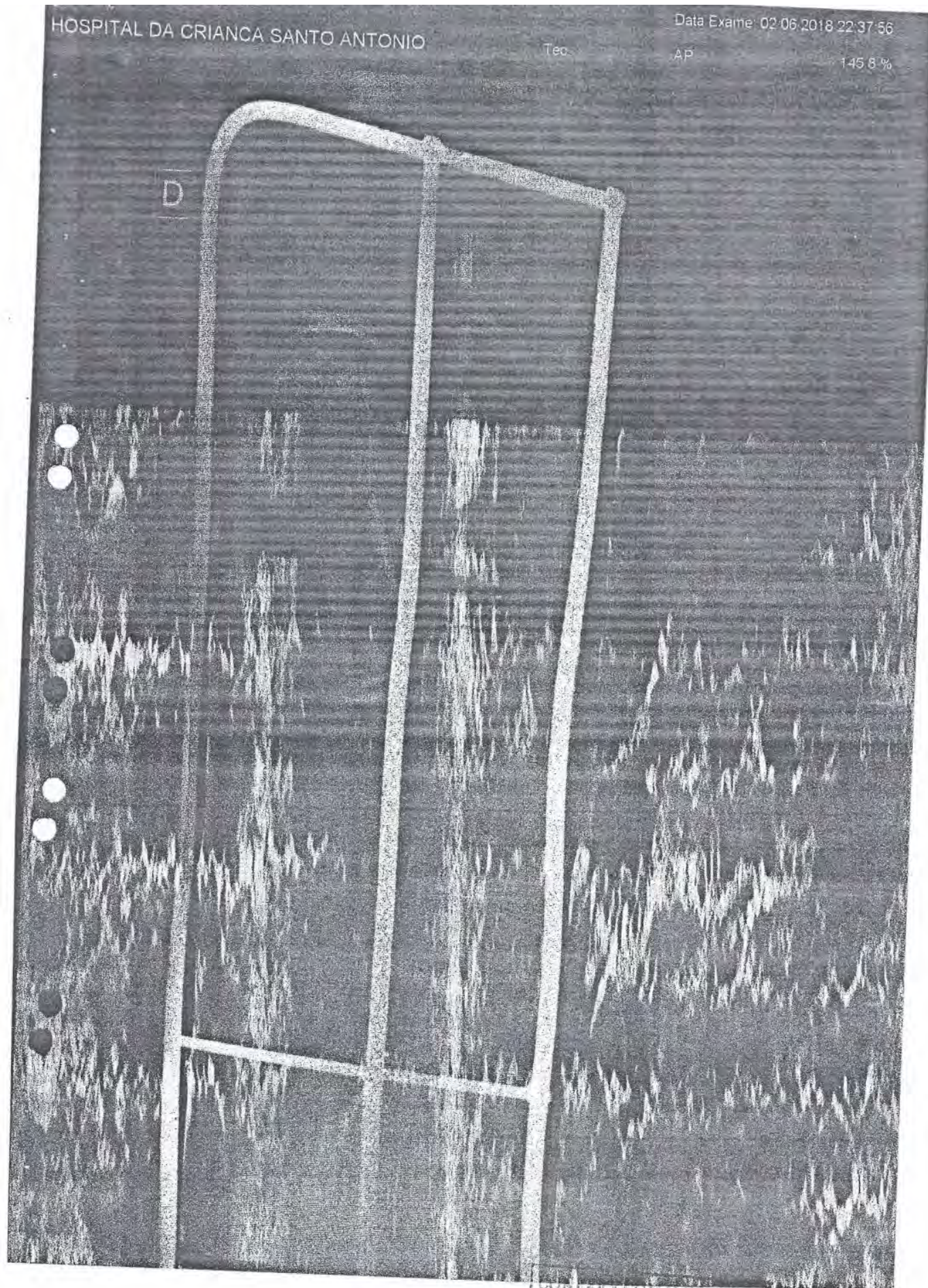
66,7 %



CONFIRMAÇÃO DO ORIGINAL
20 07 18
Schelone
Assinatura



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



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

CONFERE COM O ORIGINAL.

20, 07, 18

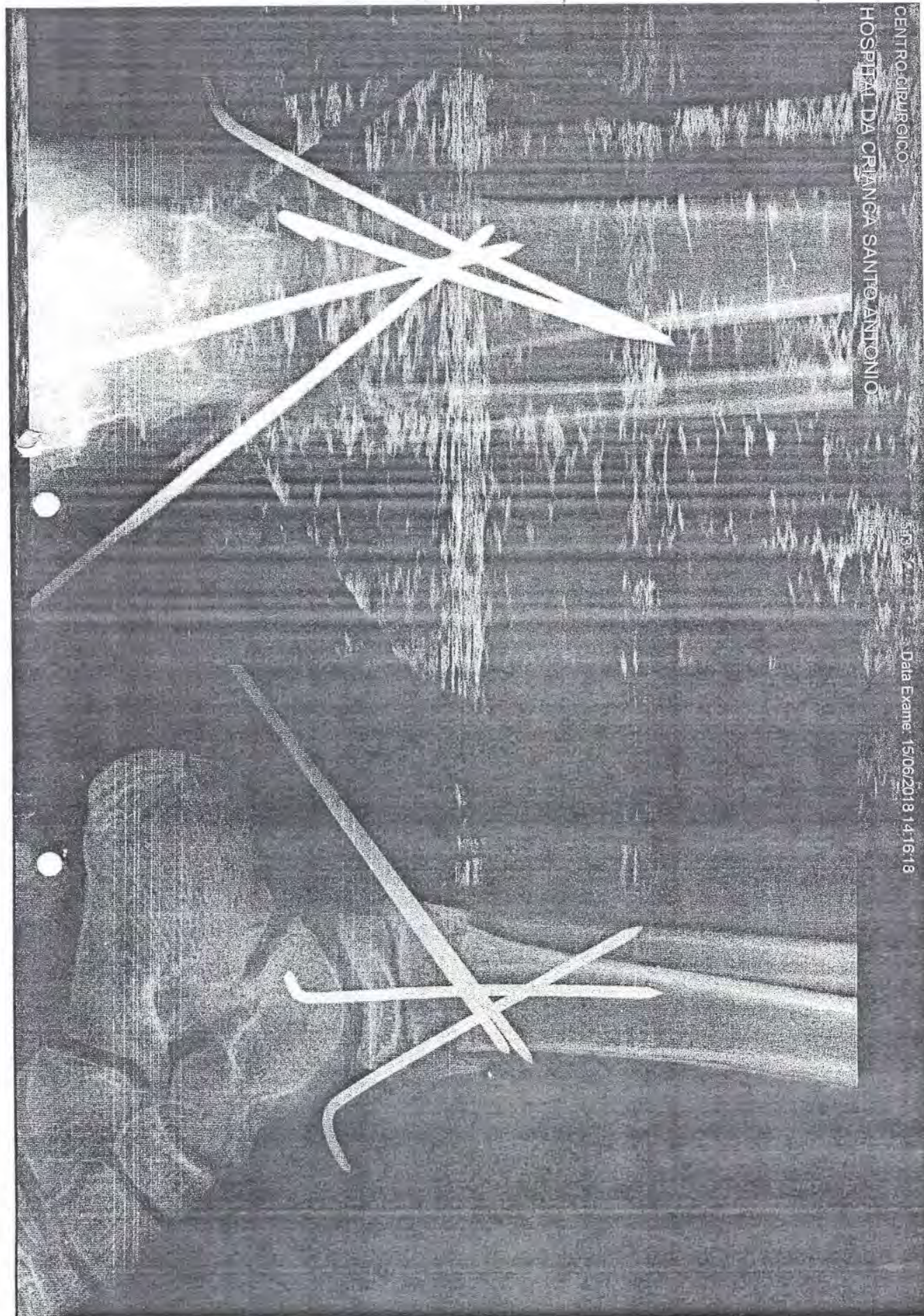
S de Sene

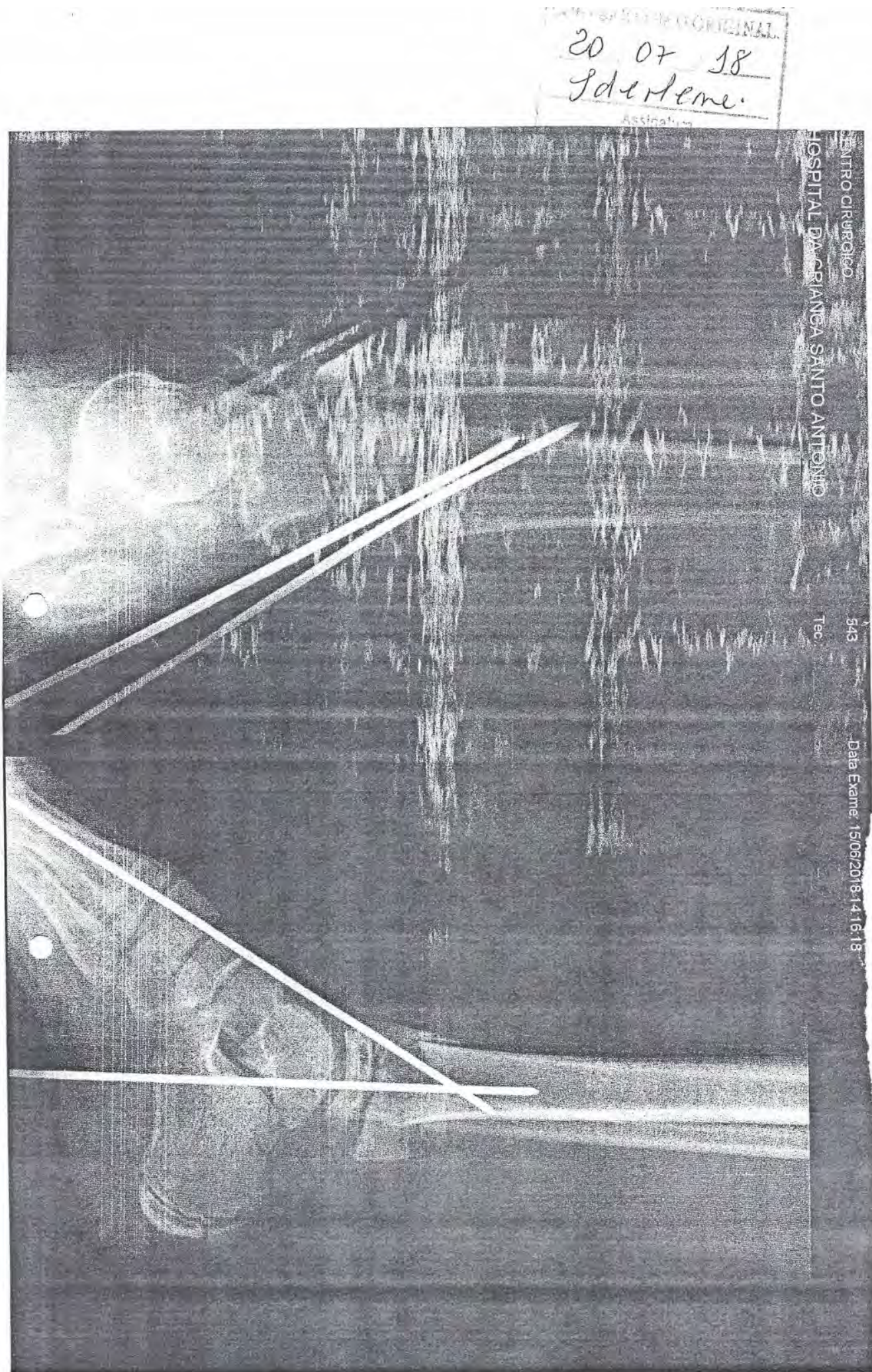
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

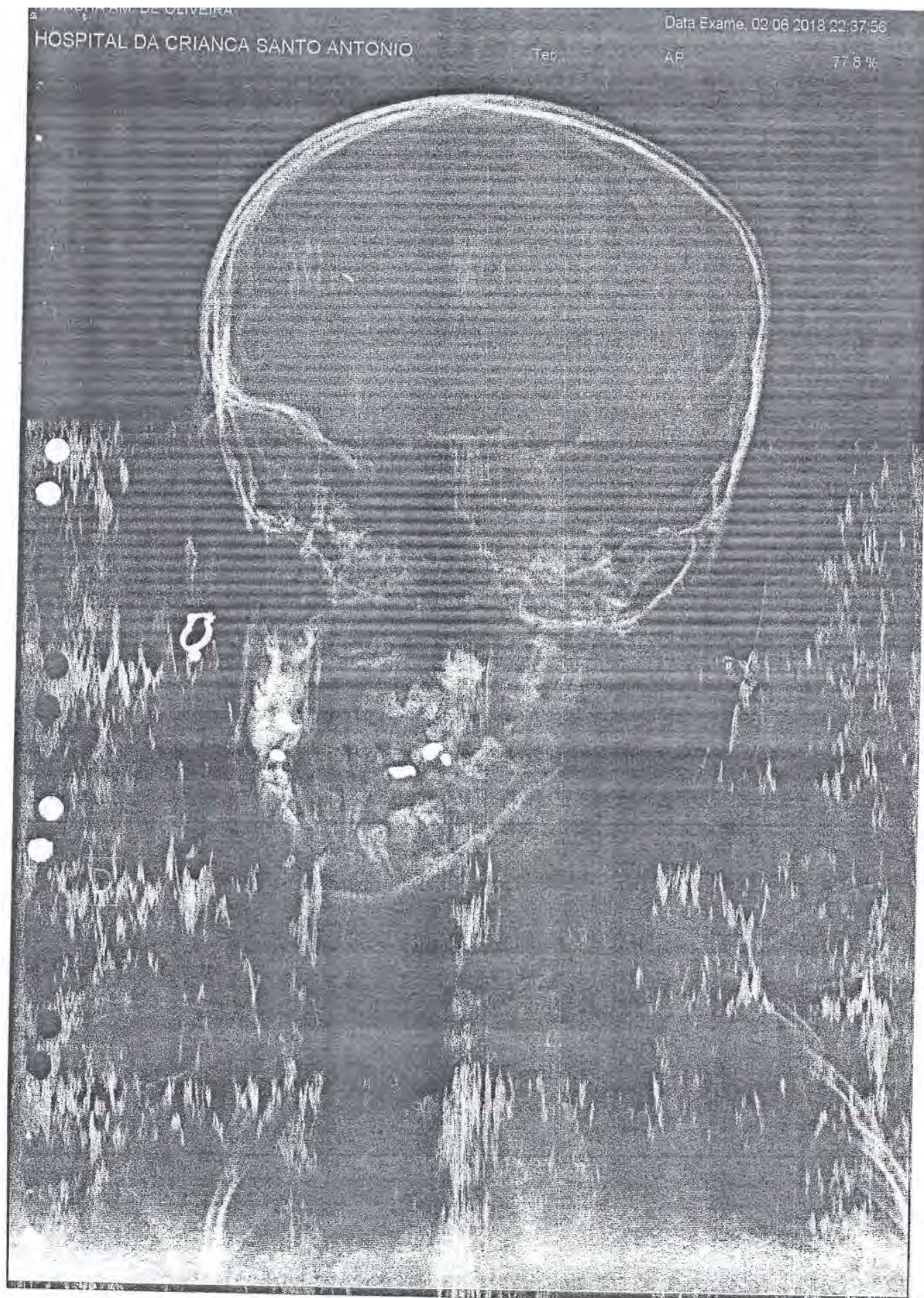
CENTRO CIRURGICO

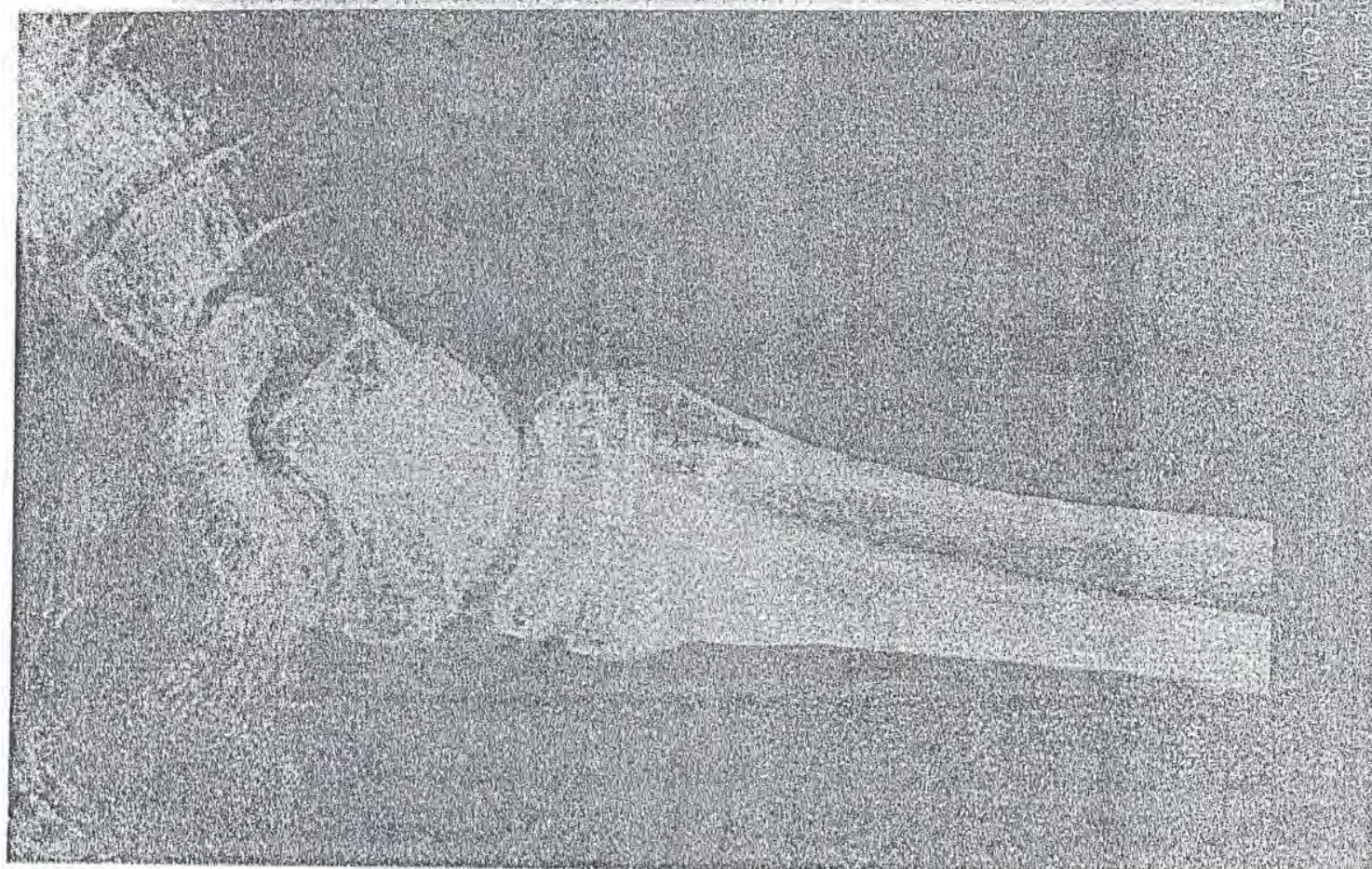
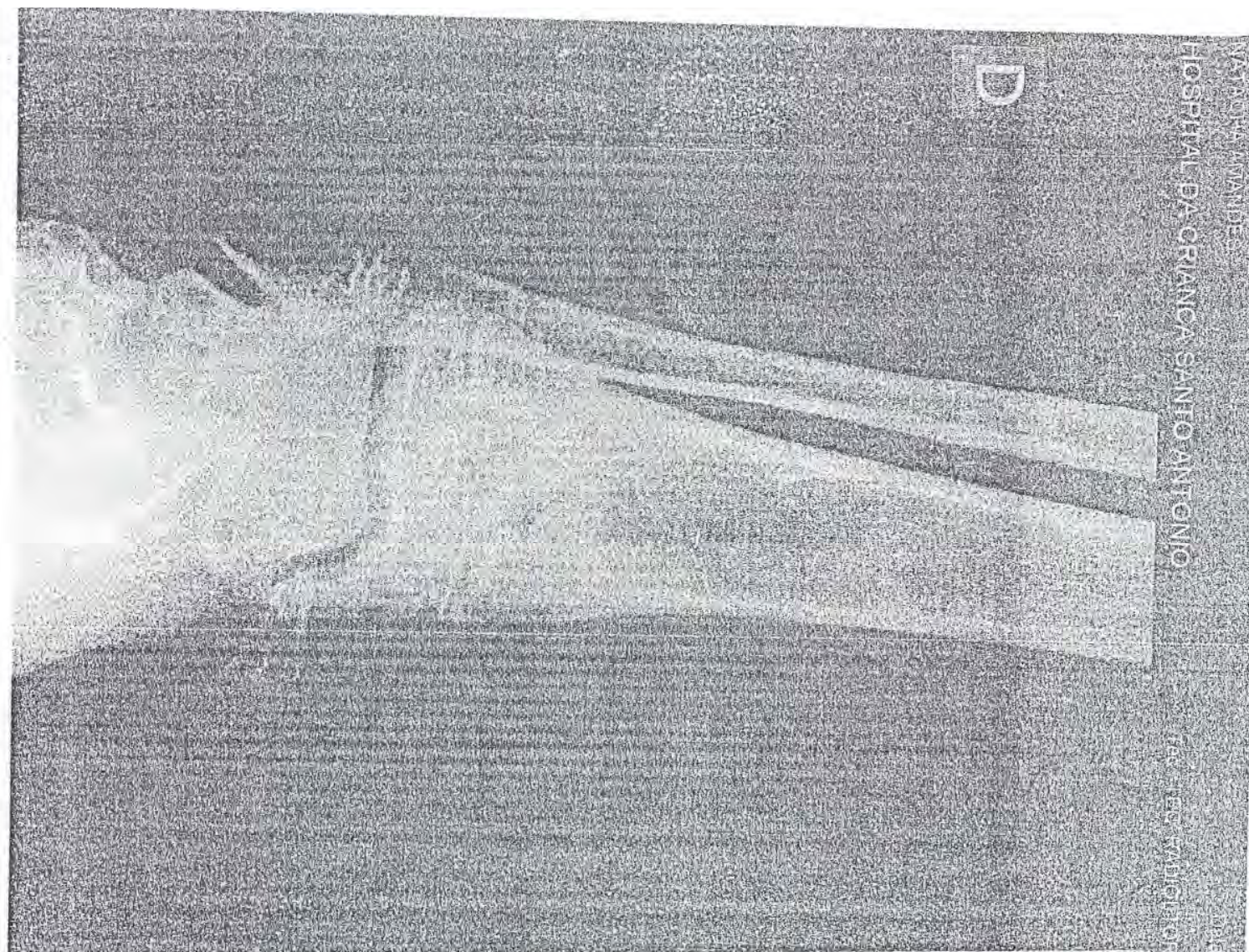
SF3

Data Exame: 15/06/2018 14:16:18









STAVANER

HOSPITAL D'ACQUIVA S. ANTONIO

100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200

155
A 11
156



1997

SINISTRO 3190193715 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO NATACHA AMANDES DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 07345268225

Posição em 28-03-2019 11:04:25

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT.

O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/03/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50