BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVAMAR OLIVEIRA FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010062925-3

Nr. da Autenticação 790B6EDAEC010EFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190350782
Cidade: Boa Vista
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE HENRIQUE AUGUSTO FERREIRA
Data do acidente: 19/01/2019
Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM PRIMEIRO DEDO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MEDICA.
P2,7,9,28,

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PRIMEIRO DEDO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PRIMEIRO DEDO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**

56323

PREFEITURA BOA VISTA

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

PRONTUÁRIO

56323

129956 Urgência/Emergência 19/01/2019

205065

ÁREA DE ARQUIVOS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAI 2019
COMITÊ SUPERVISOR

Cartão do SUS: 898005902956239

Data Nascimento: 09/10/2006

Sexo: M

Nome: ANDRE HENRIQUE AUGUSTO PEREIRA

Mãe: SULA BIANCA AUGUSTO FERREIRA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019
AGENTE SEGURADORA

PREFEITURA BOA VISTA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CAUTELA DE ORTOPEDIA

TIPO DE CIRURGIA: Tratamento Cirurgic de Fratura de Dedo

Data: 19 / 01 / 2019

PRONTUÁRIO Nº

PACIENTE: Andre Henrique Augusto Pereira

IDADE: 9 anos BLOCO ENFERMARIA

LEITO CAIXA: Nº

MATERIAL UTILIZADO:

Fio de Kirchner

Médico Responsável

1ª VIA – PRONTUÁRIO DO PACIENTE
2ª VIA

Av. das Guianas, 1845 – 13 de Setembro – Boa Vista-RR – CEP: 69.306-130
Fone: (95) 3624-2749 – Email: hcsa.saude@boavista.rr.gov.br

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: [illegible] IDADE: 14

PESO: PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: F LEITO: 09

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário de Medicação
14/01/16	[illegible]	SND VMNTES 14-24-06 24-08-16 24-06 Rosiane

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019

Hospital da Criança Santo Antônio – HCSA
Av. das Guianas, Nº 1669 - 13 de Setembro - CEP: 69305-130
PABX: 3624 1884 Boa Vista/RR

Santo Antônio
Hospital e Maternidade

Ficha de Atendimento
AMBULATORIAL

Usuário de Cadastro: MARIA VIANA

142018

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 56323 *Data Nascimento:* 09/10/2006 *Idade:* 12 Anos / 4 Meses / 18 Dias
Nome do Paciente: ANDRE HENRIQUE AUGUSTO PEREIRA
Sexo: MASCULINO
Endereço: RUA ANTONIO FERREIRA DE SOUZA *Naturalidade:*
Bairro: SAO BENTO *Número:* 795
CEP: 69315659 *Cidade:* BOA VISTA
Nacionalidade: *Telefone:* 991419250
Nome da Mãe: SULA BIANCA AUGUSTO FERREIRA *CNS:* 702102759856495

RESPONSÁVEL

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 MAI 2019
AGENTE SEGURADORA

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: **142018** *Data:* 27/02/2019 07:57:07
Nome do Médico: BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA *Tipo:* CONSULTA DE RETORNO
Peso: *Altura:*

ANAMNESE/EXAME/DIAGNÓSTICO

parece c/ a lesão de nº 5
4 5 km (14 horas)
Alta 7 km

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Rua Sorte 1147
CRM/RR 1147

EXAMES SOLICITADOS

PRESCRIÇÃO

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

Santo Antônio

Ficha de Atendimento
AMBULATORIAL

Data de Emissão: 30/01/2019 08:33
Usuário do Caixa: ELIS ASVILPARDOS

132862

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 56323 *Data Nascimento:* 09/10/2006 *Idade:* 12 Anos / 3 Meses / 21 Dias
Nome do Paciente: ANDRE HENRIQUE AUGUSTO PEREIRA
Sexo: MASCULINO
Endereço: RUA ANTONIO FERREIRA DE SOUZA *Naturalidade:*
Bairro: SAO BENTO *Número:* 795
CEP: 69315659 *Cidade:* BOA VISTA
Nacionalidade: *Telefone:* 991419050
Nome da Mãe: SULA BIANCA AUGUSTO FERREIRA *CNS:* 702102759836495

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 132862 *Data:* 30/01/2019 07:26:51
Nome do Médico: BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA *Tipo:* CONSULTA DE RETORNO

Peso: *Altura:*

HISTÓRIA DO PACIENTE

Paciente [illegible] queixa [illegible] dor
[illegible] perna [illegible] Lelum (B)
[illegible] dor [illegible] c/ 10 kg
[illegible]
[illegible]
[illegible] alta

ÁREA DE MUSEUS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019
AGENTE SEGURADORA

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM [illegible]

EXAMES SOLICITADOS

[illegible] 4 km

CONDUTA

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

Hospital de Clínicas

Ficha de Atendimento
URGENCIA/EMERGENCIA
Cor Classificação: LARANJA

Senha: UE0168

Data de Acesso: 19/01/2019 18:42
Usuário do Caixa: ANTONIO LUIS

129956

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 56323 *Data Nascimento:* 09/10/2006 *Idade:* 12 Anos / 3 Meses / 10 Dias
Nome do Paciente: ANDRE HENRIQUE AUGUSTO PEREIRA
Sexo: MASCULINO
Endereço: COMUNIDADE DE VISTA ALEGRE *Naturalidade:*
Bairro: VISTA ALEGRE *Número:* 0
CEP: 69309000 *Cidade:* BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) *Telefone:* 991419350
Nome da Mãe: SULA BIANCA AUGUSTO FERREIRA *CNS:*

ADOSTO RESPONSÁVEL

Responsável: SULA BIANCA AUGUSTO FERREIRA *Parentesco:* MAE *Fone:* 991419350
Identidade: *CPF:*

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: **129956** *Data Atendimento:* 19/01/2019 17:32:30 *Data Classificação:* 19/01/2019 17:32
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA *Tipo:* UE || URGENCIA E EMERGENCIA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: REMUCÃO

Observação:
Peso: 36 KG *Temp.:* 36,8 *Usuário triagem:* LUCENIR AIRES DA SILVA

ANAMNESE/HIPOTESE DIAGNÓSTICA

17:38 Criança com remoção de Alto Alegre, com relato de queda de moto, consta em MEE com o cuidante.
Ao E.F:
BEG ativo, AAA e eupnéico

EXAMES SOLICITADOS

Rx de MIE (pé)

CONDUTA:

1 - Solicito Rx

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

ANEXO I

SUS — 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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO: 1 Masc. 3 Fem.

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE (DDD)

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE (DDD)

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CRM ( ) CRF ( ) CRO ( ) CRFa

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CRM/CRF/CRO/CRFa) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO FÍSICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ/ÁREA REGULADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - NOME DA EMPRESA

44 - UNIDADE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) SEGURADO ( ) APOSENTADO ( ) DEPENDENTE ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CRM ( ) CRF ( ) CRO ( ) CRFa

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CRM/CRF/CRO/CRFa) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO CIRURGICO

SUS

Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA 19/01/19 O.S. ____

Diagnóstico Pré- Operatório [illegible]

Indicação Terapêutica [illegible]

Tipo de intervenção [illegible]

Medicações e Acidentes [illegible]

Cirurgião [illegible] 1º Auxiliar [illegible]

Instrumentadora ____

Anestesistas ____

Anestesia ____

Início ____ Fim ____ Duração ____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) Pct DDH foi posto anestesia.
(2) angiopa + antisepsia + colocou de campos estéreis.
(3) Feito a anestesia do membro inferior
(4) Tração do membro inferior com fios de K.
(5) Retirou o curativo.

19/01/19
Data

Assinatura

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE CONSUMO EM CIRURGIA

PREFEITURA BOA VISTA

NOME DO PACIENTE: Andre Henrique Augusto Pereira	APTº/LEITO	Nº PRONTUÁRIO 52333	DATA 14/01/2019
CIRURGIA/TIPO: Rec. cirurgico no dedo de Pé E	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO 19:45	FIM 20: / TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO: Bruno	ANESTESISTA
1º AUXILIAR: Pablo	INSTRUMENTADOR
2º AUXILIAR: =	CIRCULANTE: Francisco e Marcareth.

TIPO DE ANESTESIA: Raqui 19:20 Sedação | TEMPO DE DURAÇÃO

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUGT SIMPLES Nº		Cad.	HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUGT SIMPLES Nº		NN	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	
	VICRYL			FRASCO SORO	
	CATUGT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUGT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUGT CROMADO Nº			XYLOCAÍNA % CC	
	CATUGT ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUGT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº			PUPI ALCOOL	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE	
1	MONONYLON C/ AGULHA 4.0			ÁLCOOL 70% 40 ml	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
10	UNIDADE DE GAZE Pac.			GLICOSE %	
4	PARES DE LUVA Nº 7,5			ATADURA DE CREPOM Nº	
1	EQUIPOS P/ SORO			ATADURA GESSADA Nº	
2 rol.	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº			ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº	
	SONDAS Nº 10		1	Fio de Kicher 2,5	
1	AGULHAS 40x12				
10	COMPRESSAS Pac.				
1	LÂMINAS P/ BISTURI 4,5				

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: Clarth.	MATERIAL/MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO (A)/CÁLCULOS / FUNCIONÁRIO(A) C.C. DO PACIENTE REITO LANÇAMENTO	SUB-TOTAL	
	TAXA DE SALA/E ANESTESIA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE	SOMA	

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO

Evolução de Enfermagem	Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
Manhã: Noite: 19:15 Menor deu entrada na Ec P/ procedimento cirúrgico no pé E, após auxílio de transporte (maca) veio sem acesso venoso, puncionado veia periférica e iniciado medicação T. cirúrgica. Raqui → Enf. Chefe. 19:45 início da cirurgia. Feito 15 ml cefalotina pela anestesista. Bloqueio Dose Terapêutica de cirurgia. — Cirurgião. 20:15 Menor sai RS tot. — cirurgia de redução do pé Esquerdo, evolui.	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: cirurgia, assadeira, curativo no pé Esquerdo limpo - drenos periferia, feito com bloco —	Lavagem Gástrica
	Troca de sonda de gastrostomia
	Bolsa de Colostomia (fechado)
	Bolsa de Colostomia (drenável)
	Outros:
Noite: 21:00h Admitido na Bloco F aos cuidados da ortopedia vindo do Centro cirúrgico montando MTE imobilizado. —	

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO

Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

Data: 19 / 01 / 19 | Peso: | Nome: Lodge Henrique Augusto | Bloco: F | Leito: 09

Diagnóstico: Pós-op de procedimento cirúrgico em Fratura ete decto de pe - E Squerdi | Registro: 56323 | Idade: 17 | Data da internação: 19 / 01 / 2019

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:	Teste de:		Diurese	Fezes	Sucção gástrica	Vômitos (ânsia)	Sondas / Drenos		Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem
07h																														
08h																														
09h																														
10h																														
11h																														
12h																														
13h																														
14h																														
15h																														
16h																														
17h																														
18h																														
19h																														
20h																														Enf Claudio
21h																														
22h																														
23h																														
24h																														
01h																														
02h																														
03h																														
04h																														
05h																														
06h																														

Higiene

Hora do banho

Exames e/ou recomendações:

Evolução de Enfermagem

Manhã: Cruzeiro sem queixas ativas, aceitou [illegible] pela operada, [illegible] em MSE) Mantendo MSE imobilizado. Diurese ⊕. Segue em observação e cuidados [illegible]

Tarde:

Noite: [illegible]

Assinalar [illegible] que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:	
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	
Lavagem Gástrica	
Troca de sonda de gastrostomia	
Bolsa de Colostomia (fechado)	
Bolsa de Colostomia (drenável)	
Outros:	

Santo Antônio
Hospital da Criança

CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO

Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
PREFEITURA BOA VISTA
SUS

Data: 20 / 01 / 19 | Peso: | Nome: André Henrique Augusto Pereira | Sexo: F | Leito: 09
Diagnóstico: Icterícia pré (e) | Registro: 56323 | Idade: 12a | Data da internação: 19 / 01 / 19

CUIDADOS ESPECIAIS:

SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO																					
					GANHOS									PERDAS					CUIDADOS ESPECIAIS							
HORA	Temp.			SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Concentrado P.	Passado	Diurese	Fezes	Secreção gástrica	Vômitos (ênese)	Sondas / Drenos	Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigenoterapia	Sextra.	PVC	Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem
07h																											
08h																											
09h																											
10h	36,0					MSG		P	V					1x													Enf. Tarcia
11h																											
12h																											
13h																											
14h																											
15h																											
16h	36,0					MSG		P	V					2x													Enf. Tarcia
17h																											
18h																											
19h																											
20h																											
21h	36,1					MSG		P	V					01													Enf. Tarcia
22h																											
23h																											
24h																											
01h																											
02h																											
03h																											
04h																											
05h																											
06h	36,0		81	20		MSG		P	V					+	-		-										Enf.

Higiene
Hora do banho

Exames e/ou recomendações:

Evolução de Enfermagem

Manhã: [illegible] no leito acompanhado pela mãe, ativo, orativo, pele e mucosas hemidrocorado, hidratado, acianótico. Deambulando sem auxílio. Higiene realizada, curativo limpo, seco e [illegible]

Tarde:

Noite:

Anotar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:	
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	
Lavagem Gástrica	
Troca de sonda de gastrostomia	
Bolsa de Colostomia (fechado)	
Bolsa de Colostomia (drenável)	
Outros:	

Santo Antônio
Hospital da Criança

CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO

Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
PREFEITURA BOA VISTA
SUS

Data: 21/01/2019 | Peso: | Nome: André Henrique [illegible] | Bloco: | Leito: 03
Diagnóstico: Oncologia | Registro: 56323 | Idade: 12 a | Data da Internação: 19/01/2019

CUIDADOS ESPECIAIS:

HORA	SINAIS VITAIS: Temp.	PA	F.C.	F.R.	Sat.	CONTROLE HÍDRICO – GANHOS: Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Coloração (fr)	Fasque	PERDAS: Diurese	Fezes	Secreção gástrica	Vômitos (ml/ml)	Sondas/Drenos	CUIDADOS ESPECIAIS: Aspiração	FiO2	PEEP	PIP	FAP	Crioterapia	Decúbito	TVD	Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem
07h																												
08h																												
09h																												
10h		82	20																									
11h																												
12h																												
13h																												
14h																												
15h																												
16h																												
17h																												
18h																												
19h																												
20h																												
21h																												
22h																												
23h																												
24h																												
01h																												
02h																												
03h																												
04h																												
05h																												
06h																												

Higiene
Hora do banho

Exames c/ou recomendações:

Evolução de Enfermagem

Manhã:

Tarde: Criança [illegible] BEG, ativo, corado, hidratado, afebril, eupnéico em ar ambiente, [illegible] antibiótico, sem queixas álgicas, evolução cicatricial em pé D, [illegible] bom aspecto, [illegible], [illegible] segue aos cuidados da equipe.

Lucyane Alves da Silva
Enfermeira
Especialista Pediatria
COREN-RR 349.357

Noite: Criança com HD de fratura em pé D. Alta [illegible], [illegible], [illegible], [illegible]. Aceitando a dieta oferecida. Eliminações vesicais e intestinais presentes e normais, SVD. Mantendo pé imobilizado. Segue com o caso [illegible] em UCE.

Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
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
Lavagem Gástrica
Troca de sonda de gastrostomia
Bolsa de Colostomia (fechado)
Bolsa de Colostomia (drenável)
Outros:

Evolução de Enfermagem

Manhã:

Tarde: [illegible] hidratado, afebril, eupneico, consciente, orientado no ambiente, [illegible] queixa de [illegible] no pós-operatório imediato à hora operação. Diurese espontânea, [illegible], [illegible] ausente. Segue [illegible] dieta oferta.

Aires da Silva
Enfermeiro
COREN-RR 340.353

Noite: Cliente sem queixas ativas, mantendo [illegible] hemodinamicamente estável, [illegible] dieta oferta, AVP em MSE, Diurese [illegible] drenagem e curativos limpos e secos.

Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:

- 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
- Lavagem Gástrica
- Troca de sonda de gastrostomia
- Bolsa de Colostomia (fechado)
- Bolsa de Colostomia (drenável)
- Outros:

Santo Antônio
Hospital da Criança

CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO

Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
PREFEITURA BOA VISTA
SUS

Leito: 07 Bloco: F
Nome: André Kennedy
Registro: 56323 Idade: 12 a
Data da internação: 20/1/2019
Peso:
Data: 22/1/2019
Diagnóstico: Fratura exposta

CUIDADOS ESPECIAIS:

HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Diurese	Sono	VP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Contenção de	Fases de	Diurese	Fezes	Aceitação gástrica	Vômitos (ml/sec)	Drenos / Drenos	Aspiração	FiO2	PEEP	PIP	FAV	Oxigênio (sacola)	Aerosol	PVC	Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem
	SINAIS VITAIS								GANHOS						CONTROLE HÍDRICO PERDAS						CUIDADOS ESPECIAIS							
07h																												Jovem
08h																												
09h																												
10h																												
11h																												
12h																												
13h																												Zulmira
14h																												
15h																												
16h																												
17h																												Rec. Silva
18h																												
19h																												
20h																												
21h																												
22h																												
23h																												
24h																												
01h																												
02h																												
03h																												Dra. Vera
04h																												
05h																												
06h																												

Higiene
Hora do banho

Exames e/ou recomendações:
Paciente [illegible] PVP sem sucesso

Santo Antônio
Hospital da Criança

CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO

Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
PREFEITURA BOA VISTA
SUS

Nome: Andre Hermann Pereira Bloco: F Leito: 07

Data: 23/01/19 Peso:

Registro: 56323 Idade: 12A Data da internação: 20/01/19

Diagnóstico: Fratura Ex [illegible]

CUIDADOS ESPECIAIS:

SINAIS VITAIS					**CONTROLE HÍDRICO**															**CUIDADOS ESPECIAIS**								
					GANHOS										**PERDAS**													
HORA	Temp	PA	FC	FR	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Refeição	[illegible]	[illegible]	Diurese	Fezes	Secreção Gástrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos	Aspiração	FiO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Decúbito	PVC	Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem
07h																												
08h	[illegible]																											
09h																												
10h																												
11h	[illegible]	[illegible]		[illegible]																								
12h																												
13h																												
14h																												
15h	[illegible]	[illegible]																										
16h																												
17h																												
18h																												
19h	[illegible]	[illegible]																										
20h																												
21h																												
22h																												
23h																												
24h																												
01h																												
02h																												
03h																												
04h																												
05h	[illegible]	[illegible]																										
06h																												
Higiene																												
Hora do banho																												

Exames e/ou recomendações:

F - 09

PREFEITURA BOA VISTA

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA BOA VISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	########	DN	
PACIENTE	ANDRE HENRIQUE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA				
ALERGIAS				PESO	
IDADE	12A	LEITO	F09	DATA	20/01/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	DIETA ORAL PARA IDADE	3NO
1	AVP	
2	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS	
5	IBUPROFENO 40GOTAS 8/8 HORAS	
6	DIPIRONA 1ML EV 6/6H SN	
	PLASIL 1ML EV 8/8H S/N	
	SSVV + CCGG 6/6 H	
	CURATIVO	

SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H							
18 H	PA	FC	FR				
24 H							

09
07

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA BOA VISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		D/H	19\01	DN	
PACIENTE	ANDRÉ HENRIQUE		Dr. BRUNO		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE HALUX				
ALERGIAS				PESO	
IDADE	12A	LEITO	F09	DATA	21/01/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
	DIETA ORAL PARA IDADE	SAND
1	AVP	
D2	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS	
5	IBUPROFENO 40GOTAS 8/8 HORAS	
6	DIPIRONA 1ML EV 6/6H S/N	
	PLASIL 1ML EV 8/8H S/N	
	SSVV + CCGG 6/6 H	
	CURATIVO	

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H	PA	FC	FR	
24 H				

07

PREFEITURA BOA VISTA

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA BOA VISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	19\01	DN	
PACIENTE	ANDRÉ HENRIQUE			Dr. BRUNO	
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE HALUX				
ALERGIAS					
IDADE	12A	LEITO	[redacted]	PESO	
				DATA	22/01/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	DIETA ORAL PARA IDADE	
1	AVP	SNJD
02	CEFALOTINA 1G EV 8/8 HORAS	manhã
5	IBUPROFENO 10GOTAS 8/8 HORAS	12 18 24 06
6	DIPIRONA 1ML EV 6/6H SN	12 18 24 06
	PLASIL 1ML EV 8/8H S/N	
	SSVV + CCGG 6/6 H	
	CURATIVO	Bruno

S/A tentado
3x sem sucesso

Paciente em
1/2 de atibiótico
Cirurgia
Cirurgia para
Pulso

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H	PA	FC	FR	
24 H				

PREFEITURA BOA VISTA

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA BOA VISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANDRE HENRIQUE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE HALUX				
ALERGIAS	NEGA			PESO	
IDADE	12 ANOS	LEITO	07 - F	DATA	23/1/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA IDADE	
2	AVP	
4	DIPIRONA 01 ML EV 6/6H	
5	PLASIL 01 ML EV 8/8H S/N	
6	CURATIVO	
7	SSVV + CCGG 6/6 H	
8	CEFALOTINA 01G EV 6/6H D03	
9	IBUPROFENO 40GOTAS VO 8/8HS D5	
	Ferida limpa seca, sem queixas álgicas, resfriado + enfermagem	

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR				
6 H							
12 H							
18 H							
24 H							

07

PREFEITURA BOA VISTA

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA BOA VISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**ANDRE HENRIQUE**				
DIAGNÓSTICO	**FRATURA EXPOSTA DE HALUX**				
ALERGIAS	**NEGA**			PESO	
IDADE	**12 ANOS**	LEITO	07	DATA	**23/1/2019**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA IDADE	SND
2	AVP	
4	DIPIRONA 01 ML 6/6H VO 30 GOTAS S/N	12 18 24 06
5	PLASIL 01 ML EV 8/8H S/N	SN
6	CURATIVO	
7	SSVV + CCGG 6/6 H	
8	CEFALOTINA 01G EV 6/6H D04	12 18 24 06
9	IBUPROFENO 4DGOTAS VO 8/8HS	14 22 06

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

SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR				
12 H							
18 H							
24 H							

PREFEITURA BOA VISTA

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA BOA VISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**ANDRE HENRIQUE**				
DIAGNÓSTICO	**FRATURA EXPOSTA DE HALUX**				
ALERGIAS	**NEGA**		07	PESO	
IDADE	**12 ANOS**	LEITO		DATA	23/1/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA IDADE	
2	AVP	
4	DIPIRONA 01 ML EV 6/6H	
5	PLASIL 01 ML EV 8/8H S/N	
6	CURATIVO	
7	SSVV + CCCC 6/6 H	
8	CEFALOTINA 01G EV 6/6H D05	
9	IBUPROFENO 40GOTAS VO 8/8HS D5	
	Alta hospitalar	

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 1215

SINAIS VITAIS							
6 H	*PA*	*FC*	*FR*				
12 H							
18 H							
24 H							

Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atend: Paciente:
00130006 000005632 ANDRE HENRIQUE AUGUSTO PEREIRA

Data Nascimento: Idade:
09/10/2006 12

Unidade de Internação e Leito:
BLOCO FEMINOR7

AREA DE ENFERMAGEM - DPVAT
CONTROLE DO NÚMERO VERIFICADO
28 MAI 2019
ENFERMEIRA

OCUPAÇÃO DO PAI E LOCAL DE TRABALHO? SERRALHEIRO - AUTÔNOMO

OCUPAÇÃO DA MAE E LOCAL DE TRABALHO? ESTUDANTE

POSSUI OUTRA FONTE DE RENDA? QUAL? ALUGUEL

POSSUI AGREGADO(S) EM CASA ? NÃO PARENTESCO:

NUMERO DE FILHOS: 4

RESIDÊNCIA: PRÓPRIA TIPO DE MORADIA: ALVENARIA QTD CÔMODOS: 5

TIPO DE ABASTECIMENTO DA ÁGUA? REDE PÚBLICA ESCOAMENTO SANITÁRIO? ESGOTO SANITÁRIO

SITUAÇÃO HABITACIONAL: BAIRRO

RECEBE ALGUM PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA: NÃO RECEBE NENHUM BENEFICIO

RENDA FAMILIAR: 1 A 3 SALÁRIOS MINIMOS

NÚMERO DE FILHOS:

NASCIDO VIVOS: PERDAS FETAIS/ABORTOS: IGNORADO:

TIPO DE GRAVIDEZ:

ÚNICA: DUPLA: TRIPLA A MAIS: IGNORADO:

TIPO DE PARTO:

VAGINAL: CESAREO: IGNORADO:

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

V - CONDUTA PROFISSIONAL/ ACOMPANHAMENTO:

GENITORA DEVIDAMENTE ACOLHIDA E ORIENTADA SOBRE AS NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE, BEM COMO SEGURO DPVAT.

QUARTA-FEIRA, 23 DE JANEIRO DE 2019

Sem dispensa após atendimento conforme normas

ELIZANE MARQUES PACHECO CRESS: 2451
ASSISTENTE SOCIAL
ASSINATURA

Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atend: 00130006 | Paciente: 000005637 ANDRE HENRIQUE AUGUSTO PEREIRA | CNS: 898005902958239

Data Nascimento: 09/10/2006 | Idade: 12 | Unidade de Internação e Leito: BLOCO F-LEITO07

FICHA SOCIAL

ÁREA DE AUDITORIA - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019
AGENTE SEGURADORA

I - IDENTIFICAÇÃO GERAL

DATA DO ACOLHIMENTO: 23/01/2019

DIAGNÓSTICO:

LEITO: BLOCO F-LEITO07

II - DADOS DO PACIENTE

NOME: ANDRE HENRIQUE AUGUSTO PEREIRA

DATA DE NASCIMENTO: 09/10/2006 IDADE: 12 Anos 3 Meses 14 Dias SEXO: MASCULINO

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

NACIONALIDADE: BRASILEIRA NATURALIDADE: BOA VISTA-RR

PAI: JOSE IVAMAR OLIVEIRA FERREIRA IDADE: 34 ANOS

ESCOLARIDADE: Médio -Completo

MÃE: SULA BIANCA AUGUSTO FERREIRA Nº 796 - SAO BENTO IDADE: 26 ANOS

ESCOLARIDADE: Médio -Completo

ENDEREÇO: RUA ANTONIO FERREIRA DE SOUZA

PONTO DE REF.: ESCOLA MUNICIPAL IDLÁDIO CIDADE: BOA VISTA TELEFONE: 99134-0668*MAE

ACOMPANHANTE NA UNIDADE: SULA PARENTESCO: MÃE

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: SIM ATUALIZADO: SIM

POSSUI REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO: SIM

APRESENTA ALGUMA DEFICIENCIA: NÃO SE SIM, QUAL?

RECEBE ALGUM BENEFICIO, QUAL?

FAZ ACOMPANHAMENTO NA REDE, QUAL?

ESTUDA: SIM ANO: 7º ANO TURNO: MATUTINO

ESCOLA: ESTADUAL WANDA DAVI AGUIAR

CARTAO SUS: 702.1027.5983.6495 É VINCULADO A UBS, QUAL? DELIO TUPINAMBÁ

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?

POSSUI FAMILIARES OU AMIGOS DOMICILIADOS EM BOA VISTA?

NOME: PARENTESCO:

ENDEREÇO: Nº BAIRRO: VISTA ALEGRE

IV - SITUAÇÃO SÓCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL PELO SUSTENTO DA FAMÍLIA? O PAI

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA

SUS

PREFEITURA BOA VISTA

Data/Horário | Encaminhado

14/5/13

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO

Nome: [illegible] 12 anos

Prontuário: 56328

ABCDEFTES

DA X PIAÇÃO

ASES X DP C TEMP ASP. TEMP RLSP L

DOPPLER

ASSIST

CONTRO

SUCÇÕES

AGULHAS

A

B

C

D

E

F

GLICOSE

NICO

SANGUE

TOTAL

DOSES/TÉCNICA

TEMPO DE ANESTESIA

45 min

OPERAÇÃO

ANOTAÇÕES

ANESTESISTA

CIRURGIÃO

FERDA SANGUINEA

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE DIÁLISE

Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: ______
RG: ______

ASCÍTICO

Volume: ______

TIPO DE CATETER

Flexível ( )
Rígido ( )

PRESCRIÇÃO DIALÍ

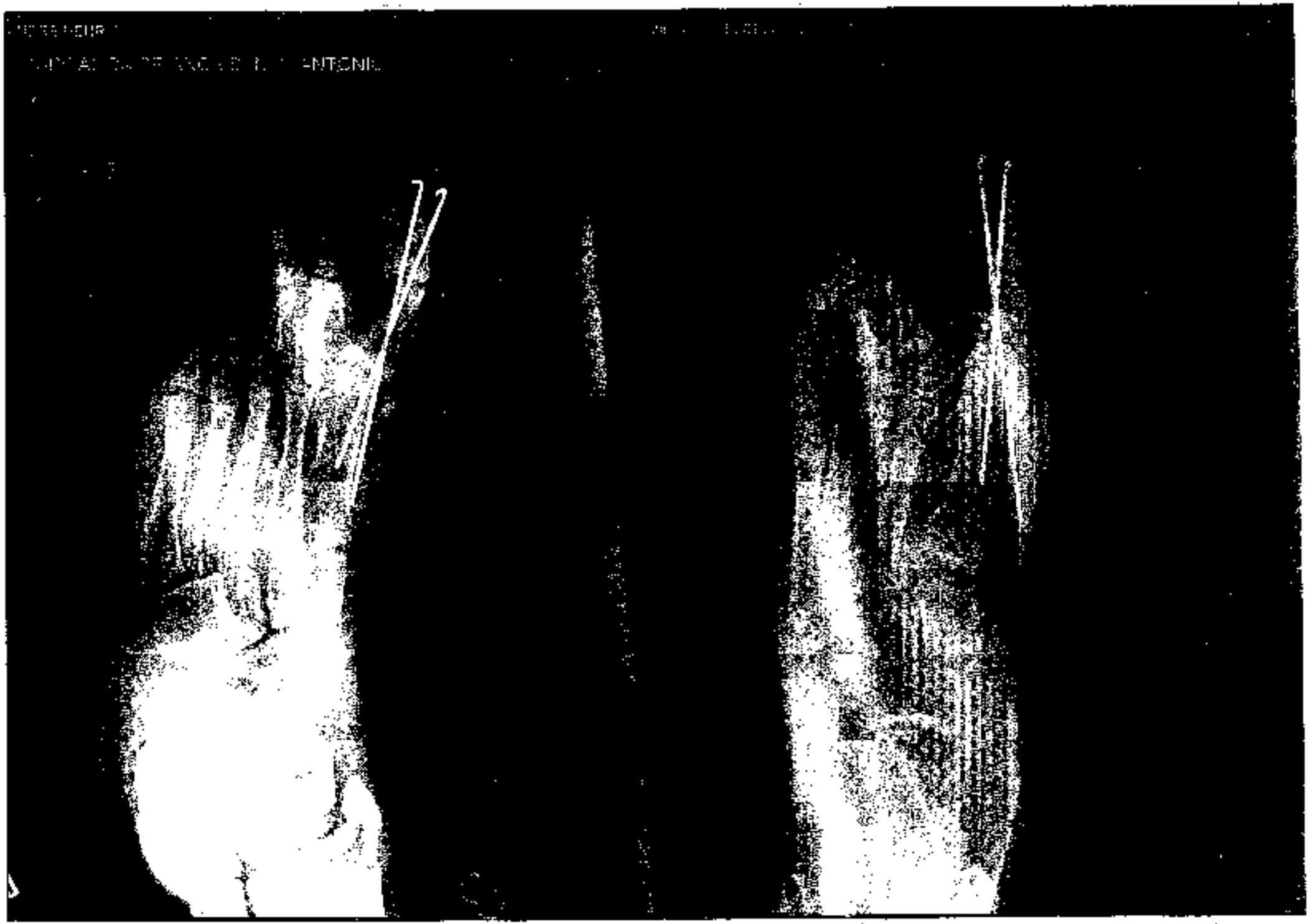
Infusão +volume ______
Total de ciclos ______
Tempo de permanência ______

CONCENTRAÇÃO

Normal 1,5% ( )
Proporção: ______
Observações: ______

Médico Responsável: ______

DATA:	PESO: SECO:	PRÉ DIÁLISE	PESO: P. A:	PÓS DIÁLISE	PESO: P. A:	BALANÇO Parcial	BALANÇO Total

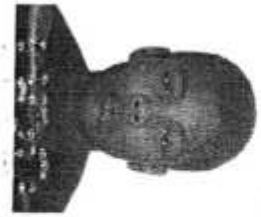


ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019
LICITE SEGURADORA
Av. Capitão João Rocha, 484 -

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito



André Henrique A. Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **547695-0**

DATA DE EXPEDIÇÃO 09/04/2018

NOME
ANDRÉ HENRIQUE AUGUSTO FERREIRA

FILIAÇÃO
IVAMAR OLIVEIRA FERREIRA
SULA BIANCA AUGUSTO

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
04/10/2006

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 61004 FLS 295-V LIV A-100
2º OF BOA VISTA-RR

CPF
064.716.222-95

1ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IDIC

P7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2018
LEITE SEGURADORA
Av. Capitão João Bosco, 444 - ...

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

José Ivamar Oliveira Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 233645

DATA DE EXPEDIÇÃO 16/12/2016

NOME
JOSÉ IVAMAR OLIVEIRA FERREIRA

FILIAÇÃO
MANOEL MATOS FERREIRA
MARIA DE JESUS OLIVEIRA FERREIRA

NATURALIDADE
VISEU - PA

DATA DE NASCIMENTO
18/10/1984

DOC. ORIGEM
CERTD CAS 7777 FLS 277 LIV B-26
2 OF BOA VISTA - RR

737.926.592-04

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IDE

3 VIA

P 2

LEI Nº 7.116 DE 29/08.83

ÁREA DE BINIBTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019
AGENTE SEGURADORA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
Nº 011624470178
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
01	01091879866		2016

NOME: LINDOMAR DE OLIVEIRA FERREIRA

CPF/CNPJ	PLACA
807.928.202-15	NAP4397

PLACA ANT/UF	CHASSI
	9C2JB0100GR049117

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/NÃO APLIC.	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/POP 110I	2016	2016

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0109EC7	PARTICULAR	BRANCA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	PAGO		1ª ********
			2ª ********
			3ª ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATÓRIO			15/07/2016

OBSERVAÇÕES
AL.FID. ADM. CONS. NACIONAL HONDA LTD *
FROTA GALEGO MAZ OCID *

LOCAL	DATA
BOA VISTA-RR	19/07/2016

DENATRAN
CONTRAN

Juiz Eduardo Lima da Silva de Castilho
Presidente Interino
DETRAN-RR

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 011624470178 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
807.928 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 97
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	19/07/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	807.928.202-15	NAP4397

RENAVAM	MARCA / MODELO
01091879866	HONDA/POP 110I

ANO FAB	CAT. TAXI	Nº CHASSI
2016		9C2JB0100GR049117

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
R$64.52	R$7.17	R$71.69

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
R$4.15	R$0.56	R$148.08

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO: 15/07/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
011624470178
37048117 5

DENATRAN CONTRAN

AGO-2015

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 064.716.222-95

Nome completo da vítima: Andre Henrique Augusto Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: José Ivamar Oliveira Ferreira

Profissão: Recusou

Endereço: Rua. Antonio Ferreira de Sousa

CPF: 737.926.592-04

Bairro: São Bento

Cidade: Boa Vista

Número: 796

Complemento: Casa

E-mail: maratosilva638@gmail.com

Estado: RR

CEP: 69.315.659

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

Tel.(DDD): (95) 991144021

RENDA MENSAL:

☒ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0250 (X) (Informar o dígito se existir) CONTA: 62925 (1) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: ( ) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Data do óbito da vítima:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, B.V - 25/05/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

André Henrique A. Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Ivamar O. Ferreira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Raimundo Nonato Silva

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019
SEGURADORA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014937/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/05/2019 09:16 Data/Hora Fim: 20/05/2019 09:39
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 20/05/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 19/01/2019 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: estra de acesso à comunidade do Canto Alegre Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ IVAMAR OLIVEIRA FERREIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Viseu Sexo: Masculino Nasc: 18/10/1984
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria de Jesus Olivera Ferreira Nome do Pai: Manoel Matos Ferreira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 233645

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Antonio Ferreira de Sousa
Bairro: São Bento Nº: 796

Nome Civil: ANDRÉ HENIQUE AUGUSTO FERREIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 04/10/2006
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Sula Bianca Augusto Nome do Pai: Ivamar Oliveira Ferreira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Antonio Ferreira de Sousa
Bairro: São Bento Nº: 796

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem a este DP para informar que na data, hora e local acima informado, seu filho (vítima) estava andando na garupa da motocicleta honda Pop de placa NAP-4397, chassi 9C2JB0100GR049117, de cor branca, Renavam 01091879866, a qual se encontra em nome do irmão do comunicante, Sr. Lindomar de Oliveira Ferreira, e que era conduzida

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014937/2019

pelo sogro do comunicante, Sr. Pedro Cândido da Silva, momento em que este perdeu o controle, levando ambos ao solo. Que devido as lesões sofridas no acidente, a vítima foi levada pelo comunicante para o posto de saúde da comunidade, onde de lá, foi levado pela equipe de remoção do posto, para o hospital da Criança, em Boa Vista para atendimento médico. Que o Sr. Pedro Cândido da Silva não possui CNH ou PPD. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento
042000925

José Ivamar O. Ferreira
José Ivamar Oliveira Ferreira
(Comunicante)

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

DAT
20 MAIO 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR