



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Geilma Fabiene da Silva
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: _____
Profissão: _____ RG: 3265537 SSP/ _____
CPF: 967.809.592-00 Endereço: Rua OS 97 A-07 L-215 C-5 N°: _____
Bairro: Cidade Satélite CEP: 69.317-471 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99132 - 4522 E-mail: _____

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicium*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 23 de outubro de 2020.

Geilma Fabiene da Silva
Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Geilma Fabiene da Silva
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: _____
Profissão: _____ RG: 3265537 SSP/ _____
CPF: 967.809.592-00 Endereço: Rua: 05 97 A-07 2-215 C-15 Nº: _____
Bairro: Cidade Satélite CEP: 69.317-471 Município: Boa Vista /RR
Telefone: (95) 99132-4522 E-mail: _____

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

Boa Vista/RR, 23 de outubro de 2020.

Geilma Fabiene da Silva
Declarante



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Geilma Fabiene da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira
PROFISSÃO: Atendente
IDENTIDADE: 3262537 SESP/RR
ENDEREÇO: Rua: 05 97 A-07 L-215 C-15 cidade Satelite

OUTORGADO

NOME: Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE: Brasileira
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 184807 SSP/RR
ENDEREÇO: Rua Antonio Pinheiro Galvão 1832 Curitiba

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 09/01/2020 cobertura Invalidez, vítima: Ycaro Josiah Ramos Silva.

Geilma Fabiene da Silva

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 02 DE Setembro /2020.



REGISTRO CIVIL
Wagner Mendes Coelho
TABELIONATO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

MATRÍCULA: 096511 01 55 2014 1 00165 231 0099876 66

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO Trinta de setembro de dois mil e quatorze

HORA NASC 04h17min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Boa Vista/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF Boa Vista-RR

LOCAL DE NASCIMENTO Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth

SEXO Masc

FILIAÇÃO IGOR COSTA RAMOS, natural de Mata Roma/MA e GEILMA FABIENE DA SILVA, natural de Acopiara/CE

AVÓS Maricelho de Adão da Silva Ramos e Rosângela Costa Carneiro (paternos) e José Genilson da Silva e Josefa Felício da Silva (maternos)

GÊMEOS Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO Quatorze de outubro de dois mil e quatorze

Nº DNV 30-064006201-8

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro A-165, às folhas 231 verso, sob o nº 99876. 1ª Via. Declarante: O pai:

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.
Boa Vista-RR, 20 de outubro de 2014

NOME DO OFÍCIO Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF Boa Vista-RR

ENDEREÇO Av. Ataíde teive, 2.042

REGISTRO CIVIL
Wagner Mendes Coelho





GEILMA FABIENE DA SILVA

FILIAÇÃO.....: JOSÉ GENILSON DA SILVA
JOSEFA FELICIO DA SILVA

NASCIMENTO.....: 15/02/1993 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ACOPIARA - CE

DOCUMENTO.....: R.G. 3262537 SESP RR 21/12/2004

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 967.809.592-00 CNH:

TIT. ELEITOR: 004200442666 SEÇÃO: 282 ZONA: 5

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 17/12/2009


Mário Sérgio da Silva
Superintendente
SRTE/RR

TRABALHADOR

Este é o Cartão de Trabalho - CTPS, instituído pela Lei nº 2.200-2/2001, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.11.1991 e posteriormente reformulado pelo Decreto nº 5452 de 01.05.1995 que aprova a CTPS, sendo documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Por sua importância, e seu dever de guarda, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
Fundo de Amparo ao Trabalhador

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
EMPREGO**

161.99044-74-7

3494082 003-0 RR

Geilma Fabiene da Silva



RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0102383-7

Nº DA NOTA FISCAL 5779499 FCAM*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	01/09/2020	50	39,81

GETULIO PERLEIRA DO NASCIMENTO
CPF: 00032907524291
R. 05 97 Q-07 L-215 C-15 - CIDADE SATELITE
CEP: 69.317-471 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual:	Anterior:	Próxima leitura:
12/08/2020	14/07/2020	11/09/2020

Emissão: 11/08/2020 Apresentação: 12/08/2020 Dias de consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.4.1.1	RESID.BX. RENDAFONOF	E2730664		NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	1495,2							
Leit. Anterior	1490,2							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	50							
Faturado:	50							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	30 A R\$	0,218776 =	6,56
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	20 A R\$	0,375050 =	7,50
MULTA POR ATRASO DE 1 06/20 00		17,19	
JUROS DE HORA POR ATR 06/20 00			0,74
ILUMINAÇÃO PÚBLICA			0,09
			24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,000140
31 A 50 - 0,003500

Média 12 meses: 50

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Mês	Consumo (kWh)
AGO/19	107
SET/19	123
OUT/19	115
NOV/19	90
DEZ/19	82
JAN/20	102
FEB/20	92
MAR/20	98
ABR/20	81
MAI/20	77
JUN/20	81
JUL/20	44
AGO/20	50

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/08/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CADINRA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Por favor, pagar até 01/09/2020

LONGE A DESCONSIDERAÇÃO PARA CADA VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO E877.23F6 0792.2137.E562.9DD3.8180.6BD7

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	
Distribuição:	8,99
Transmissão:	1,96
Encargos:	0,00
Perdas:	0,50

Base de Cálculo:

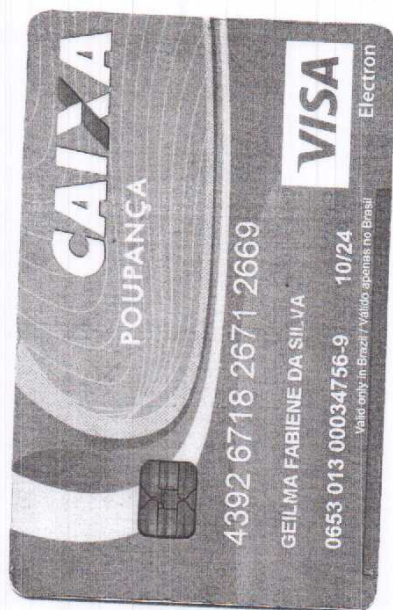
INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite				
Realizado		9,24	18,49	36,99

FIC

	Mensal	Trimestral	Anual	
Limite				
Realizado		8,46	16,92	33,84

0,00





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 10177/2020 - Registrado em: 02/09/2020 às 12h 56min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 09/01/2020 às 18h 30min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: RUA J

Bairro: CIDADE SATELITE

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

GEILMA FABIENE DA SILVA (27), nascido(a) em 15/02/1993, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ATENDENTE, CPF Nº 967.809.592-00, País: BRASIL, natural de ACOPIARA-CE, filho(a) de JOSEFA FELICIO DA SILVA e JOSÉ GENILSON DA SILVA, endereço: 05 Q-07 L- 215 C- 15, cep: 69317-471, Nº: 97, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99132-4522.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE VEIO INFORMAR QUE SEU FILHO MENOR DE IDADE, YCARO MOSIAH RAMOS SILVA, ESTAVA TENTANDO ATRAVESSAR A RUA QUANDO FOI SURPREENDIDO E ATINGIDO POR UM CARRO. O MESMO VEICULO AJUDOU A SOCORRER A CRIANÇA LEVANDO-O AO HOSPITAL COSME E SILVA, ONDE LOGO RECEBEU ALTA MEDICA, NO DIA SEGUINTE PASSOU MAL E FOI LEVADO AO HOSPITAL DA CRIANÇA ONDE FOI CONSTATADO FRATURA CRANIANA, ESTE É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JUVENAL JOSÉ DOS SANTOS JUNIOR
APC
MATRÍCULA: 42000251
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Geilma Fabiene da Silva
GEILMA FABIENE DA SILVA
COMUNICANTE



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE SERVIÇOS E APOIO TERAPÊUTICO
DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
SERVIÇO SOCIAL**

FICHA SOCIAL

I – IDENTIFICAÇÃO GERAL

Data do acolhimento: 13/01/2020.

Diagnóstico: TGE

Local da internação: () Bloco F () Bloco G (X) Bloco H () UTI () UCP LEITO: 59

II – DADOS DO PACIENTE:

Nome: **YCARO MOSIAH RAMOS SILVA** (nome conforme consta no CPF)

Data de Nascimento: 30/09/2014

Idade: 05 anos

Sexo: () Fem. (X) Masc.

*Peso ao nascer:

*Exclusivo para menores de 1 ano

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade: BOA VISTA/RR

Filiação:

PAI : **IGOR DA COSTA RAMOS**

Idade:

Escolaridade: não soube informar

MÃE: **GEILMA FABIENE DA SILVA**

Idade: 26 anos

Escolaridade: MÉDIO COMPLETO

Endereço: RUA 05

Nº 97

Bairro: CIDADE SATÉLITE Cidade: BOA VISTA Telefone: 99132-4522 (MÃE).

Ponto de Referência: PROX. A MERCEARIA BARROSO

Acompanhante na Unidade: MÃE

Parentesco:

Caderneta de Saúde da Criança: (X) Sim () Não Atualizado: () Sim () Não

Possui Registro Civil de Nascimento: () Sim () Não

Apresenta alguma deficiência: Sim () Não () Se sim, qual?

Faz acompanhamento na REDE, Qual? NÃO

Estuda: (X) Sim () Não Anq: 2 P Turno: MATUTINO

Escola: PROINFÂNCIA EUNICE QUEIROZ DE FARIA

Cartão SUS Nº: 708 2031 4900 4144

É vinculado a UBS, Qual? SIM. UBS AYGARA MOTA

Já esteve internado nesta unidade hospitalar outras vezes? Sim () Não (X)

Pais separados? (X) Sim () Não

Em processo de TFD? Sim () Não (X)

III – PACIENTE EM TRÂNSITO ()SIM NÃO (X)

Local de Origem:

Indígena: () Sim () Não Se sim, qual a Etnia?

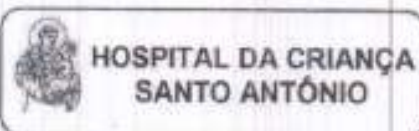
Possui familiares ou amigos domiciliados em Boa Vista: () Sim () Não

Nome: Grau de Parentesco:

Endereço: Nº 821 Bairro:

IV – SITUAÇÃO SÓCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

Responsável pelo sustento da família? A GENITORA



FICHA DE REFERÊNCIA



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:	Macroárea:
PACIENTE:	Prontuário:
Endereço:	Bairro:
Idade:	Sexo: M() F() Ocupação:
Nome do Responsável:	Procedência:
	Etnia:

DADOS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA:		
Resultado dos Exames:		
Tratamento já Realizado:		
Impressão Diagnóstica:		
CID:		
Médico	CRM	Data

AGENDAMENTO

Encaminhamento a Especialidade:	
Consulta marcada para Unidade:	Município:
Para Dr.(a)	às h do dia / /

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade Referenciada:	Município:
PACIENTE:	Prontuário:

ATENÇÃO PRESTADA

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO NA UBS:	
DIAGNÓSTICO:	CID:
Médico	CRM
Data	

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (prontuário)



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - HCSA
EVOLUÇÃO MÉDICA - SETOR _____

DATA: 13/01/20	DIH:	DN:	IDADE:	PESO:
NOME: Ycaro Matias Ramalho Silva	PRONTUÁRIO:	LEITO: 59		

DIAGNÓSTICO	
Dispositivos	Antimicrobianos
	Atual Progresso

Exame físico	Mãe relata tontura, sem vômito, sem defecação. Relata um pouco de dor cervical. Desambulando normalmente. Aceitando a dieta.
--------------	--

Condição	T: 35,3 - 36,9 / FC: 100 - 110 / FR: 24 - 26 / Diurese: 10 X / Evacuação: 2 X
----------	---

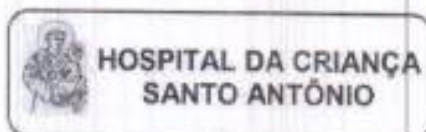
Exatidão	86,6, falante, s/ dor cervical à mobilização, apneico, brônquios, auscultações difusas, todos os counts.
----------	--

Exame físico	AR	☒ MV +, sem ruídos adventícios. () Outro: _____
	ACV	☒ RCR em 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros audíveis ou atrito. () Outro: _____
	ABD	☒ Flácido, RHA +, normotimpânico, indolor e sem visceromegalias. () Outro: _____
	Neurológico	() Pupilas isocóricas, fotorreagentes, com reflexo consensual positivo. () Outro: _____
	Extremidades	☒ Sem edemas, EC < 3s. () Outro: _____
	Outros achados	

Resultado de exames	
---------------------	--

Conduta	Solicite TC conforme orientação do neurocirurgião
Pendências	TC crânio realizada às 15h, Dra. Claudia Aires Médica CRM-RR 2078

Dr. Maria Mendes
Pediatra
CRM-RR 1720-000



FICHA DE REFERÊNCIA



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____	Macroárea: _____
PACIENTE: _____	Prontuário: _____
Endereço: _____	Bairro: _____
Idade: _____ Sexo: M() F() Ocupação: _____	Procedência: _____
Nome do Responsável: _____	Etnia: _____

DADOS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA: _____	
Resultado dos Exames: _____	
Tratamento já Realizado: _____	
Impressão Diagnóstica: _____	CID: _____
_____ Médico	_____ CRM
_____ Data	

AGENDAMENTO

Encaminhamento a Especialidade: _____	Município: _____
Consulta marcada para Unidade: _____	Para Dr.(a) _____ às _____ h do dia ____ / ____ / ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____	Município: _____
PACIENTE: _____	Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO NA UBS:	
DIAGNÓSTICO: _____	CID: _____
_____ Médico	
_____ CRM	
_____ Data	

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (prontuário) _____

Oriente-o para retornar à Unidade de Origem

Área



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - HCSA
EVOLUÇÃO MÉDICA - SETOR H

DATA: 12/01/20 DIH: _____ DN: _____ IDADE: _____ PESO: 12,8 kg
NOME: Ycaro Moacyr Gomes Silva PRONTUÁRIO: _____ LEITO: 59

DIAGNÓSTICO			
Dispositivos	TCG	Antimicrobianos	
	Atual		Progresso
	<u>S. meningitidis</u>		

Exatidão	<u>Mãe refer que criança nasceu em m. to, após 4 de</u> <u>epilepsia. Após nascimento, convulsões</u> <u>Episódios de M. to</u> <u>Após 4 de m. to. Após 4 de m. to</u> <u>Após 4 de m. to. Após 4 de m. to</u>	
Clínica	T: <u>36-37°C</u> / FC: <u>90-100 bpm</u> / Diurese: <u>0</u> / Evacuação: <u>3x</u>	
Exatidão	<u>BEG, de poucos episódios de febre</u> <u>de 0 a 2</u> <u>de 0 a 2</u>	
Exatidão	AR	☒ MV +, sem ruídos adventícios. () Outro: _____
Exatidão	ACV	☒ RCR em 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros audíveis ou atrito. () Outro: _____
Exatidão	ABD	☒ <u>normotímico</u> , RHA +, normotimpânico, indolor e sem visceromegalias. () Outro: _____
Exatidão	Neurológico	☒ Pupilas isocóricas, fotorreagentes, com reflexo consensual positivo. () Outro: _____
Exatidão	Extremidades	☒ Sem edemas, EC < 3s. () Outro: _____
Exatidão	Outros achados	
Exatidão	Resultados de exames	
Exatidão	Conduta	<u>Programar TC de controle p/ monitorar.</u>
Exatidão	Assinatura	
Exatidão	Pendências	

59

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

DATA/HORA

EVOLUÇÃO

11/01/2020
17:30h

4 anos menina com febre

Admissão Bloco H

Admitida a criança de 4 anos proveniente da
Emergência com diag. de TEE e febre
de causa leve, em 10 pontos
no membro BE, Epoca, apêndice,
abdômen. Lote

Reg. nu @ S/PA

Cuid. per vt out SP.

Adm. - vacinas, RPA@

exames - Bp, nu tlc

sve. nu Altensão

CDI recruta

Dr. Daniel Rodriguez Castell
Médico
CRM - 480/RN

Ocupação do pai e local de trabalho?

Ocupação da mãe e local de trabalho? ATENDENTE NO BOBS

Possui outra fonte de renda? Qual? SIM. PENSÃO ALIMENTÍCIA

Possui agregado(s) em casa: Sim () Não () Parentesco: RESIDEM NA CASA DA AVÓ

Número de filhos: 02 (07, 05 anos)

Residência:

() Própria () Alugada () Financiada (X) Cedida

Tipo de moradia:

(X) Alvenaria () Madeira () Mista () Taipa

Quantos cômodos? 07

Tipo de abastecimento da água?

(X) Rede Pública () Poço () Outros

Escoamento Sanitário?

() Fossa Séptica () Fossa Rudimentar (X) Esgoto Sanitário () Outros

Situação Habitacional:

(X) Bairro () Conj. Habitacional () Vilas/Vicinal () Sítio/Chácara () Com. Indígena

() Assentamento

Recebe algum Programa de Transferência de Renda

() Bolsa Família R\$ ____ () Crédito do Povo R\$ ____ (X) Não recebe nenhum benefício () Outros

Renda Familiar:

() Menos de 1 salário mínimo (X) 1 a 3 salários mínimos () 4 a 6 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:

REALIZADO ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÕES SOBRE AS NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE.

Cláudia
Cláudia Costa Góes
Assistente Social
ASSISTENTE SOCIAL

() 030101004-8 () 030107004-0 PACT. NEUROLÓGICO () 080101004-7 C. NASCIMENTO

comunicado!

 HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO	PEDIDO DE PARECER 	 Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Boa Vista
---	--	---

BLOCO:	LEITO: 59
--------	-----------

Nº do Registro: _____	Data de Nascimento: _____
Nome: Ycaro	Sexo: _____

A Clínica Neurocirurgia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente).

Paciente el TCE + fratura parieto occipital
TC de controle no momento (após 48hs)
no momento el tenturas eventuais
Solicit avaliação grata.
Temperatura 37,2.

Data 15/01/2020	 Assinatura e Carimbo do Médico Requirante
--------------------	--

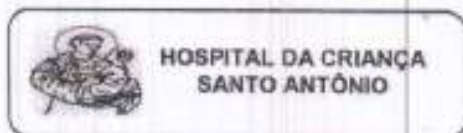
PARECER:

hade hemocampo

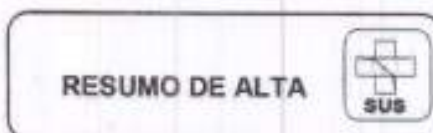
fratura de parietal

sem procedido neurocirurgia





HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO



RESUMO DE ALTA



Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Boa Vista

Nome: Ycaro Moriah Ramires Silva

Idade: _____ Sexo: _____ Prontuário: 83294

Data de Internação: 30/01/20 Data da alta: 16/01/2020

Diagnóstico de saída: _____

TCE

Evolução/ Complicações durante a internação: Paciente vítima de atropelamento por carro, c/ TCE e fratura longitudinal no osso parieto-occipital D, rompendo a sutura. Lesão isolada extra-axial na convexidade frontal E. Realizou TC dia 10/01 e 13/01 - neurocirurgia de emergência - complicações.

Medicação no momento da alta: 15/01 Soro 7710 - 38,3 N, 26,3 L, 8,8% E, Hb 11,6, VCM 76,1, HCM 26, RDW 12,1, plaq 360 mil, PCR 3,65

Recada alta pulando, dormindo, com tentativas suturais nas feridas.

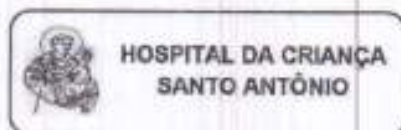
Observações e comentários: _____

Ass. seguem. Internação e vigilância.

Condições na alta: Curado _____ Melhorando: X Inalterado: _____

A pedido: _____ Óbito: _____

Médico responsável



PEDIDO DE PARECER



BLOCO: Amarela

LEITO: 25

Nº do Registro: 83284

Data de Nascimento: 30.08.14

Nome: Ycena Nasilah Rana Sexo: masculino 5 ANOS

A Clínica Neurocirurgia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente).

Foi atropelado por um carro
Tórax - Natureza crônica
Soluços ocasionais

Data

11 / 01 / 20

Marcia Pinheiro
Pediatra

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

PARECER:

13:00 Dr Simão contato telefônico
Avalia TC não tem conduta
Neurocirurgica no momento
solicitar TC controle com 48 horas
ou se apresentar alteração Neurologica

Dr. José Carrero
Médico
CRM-RR 1660

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		10 - RACIA/DOR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		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			
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) 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 TÍPICO			
38 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO			
39 - CNPJ DA SEGURADORA			
40 - Nº DO BILHETE			
41 - SERIE			
42 - CNPJ EMPRESA			
43 - CNES DA EMPRESA			
44 - CBOE			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - COD. ORGÃO EMISSOR			
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
49 - DOCUMENTO			
50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

۷۲۵۷۹

✱

1101 20 08 2 P 1 P 0 0 P P 1 E 0 5 2 0 1
 1101 20 08 2 P 1 P 0 0 P P 1 E 0 5 2 0 1

۲۹

2008 10 20 11 10 10

1. $\text{H}_2\text{O} + \text{H}^+ \rightleftharpoons \text{H}_3\text{O}^+$
 2. $\text{H}_2\text{O} + \text{OH}^- \rightleftharpoons \text{OH}_2^-$
 3. $\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{H}_3\text{O}^+ + \text{OH}^-$
 4. $\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{H}_3\text{O}^+ + \text{OH}^-$
 5. $\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{H}_3\text{O}^+ + \text{OH}^-$
 6. $\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{H}_3\text{O}^+ + \text{OH}^-$
 7. $\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{H}_3\text{O}^+ + \text{OH}^-$
 8. $\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{H}_3\text{O}^+ + \text{OH}^-$
 9. $\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{H}_3\text{O}^+ + \text{OH}^-$
 10. $\text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{H}_3\text{O}^+ + \text{OH}^-$

Left

(MAY 1957) 325

1411191011 1411191011
1411191011

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 Abner de Souza Gomes Lins dos Santos	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 832941		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO 30/09/2014	9 - SEXO Masculino	10 - RACIAIS 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE Gelson Inácio dos Santos	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Os H 91 Centro Sertão	16 - CID - ICD 10	17 - CID - ICD 9	18 - CID - ICD 11
19 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Bom Jesus	19 - CID - ICD 10	20 - CID - ICD 9	21 - CID - ICD 11
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com história de acidente de trânsito com a mobilidade dos membros inferiores, cefaleia, náusea, vômito com uma hora após o acidente, com 13 pontos de dor.			
23 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO fz			
24 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL TCE (Traumático)			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação Hospitalar		27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO	31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Rita L. Vazquez de La Cruz	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10 JAN 2020	34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BÔNUS	38 - SÉRIE
39 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ EMPRESA	41 - CNIE DA EMPRESA	42 - CBOE
43 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO
() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO			
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	46 - CID - ORGÃO EMISSOR	47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS	() CPF		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital de Criança Santo Antônio
Laboratório de Análises Clínicas
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



Paciente: Ycaro Mosiah Ramos Silva	Sexo: Masculino	Nasc: 30/09/2014	Idade: 5 ANO
Solicitação: 30068377	Número Interno:		
Origem: HCSA	Solicitante:		
Data de Emissão: 15/01/2020 11:51	Setor: BLOCO H	Leito: Leito 59	
	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 3006837701

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Pícnico Alcalino

CREATININA

Resultado

0.35 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

27.83 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado

5.65 mg/L

Referência

0.0 - 5.0 mg/L

IONOGRAMA

Material: SORO

Métodologia: M23 - Eletrodo Ion Seletivo

CÁLCIO IÔNICO

POTÁSSIO

SÓDIO

CLORO

Resultado

1.21 mmol/L

4.38 mmol/L

136.50 mmol/L

106.20 mmol/L

Referência

1.17 - 1.32 mmol/L

3.5 - 5.1 mmol/L

135.0 - 145.0 mmol/L

98.0 - 107.0 mmol/L


Dra. Lourdes Lourenço de
Farnesque - Bioquímica
CRF - RR 272

Responsável Técnico: Wallace Bruna Farnesque - Responsável Técnico - CRF - RR 211

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/01/2020 06:48

[*] Retido

Página 1 de 2



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital de Criança Santo Antônio
Laboratório de Análises Clínicas
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"



Paciente: Ycaro Mosiah Ramos Silva	Sexo: Masculino	Nasc: 30/09/2014	Idade: 5 ANO
Solicitação: 30066377	Número interno:	Solicitante:	
Origem: HCSA	Sector: BLOCO H	Leito: Leito 59	
Data de Emissão: 16/01/2020 11:51	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 3006637702

HEMOGRAMA COMPLETO

Materiais: SANGUE TOTAL

Metodologia: M25 - Automatizado (pc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	7.71 x10 ⁹ /uL	4.0 - 10.0 x10 ⁹ /uL
NEUTRÓFILOS	58.30 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	26.30 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	6.00 %	3.0 - 12.0 %
SINÓFILOS	8.80 %	0.5 - 5.0 %
TASÓFILOS	0.60 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.47 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	11.60 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	34.00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	76.10 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	26.00 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	34.10 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	12.10 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	38.60 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	260.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	8.20 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	15.80	9.0 - 17.0
CT	0.213 %	1.08 - 2.82 %

Gra, Ilma de Aguiar Antony
Farmacêutica - Bioquímica
CRF - RR 084

Responsável Técnico: Walace Bruno Ferreira Garcia - Responsável Técnico - CRF - RR 211

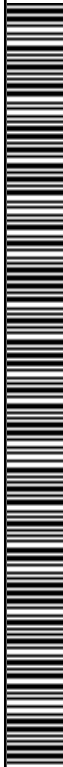
Oss: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/01/2020 08:43

(*) Ratificado

Página: 2 de 2



[illegible]

[illegible]

TC 10

83294



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

PRONTUÁRIO

83294

240977 Internação 10/01/2020
240883 Urgência/Emergência 10/01/2020
246962 Externo 10/01/2020

Cartão do SUS: 708203149009144	Data Nascimento: 30/09/2014	Sexo: M
Nome: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA		
Mãe: CEILMA FABIENE DA SILVA		



Ficha de Atendimento
URGENCIA/EMERGENCIA
Cor Classificação: LARANJA
Senha: UED038

Usuário do Cad.: MARCOS.FILHO



11/30/20
11/30/20
11/30/20

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 83294 Data Nascimento: 30/09/2014 Idade: 5 Anos / 3 Meses / 10 Dias
Nome do Paciente: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA
Sexo: MASCULINO
Endereço: RUA 05 Naturalidade:
Bairro: CIDADE SATELITE Número: 97
CEP: 69309000 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone: 991324522
Nome da Mãe: GEILMA FABIENE DA SILVA CNS: 708203149009144

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: Parentesco: Fone:
Identidade: CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 246883 Data Atendimento: 10/01/2020 09:08:18 Data Classificação: 10/01/2020 09:08
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO ONTEM FOI ATENDIDO NA PCOS, APRESENTOU VOMITO HOJE, CEFALIA TONTURA E DOR

Observação:
Peso: 17.8 KG Temp.: 36 Usuário triagem: MARIA GORETE LIMA PIRES

Atendimento

ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

10:35 Paciente com história de acidente de trânsito onde
a mãe foi atendida no (Pcos) depois chegou ao hospital com
uma com queixa de Cefaleia + Tontura + Vômito 4x hoje + dor
cervical + dor abdominal
Deu alta com bom. Evolução

EXAMES SOLICITADOS:

Exames solicitados para análise

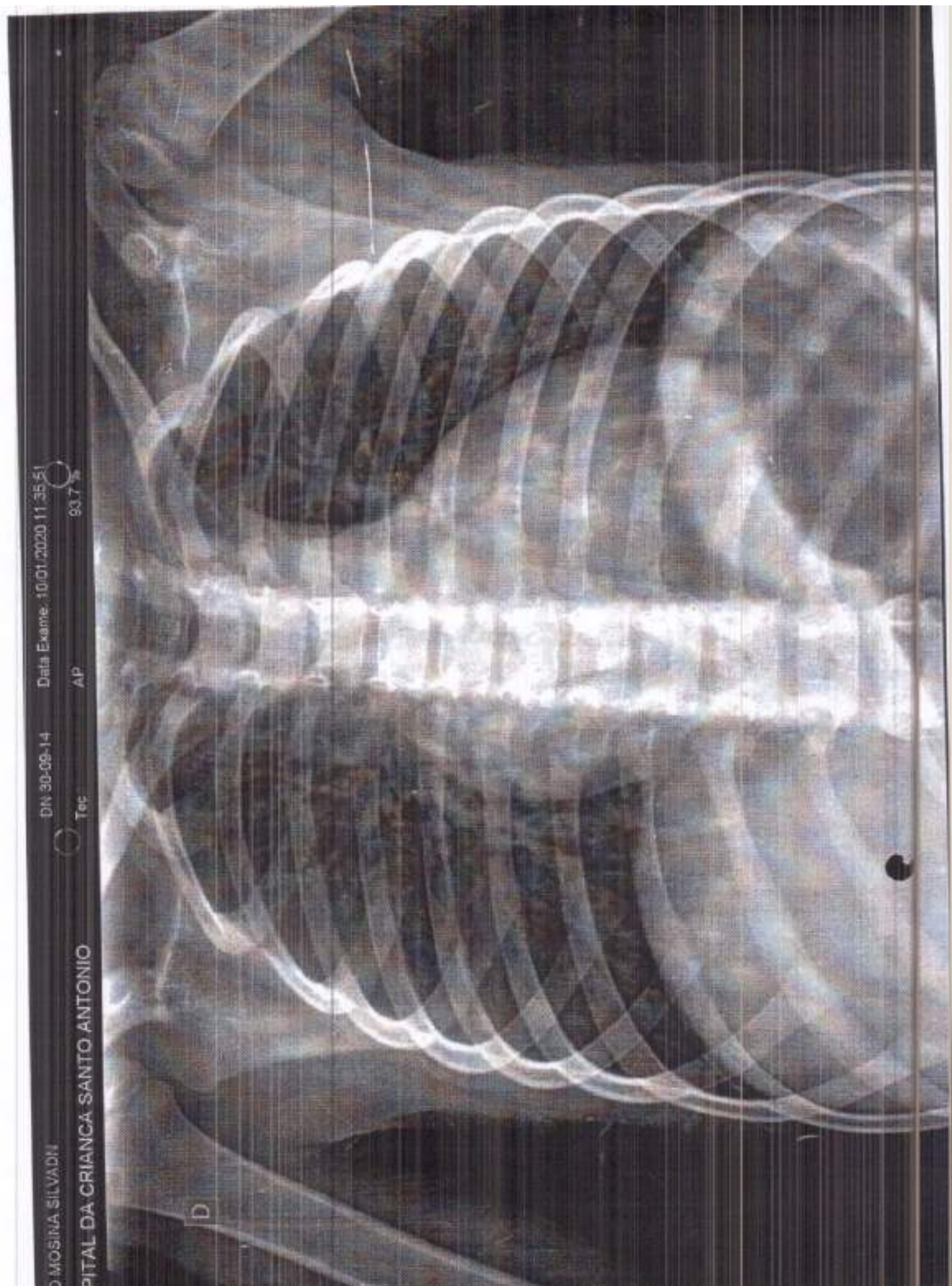
CONDIÇÃO:

condição, com a mãe envolvida no acidente
foi atendida no Pcos

Do TCE + TCM

Instituto Hospitalar

Rodrigo L. Veloso de L. L.
Médico
CRM-PR 10400



YCARO MOSINA SILVADN

DN 30-09-14

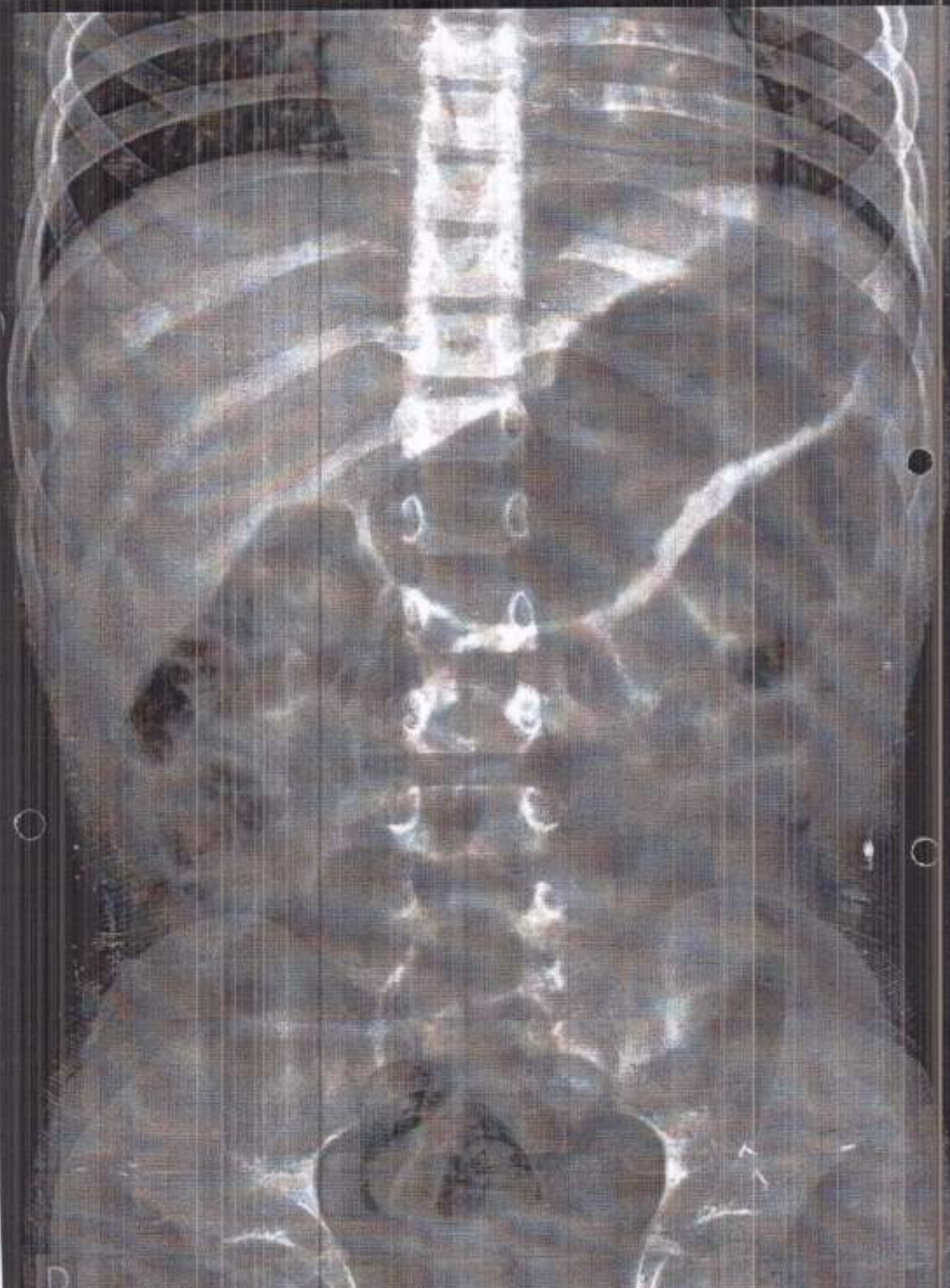
Data Exame 10/01/2020 11:35:51

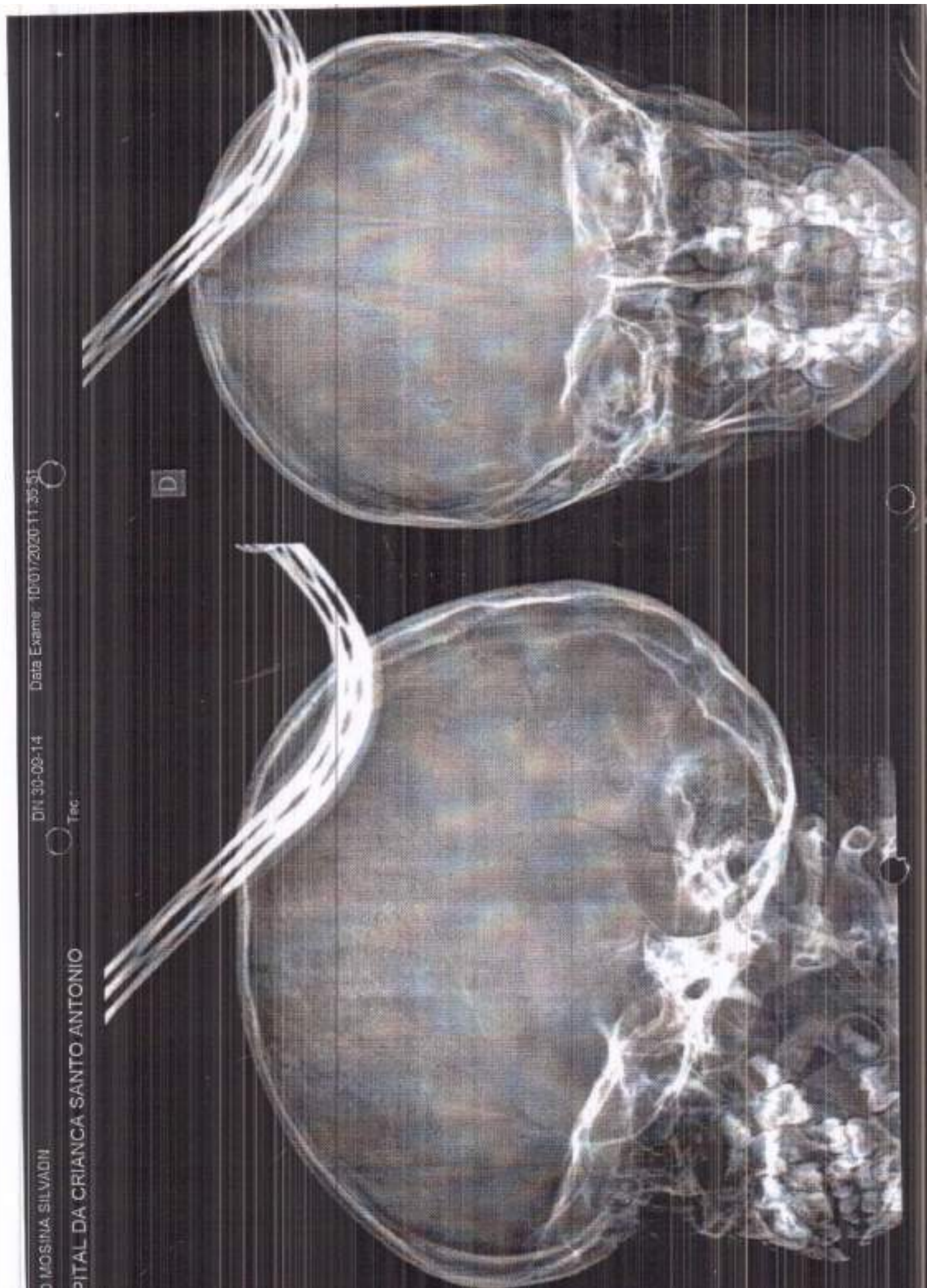
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

Tec.

AP

65.8 %





D. MOSINA SILVA

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

DN 30-09-14

Data Exame 10/01/2020 11:35:51

Tec.



Nome YCARO MOZIAH RAMOS SILVA
Data: 10/01/2020 Idade: 5A3M Procedência: HCSA
Médico Solicitante: BORIS LA CRUZ

Cód. Pac.: 67968

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

Protocolo:

Aparelho multislice, sem a infusão intravenosa do contraste iodado.

Indicação:

Trauma.

Relatório:

- Ténue aumento volumétrico / densificação de partes moles extracranianas na região parietoccipital lateral direita (provável hematoma subgaleal pós-traumático).
- Fratura discretamente desalinhada no osso parietal à direita com extensão caudal ao aspecto posterior da porção mastoidea do osso temporal e sutura occipitomastoidea ipsilaterais, com certa disjunção desta última.
- Ausência de coleções hemáticas extra-axiais ou hemorragias intraparenquimatosas detectáveis ao método.
- Demais aspectos sem alterações significativas neste contexto.

Dr. Leonardo Furtado Freitas CRM 140750

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.





Nome YCARO MOSIAH RAMOS SILVA
Data: 13/01/2020 Idade: 5A3M Procedência: HCSA
Médico Solicitante: MARILIA MONTEIRO

Cód. Pac.: 67968

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Realizados cortes axiais do crânio no plano órbito meatal, sem a injeção endovenosa de contraste iodado.

* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação:

- Controle de TCE.

Relatório:

- Traço de fratura longitudinal no osso parieto-occipital direito, cruzando a sutura. Associam-se discreto aumento de partes moles/hematoma nesta topografia.
- Discreta coleção laminar extra-axial na convexidade frontal esquerda (espessura de até 0,3 cm), associada a uma hipotenuação/contusão parenquimatosa focal da cortical.
- Tronco cerebral e cerebelo preservados.
- Ventriculos laterais e III ventrículo com morfologia, dimensões e situação normais.
- Linha média sem desvios significativos.

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

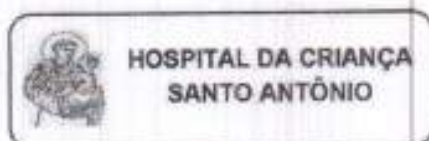
Dr. Leomar Hipolazi

Dr. Leomar Hipolazi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

CRM1232

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Rua José Coelho, 38 - Centro - CEP: 69.301-300 - Boa Vista - RR
Responsável Técnico: Dr. Juliano Medeiros Lima - RQE: 443/RR



PEDIDO DE PARECER



BLOCO: Amarelo

LEITO: 25

Nº do Registro: 83294

Data de Nascimento: 30 08 - 14

Nome: Ycena Nasilah Rana Sexo: masculino 5 ANOS

A Clínica Neurocirurgia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente).

Foi atropelado por um carro
Tomografia - fratura crânio
Solhub avaliou

Data

11 / 01 / 20

Marcia Pinheiro

Pediatra

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

PARECER:

13:00 Dr simão contato telefônico
Avalia TC não tem conduta
Neurocirurgica no momento
solicitar TC controle com 48 horas
ou se apresentar alterações Neurológicas

Dr. Abner Carrero
Médico
CRM-RR 1650

comunicado!



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PEDIDO DE PARECER



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BLOCO:

LEITO:

59

Nº do Registro:

Data de Nascimento:

Nome:

Ycaro

Sexo:

A Clínica

Neurocirurgia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente).

Paciente c/ TCE + fratura parieto occipital
TC de controle no postoperatorio (após 48hs)
no momento c/ tenturas eventuais.
Soluções avaliação grata.
Temperatura 37,2.

Data

15 / 01 / 2020

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

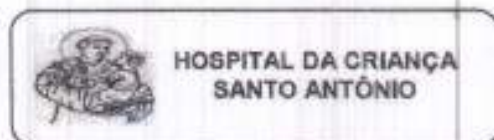
PARECER:

hade neurocirurgia

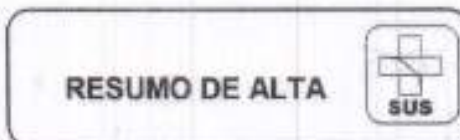
fratura de parietais.

sem produtos neurocirurgia

Dr. Mário J. L. Santanna
Neurocirurgia
CRM 11111



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO



RESUMO DE ALTA



Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Boa Vista

Nome: Yara Maria Ramos Silva

Idade: Sexo: Prontuário: 83294

Data de Internação: 30/01/20 Data da alta: 16/01/2020

Diagnóstico de saída:

TCE

Evolução/ Complicações durante a internação: Paciente vítima de atropelamento por carro, com TCE e fratura longitudinal no arco parieto-occipital D, causando a ruptura da tableta externa extra-axial na convexidade frontal e Realizou TC dia 10/01 e 13/01 - reavaliação da lesão complicação.

Medicação no momento da alta: 15/01 peso 7710 - 38,3 N, 26,3 L, 8,8% E, Hb 11,6, VCM 76,1, HCM 26, RDW 12,1, plaq 260 mil, PCR 2,65

Recebe alta pulando, bem-humorado, com tentativas sutis de interação.

Observações e comentários:

Ass. aguda. Orientação e vigilância

Condições na alta: Curado Melhorando: X Inalterado:

A pedido: Óbito:

 Médico responsável

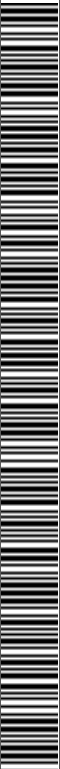
ANEXO I

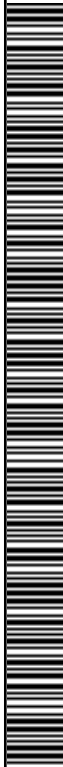
SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE				83294			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
104203149009144				30/05/2014		Masculino X1 Fêmea 3	
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		13 - RAÇA/DOR	
Selma Inziane da Silva				DDD		13.1 - ETNIA	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRO)				17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
Rua OS. II 92 Cidades Satélites				09		RJ	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				19 - CEP			
Bom Ulsin							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Paciente com história de acidente de trânsito com a qual foi atendido P.B.C.S, chegou em estado de consciência com um q. de nível Unilateral H.V. Hôst + Vol. Extremidade - (Extremidade) - com 93 dias de evolução							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
f. 36							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL							
TCC (Trombose)							
24 - CID 10 PRINCIPAL							
25 - CID 10 SECUNDÁRIO							
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Intervenção Uroteral							
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
29 - CLÍNICA							
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
31 - DOCUMENTO							
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO							
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
10 JAN 2020							
36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
37 - CNPU DA SEGURADORA							
38 - Nº DO BILHETE							
39 - SÉRIE							
40 - CNPU EMPRESA							
41 - CNIE DA EMPRESA							
42 - CBO							
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
44 - EMPREGADO							
45 - EMPREGADOR							
46 - AUTÔNOMO							
47 - DESEMPREGADO							
48 - APOSENTADO							
49 - NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - COD. ORÇÃO EMISSOR							
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
49 - DOCUMENTO							
50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							

FICHAS DE GASTOS									
KIT PUNÇÃO VENOSA									
KIT NEBULIZAÇÃO									
KIT DEXTRO									
KIT OXIGENOTERAPIA									
KIT ASPIRAÇÃO									
KIT SONDAGEM NASOGÁSTRICA									
KIT SONDAGEM ENTERAL									
KIT SONDAGEM VESICAL									
KIT SONDAGEM SIMPLES									
KIT SONDAGEM GRANDE									
DIVERSOS									
ÁGUA DESTILADA 10ml									
SERINGA 20ml									
SERINGA 10ml									
SERINGA 05ml									
SERINGA 03ml									
SERINGA 1ml									
EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR									
EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR									
AGULHA N°									
GAZE (PACOTE)									
ALCOOL 701%									
JELCO N°									
MASCARA									
LUVA DE PROCEDIMENTOS									
GORRO									

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

As 16:00 Criança no Leito 120 TCC com a pele
cubital em An pra direita, hígida, com
relato de dor no estômago, porém no momento
não apresenta queixas, pontual no pelo momento
sem alterações em febre, segue em unidade
de enfermagem, encaminhado ao Bloco H.

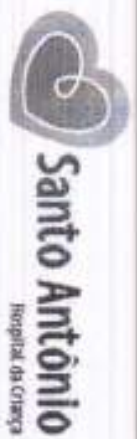
[illegible]

[illegible]

1. *What is the purpose of this study?*
 2. *What are the research objectives?*
 3. *What is the research methodology?*
 4. *What are the results of the study?*
 5. *What are the conclusions of the study?*
 6. *What are the limitations of the study?*
 7. *What are the implications of the study?*
 8. *What are the future research directions?*
 9. *What are the contributions of the study?*
 10. *What are the key findings of the study?*
 11. *What are the main results of the study?*
 12. *What are the primary outcomes of the study?*
 13. *What are the secondary outcomes of the study?*
 14. *What are the tertiary outcomes of the study?*
 15. *What are the quaternary outcomes of the study?*
 16. *What are the quinary outcomes of the study?*
 17. *What are the senary outcomes of the study?*
 18. *What are the septenary outcomes of the study?*
 19. *What are the octenary outcomes of the study?*
 20. *What are the nonary outcomes of the study?*
 21. *What are the decenary outcomes of the study?*
 22. *What are the undecenary outcomes of the study?*
 23. *What are the duodecenary outcomes of the study?*
 24. *What are the tredecenary outcomes of the study?*
 25. *What are the quattuordecenary outcomes of the study?*
 26. *What are the quindecenary outcomes of the study?*
 27. *What are the sexdecenary outcomes of the study?*
 28. *What are the septendecenary outcomes of the study?*
 29. *What are the octodecenary outcomes of the study?*
 30. *What are the nonodecenary outcomes of the study?*
 31. *What are the vigintenary outcomes of the study?*
 32. *What are the unvigintenary outcomes of the study?*
 33. *What are the bivigintenary outcomes of the study?*
 34. *What are the trivigintenary outcomes of the study?*
 35. *What are the quadvigintenary outcomes of the study?*
 36. *What are the quinvigintenary outcomes of the study?*
 37. *What are the sexvigintenary outcomes of the study?*
 38. *What are the septenvigintenary outcomes of the study?*
 39. *What are the octovigintenary outcomes of the study?*
 40. *What are the nonavigintenary outcomes of the study?*
 41. *What are the vigintigintenary outcomes of the study?*
 42. *What are the unvigintigintenary outcomes of the study?*
 43. *What are the bivigintigintenary outcomes of the study?*
 44. *What are the trivigintigintenary outcomes of the study?*
 45. *What are the quadvigintigintenary outcomes of the study?*
 46. *What are the quinvigintigintenary outcomes of the study?*
 47. *What are the sexvigintigintenary outcomes of the study?*
 48. *What are the septenvigintigintenary outcomes of the study?*
 49. *What are the octovigintigintenary outcomes of the study?*
 50. *What are the nonavigintigintenary outcomes of the study?*
 51. *What are the vigintigintigintenary outcomes of the study?*
 52. *What are the unvigintigintigintenary outcomes of the study?*
 53. *What are the bivigintigintigintenary outcomes of the study?*
 54. *What are the trivigintigintigintenary outcomes of the study?*
 55. *What are the quadvigintigintigintenary outcomes of the study?*
 56. *What are the quinvigintigintigintenary outcomes of the study?*
 57. *What are the sexvigintigintigintenary outcomes of the study?*
 58. *What are the septenvigintigintigintenary outcomes of the study?*
 59. *What are the octovigintigintigintenary outcomes of the study?*
 60. *What are the nonavigintigintigintenary outcomes of the study?*
 61. *What are the vigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 62. *What are the unvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 63. *What are the bivigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 64. *What are the trivigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 65. *What are the quadvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 66. *What are the quinvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 67. *What are the sexvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 68. *What are the septenvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 69. *What are the octovigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 70. *What are the nonavigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 71. *What are the vigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 72. *What are the unvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 73. *What are the bivigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 74. *What are the trivigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 75. *What are the quadvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 76. *What are the quinvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 77. *What are the sexvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 78. *What are the septenvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 79. *What are the octovigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 80. *What are the nonavigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 81. *What are the vigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 82. *What are the unvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 83. *What are the bivigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 84. *What are the trivigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 85. *What are the quadvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 86. *What are the quinvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 87. *What are the sexvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 88. *What are the septenvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 89. *What are the octovigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 90. *What are the nonavigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 91. *What are the vigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 92. *What are the unvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 93. *What are the bivigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 94. *What are the trivigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 95. *What are the quadvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 96. *What are the quinvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 97. *What are the sexvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 98. *What are the septenvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 99. *What are the octovigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*
 100. *What are the nonavigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*



Evolução de Enfermagem	
Manhã:	Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:
	Kit Punção Venosa
	Kit Nebulização
	Cateeter nasal (oxigenioterapia)
	Sondagem Nasogástrica
	Sondagem Enteral
	Sondagem Vesical de alívio
	Sondagem Vesical de demora
	Curativo Grau I
	Curativo Grau II
Tarde:	Retirada de Dreno de Tórax
	Retirada de Ponto
	Lavagem Gástrica
	Troca de sonda de gastrostomia
	Bolsa de Colostomia (fechado)
Noite:	Bolsa de Colostomia (drenável)
	Outros:



CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO

Secretaria Municipal de Saúde - SMSA



Data: 13 / 01 / 20 Nome: Ycano Nivali A. Silva Bloco: 4 Leito: 59

Diagnóstico: TCE Registro: Idade: 55 Data de internação: 12 / 01 / 20

CUIDADOS ESPECIAIS:

SINAIS VITAIS

GANHOS

PERDAS

CUIDADOS ESPECIAIS

HORA	Temp.	PA	FC	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de	Diurese	Fezes	Secreção gástrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos	Aspiração	FlO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC
07h																											
08h	36.0	100	120	22	95	MD	MD		CD						1L												
09h																											
10h																											
11h																											
12h																											
13h	36.0	100	120	22	95	MD	MD		CD						1L												
14h																											
15h																											
16h																											
17h																											
18h																											
19h																											
20h	36.0	100	120	22	95	MD	MD		CD						1L												
21h																											
22h																											
23h																											
24h																											
01h																											
02h																											
03h																											
04h																											
05h																											
06h																											
Higiene																											
Hora do banho																											

Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem

Exames e/ou recomendações:

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



[illegible]

[illegible]

FICHAS DE GASTOS	
KIT PUNÇÃO VENOSA	
KIT NEBULIZAÇÃO	
KIT DEXTRO	
KIT OXIGENOTERAPIA	
KIT ASPIRAÇÃO	
KIT SONDAGEM NASOGÁSTRICA	
KIT SONDAGEM ENTERAL	
KIT SONDAGEM VESICAL	
KIT SONDAGEM SIMPLES	
KIT SONDAGEM GRANDE	
DIVERSOS	
ÁGUA DESTILADA 10ml	
SERINGA 20ml	
SERINGA 10ml	
SERINGA 05ml	
SERINGA 03ml	
SERINGA 1ml	
EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR	
EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR	
AGULHA N°	
GAZE (PACOTE)	
ALCOOL 701%	
JELCO N°	
MÁSCARA	
LUVA DE PROCEDIMENTOS	
GORRO	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data/Hora		Prescrição Médica	Horário da Medicação
10 JAN 2020	10:44	(2) 100g (3) 300ml eu	MIMIL
		(4) 543	SND
		S.9 5%. 338 mL	
		KL 101 6.1 mL eu c/c 4000-	
		KL 101 5.2 mL	
		(5) Difenhydramin 0.8 mg eu c/c 4000 (eu)	5/19/21
		(6) Plasil 0.4 mg eu 8/8 (eu)	5/19/21
		(7) Solução Emulsão + 10 + TC de 27h	MIMIL
		(8) 500 + 500 c/c 4000	SND
		(9) 1000 em 500 + 10	
		(10) 1000 em 500 + 10	
		11 - D. 1000 em 500 + 10	

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - HCSA
Av. das Guaranias, N. 350, 35 de Setembro - CEP: 69305-130
PARA: 3505 1504 - 508 Vista/RJ

NOME: Carla Hosian Ramos Silva IDADE: 5m - 34
PESO: 11.8 kg PRONTUÁRIO: 83294 HD: TC BLOCO: LEITO: 25
(1700mm)



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

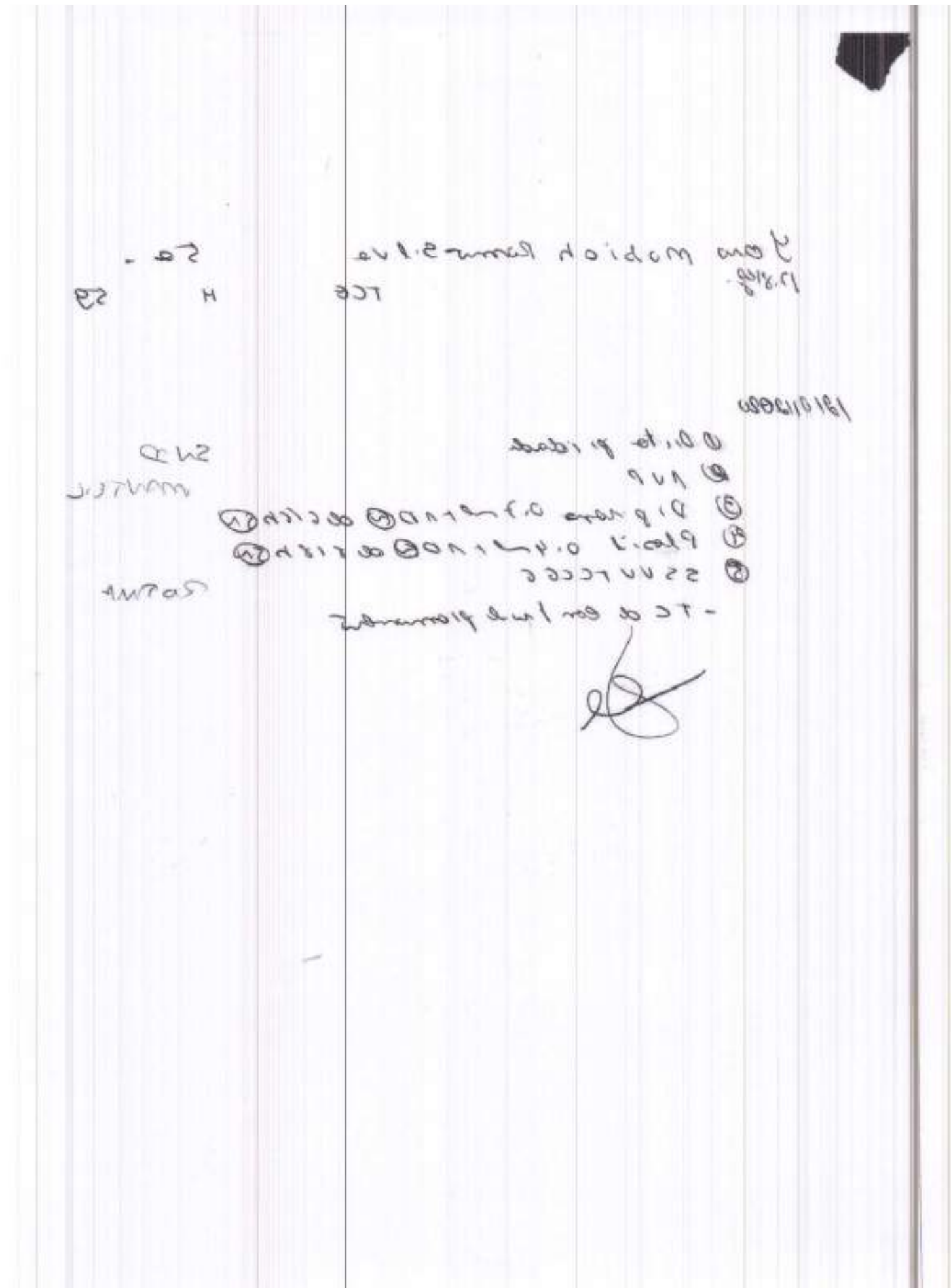
14:00
Paciente estável sem queixas
de vômito e di. acastando
dieta
Ao lado + leito # 55
te controla 48 horas

Dr. Luis Corrêa
CRM-RM 1880

Que
estava
usando
gunita



Cultures
 Notation
 Not influence for a man
 out + do in semi.
 It's not a true story
 At all - all
 Not plan leads
 son and a man
 emotion in job
 Tomofel - have some
 subject order to manuscript
 to



Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
12/10/2020	0.0.5 p. 12h	S.V.D.
	A.V.P.	MONTAR
	③ Dig. 0.7 mg 0.7 mg 0.7 mg	
	④ Plav. 0.4 mg 0.4 mg 0.4 mg	
	⑤ S.V.U. 1000	200mg
	- TC de con. l. e p. 12h	

Prescritor:  **Prefeitura Municipal de Boa Vista**

Secretaria Municipal de Saúde

 **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

 **HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO**

NOME: Yano Mabelh Ramo Silva IDADE: 5a 59

PESO: 12.814 PRONTUÁRIO: HD: 106 BLOCO: H LEITO: 59

Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA
Av. dos Guaranis, N.º 1005, 15 de Setembro - CEP: 69305-130
PARÁ, 31.034-1500 - Boa Vista/RR



[illegible]

DATA _____



Secretaria Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome: YARO MASIAH RAMOS SILVA Idade: 5A
Peso: 17,8 KG Prontuário:
DIH:

DN:

BLOCO: H
LEITO: 59

HD: TCE

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
12/1/20	1. DIETA PARA IDADE	SNP
	2. AVP	Manuten
	3. DIPIRONA 0,7ML EV 6/6H SN	SN
	4. PLASIL 0,4ML EV 8/8H SN	SN
	5. TC DE CONTROLE AMANHÃ	
	6. SSVV+CCGG	Rotina

Dr. Marjão Mond
Pediatria
R. Costa Trigueiro L





HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE DIÁLISE



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: _____
RG: _____
ASCÍTICO

Volume: _____ Aspecto: _____

TIPO DE CATETER SISTEMA
Flexível () Manual ()
Rígido () Automática ()

PRESCRIÇÃO DIALÍTICA

Infusão + volume _____ Tempo _____

Total de ciclos _____ Contínuos _____
Tempo de permanência _____ Tempo de drenagem 15 15

CONCENTRAÇÃO

Normal 1,5% () 2,5% () 4,25% ()

Proporção: _____ ou _____

Observações: _____

Médico Responsável: _____

DATA:	BANHO Nº	%	SOLUÇÃO	PESO: SECO:		PRÉ DIÁLISE		PESO: P. A.:		PÓS DIÁLISE		PESO: P. A.:		BALANÇO	
				INÍCIO	FIM	VOLUME		INÍCIO	FIM	VOLUME		PARCIAL	TOTAL		
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															



Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
14/01/20	1. DIETA ORAL P IDADE 2. AVP	SVD Manhã
	3. DIPIRONA 0,7 ML EV 6/6H	2
	4. PLASIL 0,4 ML EV 8/8H	2
	5. AGUARDO LAUDO TC DE CRANIO	SN
	6. Dipirona 0,1 ml EV 6/6h	
	7. SSVV+CGG 6/6h	Potencia



Prefeitura
 Boa Vista
 Tratamento e Coleta de Resíduos

BLOCO: H
LEITO: 59

Nome: YARO MASIAH RAMOS SILVA Idade: 54
Peso: 17,8KG
Prontuario: 1183
DN:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Secretaria Municipal de Saúde

HD: TCE

KG
DIH:

14/01/20

1. DIETA ORAL P IDADE	2. AVP
-----------------------	--------

3. DIPIRONA 0,7 ML EV 6/6H

4. PLASIL 0,4 ML EV 8/8H

5. AGUARDO LAUDO TC DE CRANIO

6. Dipirona 0,1 ml EV 6/6h

7. SSV+CGG 6/64

NS

37

SVD
Mantel

Av. das Guianas nº 1645 - 13 de setembro CEP: 69308-160 Boa Vista - RR
Fone: (95) 3198-3000 e-mail: hcasa.saude@pmbv.rr.gov.br
CNPJ: 05.943.030/0001-55

CNPJ: 05.943.030/0001-55

Phone: (95) 3198-3000 e-mail: hcsa.saude@pmbv.tr.gov.br
CNPJ: 06.943.030/0001-55

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Documento assinado eletronicamente, conforme MP nº 2.200-2, de 24/04/2004, e Lei nº 11.141/2005.

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8BM 3HR7D 724M5 49MZR





**HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO**

**CONTROLE DE SORO
UTI - PEDIÁTRICA**



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

DATA: / /	LT 01	LT 02	LT 03	LT 04	LT 05- ISOLAMENTO
H O R A R I O					
S O R O		S O R O	S O R O	S O R O	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
1					
2					
3					
4					
5					
6					

OBS:

CNPJ: 05.943.030/0001-55



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

CONTROLE DE SORO
UTI - PEDIÁTRICA



Sociedade Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

DATA: / /

	LT 01	LT 02	LT 03	LT 04	LT 05- ISOLAMENTO
H					
O					
R					
A					
R					
I					
O					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
OBS:					



Data/Hora		Prescrição Médica		Horário da Medicação	
16/01/20		1 DIETA ORAL P IDADE		SVP	
		2 A/P		Manhã	
		3 DIPIRONA 0,7 ML EV 6/6H		SN	
		4 PLASIL 0,4 ML EV 8/8H 5V			
		5 AGUARDO NEUROCIRURGIAO			
		6 Dipirona 0,1 ml EV 6/6h		SN	
		7. SSW+CGG 6/6h		Profina	
		8 dieta hospitalar			

Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos

Av. das Guianas nº 1645 – 13 de setembro CEP: 69308-160 Boa Vista – RR
Fone: (95) 3198-3000 e-mail: hcsa.saude@pmbv.rr.gov.br
CNPJ: 05.943.030/0001-55



BLOCO: H
LEITO: 59

Nome: YARO MASIAH RAMOS SILVA Idade: 5A
Peso: 17,8KG
Prontuário: 1183
DN:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Secretaria Municipal de Saúde



FICHA DE REFERÊNCIA		
Unidade de Origem: _____		
PACIENTE: _____		
Endereço: _____		
Idade: _____		
Sexo: M () F () Ocupação: _____		
Precedência: _____		
Nome do Responsável: _____		
Fórmula: _____		
Dados Clínicos		
JUSTIFICATIVA: _____		
Resultado dos Exames: _____		
Tratamento já Realizado: _____		
Impressão Diagnóstica: _____		
Médico	CRM	Data
AGENDAMENTO		
Encaminhamento a Especialidade: _____		
Consulta marcada para Unidade: _____		
Para Dr. (a) _____		
FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA		
Unidade Referenciada: _____		
PACIENTE: _____		
Município: _____		
Prontuário: _____		
ATENÇÃO PRESTADA		
ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO NA UBS: _____		
CID: _____		
Médico	CRM	Data
Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (prontuário) _____		
Prontuário para retornar à Unidade de Origem _____		
Área _____		



63294

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

PRONTUÁRIO

83294

246977 Internação 13/01/2020
246983 Urgência/Emergência 10/01/2020
246962 Externo 10/01/2020

Cartão do SUS:

708203149009144

Data Nascimento:

30/09/2014

Sexo:

M

Nome:

YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

Mãe:

GELMA FABIENE DA SILVA

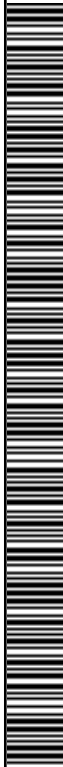
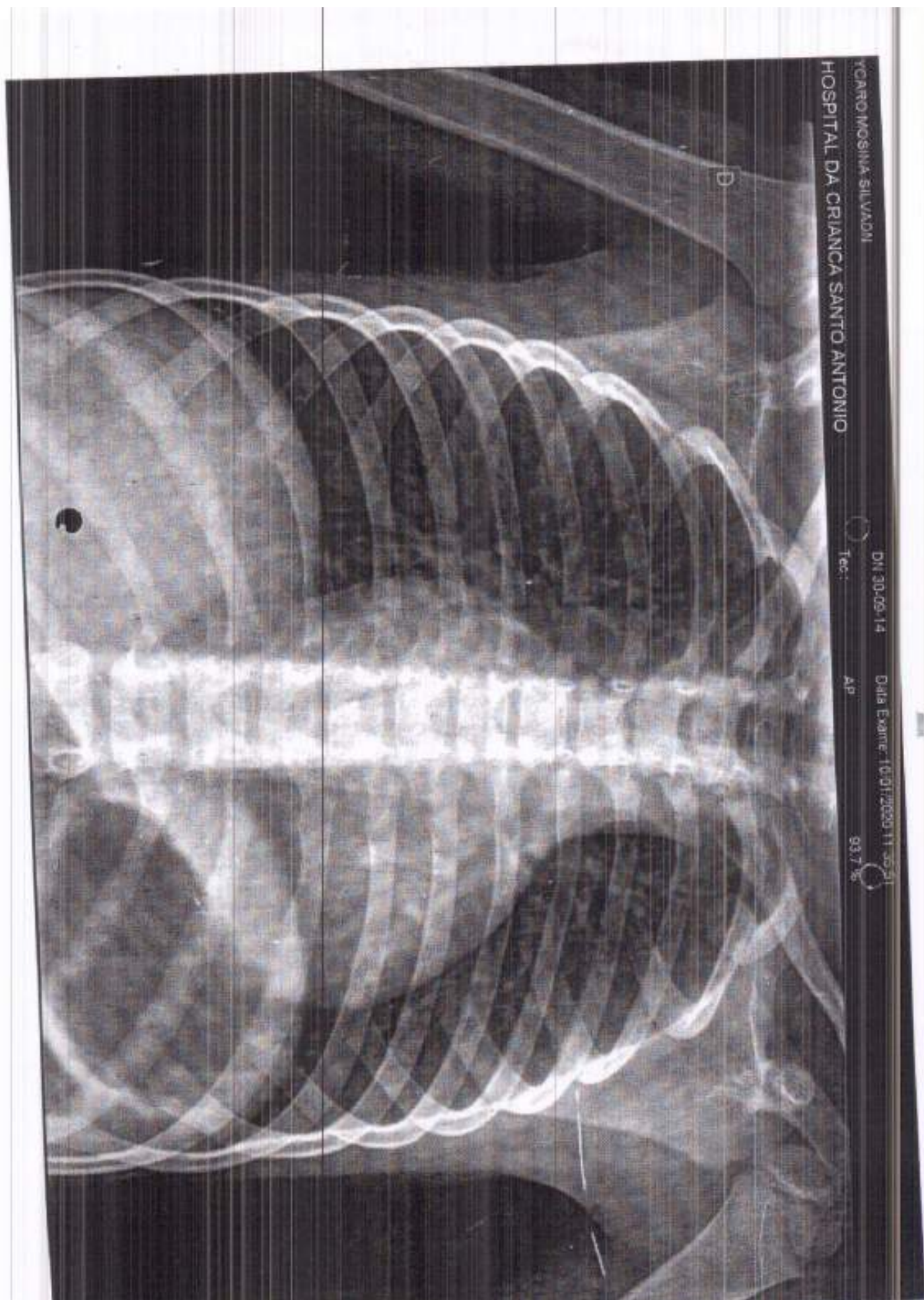


Do TCE + TCM

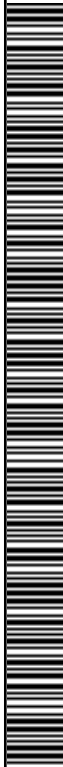
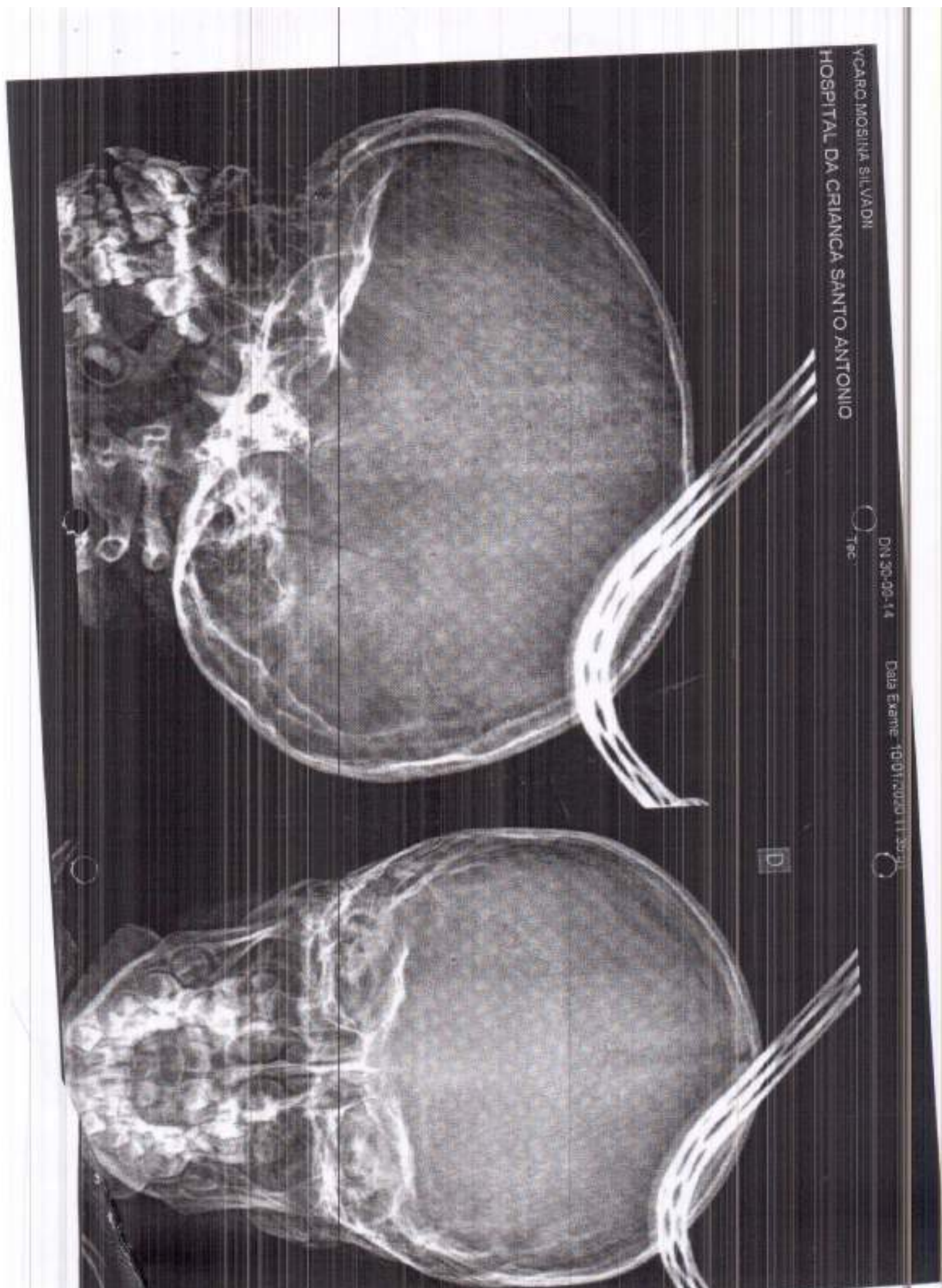
Instituto Hospitalar

Rafael L. Valente de Lencastre
Médico
CRM-AR 1080

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Cor Classificação: LARANJA Série: UE0038		Santo Antônio Hospital de Crânio	
DADOS DO PACIENTE Prontuário: 83294 Data Nascimento: 30/09/2014 Nome do Paciente: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA Sexo: MASCULINO Endereço: RUA 05 Bairro: CIDADE SATELITE CEP: 89309000 Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Nome da Mãe: GEILMA FABIENE DA SILVA		DADOS DO RESPONSÁVEL Responsável: Identidade: Parentesco: CPF: Fone:	
DADOS DO ATENDIMENTO Atendimento: 246883 Data Atendimento: 10/01/2020 09:08:18 Data Classificação: 10/01/2020 09:08 Tipo: UE II URGÊNCIA E EMERGÊNCIA Origem: RECEPÇÃO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Local de Procedência: DOMICILIO Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO ONTEM FOI ATENDIDO NA PCCS, APRESENTOU VÔMITO HOJE, CEFALÉIA TONTURA E DOR		ANAMNESE/POLESE DIAGNOSTICA 10.35 Paciente em situação de risco de trauma cranial Dor na cabeça (PCCS) Dor no pescoço Uma com queixa de letargia + vômito + tontura + dor Cefaleia + dor abdominal Necrose com hem. Evoluindo	
EXAMES SOLICITADOS RNM (H) 3T1 RNM (H) 3T2 RNM (H) 3T3 RNM (H) 3T4 RNM (H) 3T5 RNM (H) 3T6 RNM (H) 3T7 RNM (H) 3T8 RNM (H) 3T9 RNM (H) 3T10 RNM (H) 3T11 RNM (H) 3T12 RNM (H) 3T13 RNM (H) 3T14 RNM (H) 3T15 RNM (H) 3T16 RNM (H) 3T17 RNM (H) 3T18 RNM (H) 3T19 RNM (H) 3T20 RNM (H) 3T21 RNM (H) 3T22 RNM (H) 3T23 RNM (H) 3T24 RNM (H) 3T25 RNM (H) 3T26 RNM (H) 3T27 RNM (H) 3T28 RNM (H) 3T29 RNM (H) 3T30 RNM (H) 3T31 RNM (H) 3T32 RNM (H) 3T33 RNM (H) 3T34 RNM (H) 3T35 RNM (H) 3T36 RNM (H) 3T37 RNM (H) 3T38 RNM (H) 3T39 RNM (H) 3T40 RNM (H) 3T41 RNM (H) 3T42 RNM (H) 3T43 RNM (H) 3T44 RNM (H) 3T45 RNM (H) 3T46 RNM (H) 3T47 RNM (H) 3T48 RNM (H) 3T49 RNM (H) 3T50 RNM (H) 3T51 RNM (H) 3T52 RNM (H) 3T53 RNM (H) 3T54 RNM (H) 3T55 RNM (H) 3T56 RNM (H) 3T57 RNM (H) 3T58 RNM (H) 3T59 RNM (H) 3T60 RNM (H) 3T61 RNM (H) 3T62 RNM (H) 3T63 RNM (H) 3T64 RNM (H) 3T65 RNM (H) 3T66 RNM (H) 3T67 RNM (H) 3T68 RNM (H) 3T69 RNM (H) 3T70 RNM (H) 3T71 RNM (H) 3T72 RNM (H) 3T73 RNM (H) 3T74 RNM (H) 3T75 RNM (H) 3T76 RNM (H) 3T77 RNM (H) 3T78 RNM (H) 3T79 RNM (H) 3T80 RNM (H) 3T81 RNM (H) 3T82 RNM (H) 3T83 RNM (H) 3T84 RNM (H) 3T85 RNM (H) 3T86 RNM (H) 3T87 RNM (H) 3T88 RNM (H) 3T89 RNM (H) 3T90 RNM (H) 3T91 RNM (H) 3T92 RNM (H) 3T93 RNM (H) 3T94 RNM (H) 3T95 RNM (H) 3T96 RNM (H) 3T97 RNM (H) 3T98 RNM (H) 3T99 RNM (H) 3T100 RNM (H) 3T101 RNM (H) 3T102 RNM (H) 3T103 RNM (H) 3T104 RNM (H) 3T105 RNM (H) 3T106 RNM (H) 3T107 RNM (H) 3T108 RNM (H) 3T109 RNM (H) 3T110 RNM (H) 3T111 RNM (H) 3T112 RNM (H) 3T113 RNM (H) 3T114 RNM (H) 3T115 RNM (H) 3T116 RNM (H) 3T117 RNM (H) 3T118 RNM (H) 3T119 RNM (H) 3T120 RNM (H) 3T121 RNM (H) 3T122 RNM (H) 3T123 RNM (H) 3T124 RNM (H) 3T125 RNM (H) 3T126 RNM (H) 3T127 RNM (H) 3T128 RNM (H) 3T129 RNM (H) 3T130 RNM (H) 3T131 RNM (H) 3T132 RNM (H) 3T133 RNM (H) 3T134 RNM (H) 3T135 RNM (H) 3T136 RNM (H) 3T137 RNM (H) 3T138 RNM (H) 3T139 RNM (H) 3T140 RNM (H) 3T141 RNM (H) 3T142 RNM (H) 3T143 RNM (H) 3T144 RNM (H) 3T145 RNM (H) 3T146 RNM (H) 3T147 RNM (H) 3T148 RNM (H) 3T149 RNM (H) 3T150 RNM (H) 3T151 RNM (H) 3T152 RNM (H) 3T153 RNM (H) 3T154 RNM (H) 3T155 RNM (H) 3T156 RNM (H) 3T157 RNM (H) 3T158 RNM (H) 3T159 RNM (H) 3T160 RNM (H) 3T161 RNM (H) 3T162 RNM (H) 3T163 RNM (H) 3T164 RNM (H) 3T165 RNM (H) 3T166 RNM (H) 3T167 RNM (H) 3T168 RNM (H) 3T169 RNM (H) 3T170 RNM (H) 3T171 RNM (H) 3T172 RNM (H) 3T173 RNM (H) 3T174 RNM (H) 3T175 RNM (H) 3T176 RNM (H) 3T177 RNM (H) 3T178 RNM (H) 3T179 RNM (H) 3T180 RNM (H) 3T181 RNM (H) 3T182 RNM (H) 3T183 RNM (H) 3T184 RNM (H) 3T185 RNM (H) 3T186 RNM (H) 3T187 RNM (H) 3T188 RNM (H) 3T189 RNM (H) 3T190 RNM (H) 3T191 RNM (H) 3T192 RNM (H) 3T193 RNM (H) 3T194 RNM (H) 3T195 RNM (H) 3T196 RNM (H) 3T197 RNM (H) 3T198 RNM (H) 3T199 RNM (H) 3T200 RNM (H) 3T201 RNM (H) 3T202 RNM (H) 3T203 RNM (H) 3T204 RNM (H) 3T205 RNM (H) 3T206 RNM (H) 3T207 RNM (H) 3T208 RNM (H) 3T209 RNM (H) 3T210 RNM (H) 3T211 RNM (H) 3T212 RNM (H) 3T213 RNM (H) 3T214 RNM (H) 3T215 RNM (H) 3T216 RNM (H) 3T217 RNM (H) 3T218 RNM (H) 3T219 RNM (H) 3T220 RNM (H) 3T221 RNM (H) 3T222 RNM (H) 3T223 RNM (H) 3T224 RNM (H) 3T225 RNM (H) 3T226 RNM (H) 3T227 RNM (H) 3T228 RNM (H) 3T229 RNM (H) 3T230 RNM (H) 3T231 RNM (H) 3T232 RNM (H) 3T233 RNM (H) 3T234 RNM (H) 3T235 RNM (H) 3T236 RNM (H) 3T237 RNM (H) 3T238 RNM (H) 3T239 RNM (H) 3T240 RNM (H) 3T241 RNM (H) 3T242 RNM (H) 3T243 RNM (H) 3T244 RNM (H) 3T245 RNM (H) 3T246 RNM (H) 3T247 RNM (H) 3T248 RNM (H) 3T249 RNM (H) 3T250 RNM (H) 3T251 RNM (H) 3T252 RNM (H) 3T253 RNM (H) 3T254 RNM (H) 3T255 RNM (H) 3T256 RNM (H) 3T257 RNM (H) 3T258 RNM (H) 3T259 RNM (H) 3T260 RNM (H) 3T261 RNM (H) 3T262 RNM (H) 3T263 RNM (H) 3T264 RNM (H) 3T265 RNM (H) 3T266 RNM (H) 3T267 RNM (H) 3T268 RNM (H) 3T269 RNM (H) 3T270 RNM (H) 3T271 RNM (H) 3T272 RNM (H) 3T273 RNM (H) 3T274 RNM (H) 3T275 RNM (H) 3T276 RNM (H) 3T277 RNM (H) 3T278 RNM (H) 3T279 RNM (H) 3T280 RNM (H) 3T281 RNM (H) 3T282 RNM (H) 3T283 RNM (H) 3T284 RNM (H) 3T285 RNM (H) 3T286 RNM (H) 3T287 RNM (H) 3T288 RNM (H) 3T289 RNM (H) 3T290 RNM (H) 3T291 RNM (H) 3T292 RNM (H) 3T293 RNM (H) 3T294 RNM (H) 3T295 RNM (H) 3T296 RNM (H) 3T297 RNM (H) 3T298 RNM (H) 3T299 RNM (H) 3T300 RNM (H) 3T301 RNM (H) 3T302 RNM (H) 3T303 RNM (H) 3T304 RNM (H) 3T305 RNM (H) 3T306 RNM (H) 3T307 RNM (H) 3T308 RNM (H) 3T309 RNM (H) 3T310 RNM (H) 3T311 RNM (H) 3T312 RNM (H) 3T313 RNM (H) 3T314 RNM (H) 3T315 RNM (H) 3T316 RNM (H) 3T317 RNM (H) 3T318 RNM (H) 3T319 RNM (H) 3T320 RNM (H) 3T321 RNM (H) 3T322 RNM (H) 3T323 RNM (H) 3T324 RNM (H) 3T325 RNM (H) 3T326 RNM (H) 3T327 RNM (H) 3T328 RNM (H) 3T329 RNM (H) 3T330 RNM (H) 3T331 RNM (H) 3T332 RNM (H) 3T333 RNM (H) 3T334 RNM (H) 3T335 RNM (H) 3T336 RNM (H) 3T337 RNM (H) 3T338 RNM (H) 3T339 RNM (H) 3T340 RNM (H) 3T341 RNM (H) 3T342 RNM (H) 3T343 RNM (H) 3T344 RNM (H) 3T345 RNM (H) 3T346 RNM (H) 3T347 RNM (H) 3T348 RNM (H) 3T349 RNM (H) 3T350 RNM (H) 3T351 RNM (H) 3T352 RNM (H) 3T353 RNM (H) 3T354 RNM (H) 3T355 RNM (H) 3T356 RNM (H) 3T357 RNM (H) 3T358 RNM (H) 3T359 RNM (H) 3T360 RNM (H) 3T361 RNM (H) 3T362 RNM (H) 3T363 RNM (H) 3T364 RNM (H) 3T365 RNM (H) 3T366 RNM (H) 3T367 RNM (H) 3T368 RNM (H) 3T369 RNM (H) 3T370 RNM (H) 3T371 RNM (H) 3T372 RNM (H) 3T373 RNM (H) 3T374 RNM (H) 3T375 RNM (H) 3T376 RNM (H) 3T377 RNM (H) 3T378 RNM (H) 3T379 RNM (H) 3T380 RNM (H) 3T381 RNM (H) 3T382 RNM (H) 3T383 RNM (H) 3T384 RNM (H) 3T385 RNM (H) 3T386 RNM (H) 3T387 RNM (H) 3T388 RNM (H) 3T389 RNM (H) 3T390 RNM (H) 3T391 RNM (H) 3T392 RNM (H) 3T393 RNM (H) 3T394 RNM (H) 3T395 RNM (H) 3T396 RNM (H) 3T397 RNM (H) 3T398 RNM (H) 3T399 RNM (H) 3T400 RNM (H) 3T401 RNM (H) 3T402 RNM (H) 3T403 RNM (H) 3T404 RNM (H) 3T405 RNM (H) 3T406 RNM (H) 3T407 RNM (H) 3T408 RNM (H) 3T409 RNM (H) 3T410 RNM (H) 3T411 RNM (H) 3T412 RNM (H) 3T413 RNM (H) 3T414 RNM (H) 3T415 RNM (H) 3T416 RNM (H) 3T417 RNM (H) 3T418 RNM (H) 3T419 RNM (H) 3T420 RNM (H) 3T421 RNM (H) 3T422 RNM (H) 3T423 RNM (H) 3T424 RNM (H) 3T425 RNM (H) 3T426 RNM (H) 3T427 RNM (H) 3T428 RNM (H) 3T429 RNM (H) 3T430 RNM (H) 3T431 RNM (H) 3T432 RNM (H) 3T433 RNM (H) 3T434 RNM (H) 3T435 RNM (H) 3T436 RNM (H) 3T437 RNM (H) 3T438 RNM (H) 3T439 RNM (H) 3T440 RNM (H) 3T441 RNM (H) 3T442 RNM (H) 3T443 RNM (H) 3T444 RNM (H) 3T445 RNM (H) 3T446 RNM (H) 3T447 RNM (H) 3T448 RNM (H) 3T449 RNM (H) 3T450 RNM (H) 3T451 RNM (H) 3T452 RNM (H) 3T453 RNM (H) 3T454 RNM (H) 3T455 RNM (H) 3T456 RNM (H) 3T457 RNM (H) 3T458 RNM (H) 3T459 RNM (H) 3T460 RNM (H) 3T461 RNM (H) 3T462 RNM (H) 3T463 RNM (H) 3T464 RNM (H) 3T465 RNM (H) 3T466 RNM (H) 3T467 RNM (H) 3T468 RNM (H) 3T469 RNM (H) 3T470 RNM (H) 3T471 RNM (H) 3T472 RNM (H) 3T473 RNM (H) 3T474 RNM (H) 3T475 RNM (H) 3T476 RNM (H) 3T477 RNM (H) 3T478 RNM (H) 3T479 RNM (H) 3T480 RNM (H) 3T481 RNM (H) 3T482 RNM (H) 3T483 RNM (H) 3T484 RNM (H) 3T485 RNM (H) 3T486 RNM (H) 3T487 RNM (H) 3T488 RNM (H) 3T489 RNM (H) 3T490 RNM (H) 3T491 RNM (H) 3T492 RNM (H) 3T493 RNM (H) 3T494 RNM (H) 3T495 RNM (H) 3T496 RNM (H) 3T497 RNM (H) 3T498 RNM (H) 3T499 RNM (H) 3T500 RNM (H) 3T501 RNM (H) 3T502 RNM (H) 3T503 RNM (H) 3T504 RNM (H) 3T505 RNM (H) 3T506 RNM (H) 3T507 RNM (H) 3T508 RNM (H) 3T509 RNM (H) 3T510 RNM (H) 3T511 RNM (H) 3T512 RNM (H) 3T513 RNM (H) 3T514 RNM (H) 3T515 RNM (H) 3T516 RNM (H) 3T517 RNM (H) 3T518 RNM (H) 3T519 RNM (H) 3T520 RNM (H) 3T521 RNM (H) 3T522 RNM (H) 3T523 RNM (H) 3T524 RNM (H) 3T525 RNM (H) 3T526 RNM (H) 3T527 RNM (H) 3T528 RNM (H) 3T529 RNM (H) 3T530 RNM (H) 3T531 RNM (H) 3T532 RNM (H) 3T533 RNM (H) 3T534 RNM (H) 3T535 RNM (H) 3T536 RNM (H) 3T537 RNM (H) 3T538 RNM (H) 3T539 RNM (H) 3T540 RNM (H) 3T541 RNM (H) 3T542 RNM (H) 3T543 RNM (H) 3T544 RNM (H) 3T545 RNM (H) 3T546 RNM (H) 3T547 RNM (H) 3T548 RNM (H) 3T549 RNM (H) 3T550 RNM (H) 3T551 RNM (H) 3T552 RNM (H) 3T553 RNM (H) 3T554 RNM (H) 3T555 RNM (H) 3T556 RNM (H) 3T557 RNM (H) 3T558 RNM (H) 3T559 RNM (H) 3T560 RNM (H) 3T561 RNM (H) 3T562 RNM (H) 3T563 RNM (H) 3T564 RNM (H) 3T565 RNM (H) 3T566 RNM (H) 3T567 RNM (H) 3T568 RNM (H) 3T569 RNM (H) 3T570 RNM (H) 3T571 RNM (H) 3T572 RNM (H) 3T573 RNM (H) 3T574 RNM (H) 3T575 RNM (H) 3T576 RNM (H) 3T577 RNM (H) 3T578 RNM (H) 3T579 RNM (H) 3T580 RNM (H) 3T581 RNM (H) 3T582 RNM (H) 3T583 RNM (H) 3T584 RNM (H) 3T585 RNM (H) 3T586 RNM (H) 3T587 RNM (H) 3T588 RNM (H) 3T589 RNM (H) 3T590 RNM (H) 3T591 RNM (H) 3T592 RNM (H) 3T593 RNM (H) 3T594 RNM (H) 3T595 RNM (H) 3T596 RNM (H) 3T597 RNM (H) 3T598 RNM (H) 3T599 RNM (H) 3T600 RNM (H) 3T601 RNM (H) 3T602 RNM (H) 3T603 RNM (H) 3T604 RNM (H) 3T605 RNM (H) 3T606 RNM (H) 3T607 RNM (H) 3T608 RNM (H) 3T609 RNM (H) 3T610 RNM (H) 3T611 RNM (H) 3T612 RNM (H) 3T613 RNM (H) 3T614 RNM (H) 3T615 RNM (H) 3T616 RNM (H) 3T617 RNM (H) 3T618 RNM (H) 3T619 RNM (H) 3T620 RNM (H) 3T621 RNM (H) 3T622 RNM (H) 3T623 RNM (H) 3T624 RNM (H) 3T625 RNM (H) 3T626 RNM (H) 3T627 RNM (H) 3T628 RNM (H) 3T629 RNM (H) 3T630 RNM (H) 3T631 RNM (H) 3T632 RNM (H) 3T633 RNM (H) 3T634 RNM (H) 3T635 RNM (H) 3T636 RNM (H) 3T637 RNM (H) 3T638 RNM (H) 3T639 RNM (H) 3T640 RNM (H) 3T641 RNM (H) 3T642 RNM (H) 3T643 RNM (H) 3T644 RNM (H) 3T645 RNM (H) 3T646 RNM (H) 3T647 RNM (H) 3T648 RNM (H) 3T649 RNM (H) 3T650 RNM (H) 3T651 RNM (H) 3T652 RNM (H) 3T653 RNM (H) 3T654 RNM (H) 3T655 RNM (H) 3T656 RNM (H) 3T657 RNM (H) 3T658 RNM (H) 3T659 RNM (H) 3T660 RNM (H) 3T661 RNM (H) 3T662 RNM (H) 3T663 RNM (H) 3T664 RNM (H) 3T665 RNM (H) 3T666 RNM (H) 3T667 RNM (H) 3T668 RNM (H) 3T669 RNM (H) 3T670 RNM (H) 3T671 RNM (H) 3T672 RNM (H) 3T673 RNM (H) 3T674 RNM (H) 3T675 RNM (H) 3T676 RNM (H) 3T677 RNM (H) 3T678 RNM (H) 3T679 RNM (H) 3T680 RNM (H) 3T681 RNM (H) 3T682 RNM (H) 3T683 RNM (H) 3T684 RNM (H) 3T685 RNM (H) 3T686 RNM (H) 3T687 RNM (H) 3T688 RNM (H) 3T689 RNM (H) 3T690 RNM (H) 3T691 RNM (H) 3T692 RNM (H) 3T693 RNM (H) 3T694 RNM (H) 3T695 RNM (H) 3T696 RNM (H) 3T697 RNM (H) 3T698 RNM (H) 3T699 RNM (H) 3T700 RNM (H) 3T701 RNM (H) 3T702 RNM (H) 3T703 RNM (H) 3T704 RNM (H) 3T705 RNM (H) 3T706 RNM (H) 3T707 RNM (H) 3T708 RNM (H) 3T709 RNM (H) 3T710 RNM (H) 3T711 RNM (H) 3T712 RNM (H) 3T713 RNM (H) 3T714 RNM (H) 3T715 RNM (H) 3T716 RNM (H) 3T717 RNM (H) 3T718 RNM (H) 3T719 RNM (H) 3T720 RNM (H) 3T721 RNM (H) 3T722 RNM (H) 3T723 RNM (H) 3T724 RNM (H) 3T725 RNM (H) 3T726 RNM (H) 3T727 RNM (H) 3T728 RNM (H) 3T729 RNM (H) 3T730 RNM (H) 3T731 RNM (H) 3T732 RNM (H) 3T733 RNM (H) 3T734 RNM (H) 3T735 RNM (H) 3T736 RNM (H) 3T737 RNM (H) 3T738 RNM (H) 3T739 RNM (H) 3T740 RNM (H) 3T741 RNM (H) 3T742 RNM (H) 3T743 RNM (H) 3T744 RNM (H) 3T745 RNM (H) 3T746 RNM (H) 3T747 RNM (H) 3T748 RNM (H) 3T749 RNM (H) 3T750 RNM (H) 3T751 RNM (H) 3T752 RNM (H) 3T753 RNM (H) 3T754 RNM (H) 3T755 RNM (H) 3T756 RNM (H) 3T757 RNM (H) 3T758 RNM (H) 3T759 RNM (H) 3T760 RNM (H) 3T761 RNM (H) 3T762 RNM (H) 3T763 RNM (H) 3T764 RNM (H) 3T765 RNM (H) 3T766 RNM (H) 3T767 RNM (H) 3T768 RNM (H) 3T769 RNM (H) 3T770 RNM (H) 3T771 RNM (H) 3T772 RNM (H) 3T773 RNM (H) 3T774 RNM (H) 3T775 RNM (H) 3T776 RNM (H) 3T777 RNM (H) 3T778 RNM (H) 3T779 RNM (H) 3T780 RNM (H) 3T781 RNM (H) 3T782 RNM (H) 3T783 RNM (H) 3T784 RNM (H) 3T785 RNM (H) 3T786 RNM (H) 3T787 RNM (H) 3T788 RNM (H) 3T789 RNM (H) 3T790 RNM (H) 3T791 RNM (H) 3T792 RNM (H) 3T793 RNM (H) 3T794 RNM (H) 3T795 RNM (H) 3T796 RNM (H) 3T797 RNM (H) 3T798 RNM (H) 3T799 RNM (H) 3T800 RNM (H) 3T801 RNM (H) 3T802 RNM (H) 3T803 RNM (H) 3T804 RNM (H) 3T805 RNM (H) 3T806 RNM (H) 3T807 RNM (H) 3T808 RNM (H) 3T809 RNM (H) 3T810 RNM (H) 3T811 RNM (H) 3T812 RNM (H) 3T813 RNM (H) 3T814 RNM (H) 3T815 RNM (H) 3T816 RNM (H) 3T817 RNM (H) 3T818 RNM (H) 3T819 RNM (H) 3T820 RNM (H) 3T821 RNM (H) 3T822 RNM (H) 3T823 RNM (H) 3T824 RNM (H) 3T825 RNM (H) 3T826 RNM (H) 3T827 RNM (H) 3T828 RNM (H) 3T829 RNM (H) 3T830 RNM (H) 3T831 RNM (H) 3T832 RNM (H) 3T833 RNM (H) 3T834 RNM (H) 3T835 RNM (H) 3T836 RNM (H) 3T837 RNM (H) 3T838 RNM (H) 3T839 RNM (H) 3T840 RNM (H) 3T841 RNM (H) 3T842 RNM (H) 3T843 RNM (H) 3T844 RNM (H) 3T845 RNM (H) 3T846 RNM (H) 3T847 RNM (H) 3T848 RNM (H) 3T849 RNM (H) 3T850 RNM (H) 3T851 RNM (H) 3T852 RNM (H) 3T853 RNM (H) 3T854 RNM (H) 3T855 RNM (H) 3T856 RNM (H) 3T857 RNM (H) 3T858 RNM (H) 3T859 RNM (H) 3T860 RNM (H) 3T861 RNM (H) 3T862 RNM (H) 3T863 RNM (H) 3T864 RNM (H) 3T865 RNM (H) 3T866 RNM (H) 3T867 RNM (H) 3T868 RNM (H) 3T869 RNM (H) 3T870 RNM (H) 3T871 RNM (H) 3T872 RNM (H) 3T873 RNM (H) 3T874 RNM (H) 3T875 RNM (H) 3T876 RNM (H) 3T877 RNM (H) 3T878 RNM (H) 3T879 RNM (H) 3T880 RNM (H) 3T881 RNM (H) 3T882 RNM (H) 3T883 RNM (H) 3T884 RNM (H) 3T885 RNM (H) 3T886 RNM (H) 3T887 RNM (H) 3T888 RNM (H) 3T889 RNM (H) 3T890 RNM (H) 3T891 RNM (H) 3T892 RNM (H) 3T893 RNM (H) 3T894 RNM (H) 3T895 RNM (H) 3T896 RNM (H) 3T897 RNM (H) 3T898 RNM (H) 3T899 RNM (H) 3T900 RNM (H) 3T901 RNM (H) 3T902 RNM (H) 3T903 RNM (H) 3T904 RNM (H) 3T905 RNM (H) 3T906 RNM (H) 3T907 RNM (H) 3T90			







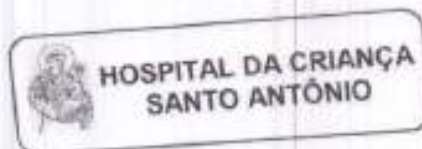


HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - HCSA
EVOLUÇÃO MÉDICA - SETOR: BLOCO H

DATA: 16/01/2020	DIH:	DN:	IDADE:	PESO:
NOME: Ycaro Mariah Ramos Silva	PRONTUÁRIO:		LEITO:	
DIAGNÓSTICO: +CE				
Dispositivos		Antimicrobianos		
Atual		Progresso		
Últimas 24h: Mãos alqueiradas. Atentiva e controlada com esfregas - neuro de ventos complacidos				
Controle: T: 36,5 - 36,9 / FC: 96 - 108 / FR: 20 - 28 / Diurese: 6X / Evacuação: 1X				
Ectoscopia: BEB, brancinho, amarelo claro, hidratado, eufórico, pulando				
Exame físico		AR: ☒ MV +, sem ruídos adventícios. () Outro:		
		ACV: ☒ RCR em 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros audíveis ou atrito. () Outro:		
		ABD: ☒ Flácido, RHA +, normotimpânico, indolor e sem visceromegalias. () Outro:		
		Neurológico: () Pupilas isocóricas, fotorreagentes, com reflexo consensual positivo. () Outro:		
		Extremidades: ☒ Sem edemas, EC < 3s. () Outro:		
		Outros achados:		
Resultado de exames		Leuco 7710 < 58,3 26,3 PCR 3,65		
Impressão diagnóstica		Estável		
Conduta		s/ conduta neurocirúrgica s/ infecção. Afebre Ata e as devidas orientações e vigilância		
Pendências		Aus agudos		

Dr. Marília Mendes
Pediatra
Régua 172208





FICHA DE REFERÊNCIA



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Macroárea: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Idade: _____ Sexo: M() F() Ocupação: _____ Procedência: _____
Nome do Responsável: _____ Etnia: _____

DADOS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA:

Resultado dos Exames: _____

Tratamento já Realizado: _____

Impressão Diagnóstica: _____

CID: _____

Data: ____/____/____

Médico _____

CRM _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento a Especialidade: _____

Consulta marcada para Unidade: _____

Para Dr.(a) _____

às _____

Município: _____

h do dia ____/____/____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____

PACIENTE: _____

Município: _____

Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO NA UBS:

DIAGNÓSTICO: _____

CID: _____

Médico _____

CRM _____

Data: ____/____/____

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (prontuário) _____

Orientado para retornar à Unidade de Origem _____

Área _____



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - HCSA
EVOLUÇÃO MÉDICA - SETOR _____

DATA: 15/01/20	DIH:	DN:	IDADE:	PESO:
NOME: YCARO MURILAH RAMOS SILVA	PRONTUÁRIO:	LEITO: 59		
DIAGNÓSTICO:				
Dispositivos	TCC	Antimicrobianos		
	Atual	Progresso		

Exame físico	AR	☒ MV +, sem ruídos adventícios. () Outro:
	ACV	☒ RCR em 2T, bulhas normofônicas, sem sopros audíveis ou atrito. () Outro:
	ABD	☒ Flácido, RHA +, normotimpânico, indolor e sem visceromegalias. () Outro:
	Neurológico	() Pupilas isocóricas, fotorreagentes, com reflexo consensual positivo. () Outro:
	Extremidades	☒ Sem edemas, EC < 3s. () Outro:
	Outros achados	
Resultado de exames	Fibre?	

Conduta	Recebo laudo TC 6 recheio paracetamol p/ neuroleptia Soluções e exames
Pendências	

Dra. Mariana Monte
Pneumologista
CRM 1720-00000

 HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO	FICHA DE REFERÊNCIA	 Prefeitura Municipal de Boa Vista  Secretaria Municipal de Saúde
--	--------------------------------	--

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:	Macroárea:
PACIENTE:	Prontuário:
Endereço:	Bairro:
Idade:	Sexo: M() F() Ocupação:
Nome do Responsável:	Procedência:
	Etnia:

DADOS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA:		
Resultado dos Exames:		
Tratamento já Realizado:		
Impressão Diagnóstica:		CID: _____
Médico	CRM	Data

AGENDAMENTO

Encaminhamento a Especialidade:	
Consulta marcada para Unidade:	Município: _____
Para Dr.(a) _____	às _____ h do dia ____ / ____ / ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

FICHA DE CONTRA-REFERENCIA	
Unidade Referenciada:	Município:
PACIENTE:	Prontuário:

ATENÇÃO PRESTADA

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO NA UBS:		
DIAGNÓSTICO: _____	CID: _____	
_____ Médico	_____ CRM	_____ Data

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (prontuário)

Oriento-o para retornar à Unidade de Origem	Área
---	------





Cód. Pac.: 67968

Nome YCARO MOZIAH RAMOS SILVA
Data: 10/01/2020 Idade: 5A3M Procedência: HCSA
Médico Solicitante: BORIS LA CRUZ

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

Protocolo:
Aparelho multislice, sem a infusão intravenosa do contraste iodado.

Indicação:
Trauma.

Relatório:

- Tênuo aumento volumétrico / densificação de partes moles extracranianas na região parietoccipital lateral direita (provável hematoma subgaleal pós-traumático).
- Fratura discretamente desalinhada no osso parietal à direita com extensão caudal ao aspecto posterior da porção mastoidea do osso temporal e sutura occipitomastoidea ipsilaterais, com certa disjunção desta última.
- Ausência de coleções hemáticas extra-axiais ou hemorragias intraparenquimatosas detectáveis ao método.
- Demais aspectos sem alterações significativas neste contexto.

Dr. Leonardo Furtado Freitas CRM140750

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo. Já que as





Nome YCARO MOSIAH RAMOS SILVA
Data: 13/01/2020 Idade: 5A3M Procedência: HCSA
Médico Solicitante: MARILIA MONTEIRO

Cód. Pac.: 67968

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Realizados cortes axiais do crânio no plano órbito meatal, sem a injeção endovenosa de contraste iodado.

* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação:

- Controle de TCE.

Relatório:

- Traço de fratura longitudinal no osso parieto-occipital direito, cruzando a sutura. Associam-se discreto aumento de partes moles/hematoma nesta topografia.
- Discreta coleção laminar extra-axial na convexidade frontal esquerda (espessura de até 0,3 cm), associada a uma hipoatenuação/contusão parenquimatosa focal da cortical.
- Tronco cerebral e cerebelo preservados.
- Ventriculos laterais e III ventrículo com morfologia, dimensões e situação normais.
- Linha média sem desvios significativos.

Dr. Leomar Hiloteuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hiloteuzi

CRM1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Rua José Coelho, 38 - Centro - CEP: 69.301-300 - Boa Vista - RR
Responsável Técnico: Dr. Juliano Medeiros Lima - RQE: 443/RR
Fone: 95 3198-3200 / 3198-3208 - E-mail: adm@neuroscan.com.br



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - HCSA
EVOLUÇÃO MÉDICA - SETOR

DATA: 14/01/20	DH:	DN:	IDADE:	PESO:
NOME: Ycaro Menial Ramos Silva	PRONTUÁRIO:		LEITO:	

DIAGNÓSTICO: TCE			
Dispositivos	Antimicrobianos		
	Atual	Progresso	

Última 24h	Mãe relata tontura esporádica. N. está mais calmo, sem febre, sem dor cervical.
------------	---

Condição	T: 35,9 - 36,6 / FC: 100 - 110 / FR: 22 - 30 / Diurese: 6X / Evacuação: -
----------	---

Exame físico	B.C.G., bem-estar, limpo, hidratado, sem nenhuma queixa, palato.
--------------	--

Exame físico	AR	☒ MV +, sem ruídos adventícios. () Outro:
	ACV	☒ CR em 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros audíveis ou sístole. () Outro:
	ABD	☒ Flácido, RHA +, normotimpânico, indolor e sem visceromegalias. () Outro:
	Neurológico	() Pupilas isocóricas, fotorreagentes, com reflexo consensual positivo. () Outro:
	Extremidades	☒ Sem edemas, EC < 3s. () Outro:
	Outros achados	

Resumo de exames	Estável, BCG
------------------	--------------

Conduta	Sob laudo TC e avaliação da neurocirurgia
Prescrição	

Dr. Menial Ramos
P. 26.11.20
11/11/2020

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ83C G3CX5 FKNVJ PSX5U





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 15

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Abner Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ycaro Moriah Remes Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.000.000 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ycaro Moriah R. Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.000.000 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILIOERRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 15/08/2020

Assinatura do Declarante



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331902

Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEILMA FABIENE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16181657

Pag. 01531/01532 - carta_04 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZXG B6TLE ACPX6 XEHKY



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



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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

