

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340 B


Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

PROCURAÇÃO AD-JUDÍCIA

OUTORGANTE: Andre Henrique Augusto Ferreira, brasileiro(a),
menor impúbere, neste ato representado(a) pelo seu
genitor(a) Jose Juanna Oliveira Ferreira,
estado civil solteira, profissão: Desempregada,
portador(a) da cédula de identidade CIRG nº 233645 e inscrito no
CPF/MF nº 337.926.592-04, residente e domiciliado na
Rua: Antonio Ferreira de Souza, 1, nº 796, Bairro:
São Bento, Boa Vista / Roraima, Tel. 99141-9350/98405-4642/99114-6668,
E-mail _____, vêm
através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na Rua Gal
Penha Brasil 102 Centro - Boa Vista - Roraima, por este instrumento particular
nomeia e constitui seu bastante procurador:

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº. 317B
e Dra. PAULA RAFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira, advogada,
inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO,
brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº. 1.376 e BRUNA
BATISTA BEZERRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº.
1.459, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a cláusula
Ad Judicia, em qualquer, Instancia ou Tribunal, podendo propor contra quem de
direito as ações competentes e defender nas contrarias, seguindo umas e outras,
até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-
lhes, ainda poderes especiais para firmar compromissos/acordos, substabelecer
a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, renunciar e desistir de
direitos, recorrer, apelar, apresentar embargos e agravos, propor execução,
requerer falência, habilitar credito, transigir, discordar, dar-se por suspeito a
quem lhe convier, retirar e receber alvarás, retirar e receber guias de retirada,
receber e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
representando-o ainda em conjunto ou separadamente, incluindo os poderes
contido nos artigos 359 do CPC/2015, bem como atuar em qualquer sindicância,
inquérito ou processo criminal, enfim, tratar de seus interesses, bem como
praticar todos os atos necessários para o fiel e bom cumprimento do presente
mandato, dando tudo por bom, firme e valioso em especial atuação no processo:
_____ que tramita pela MMª _____.

Boa vista, 07 de Agosto de 2019.

Jose Juanna Oliveira Ferreira
CONTRATANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: André Pinheiro Augusto Ferreira
brasileiro(a), menor impúbere, neste ato representado(a) pelo seu
genitor(a) Jose Suamar Oliveira Ferreira
brasileiro(a), estado civil Casado, RG nº
233645 e CPF nº 737.926.592-04,
residente e domiciliada à
Rua Antonio Ferreira De Souza, nº 796, 1
Bairro: São Bento - Roraima, Cidade
Boa Vista telefone (95)
99141-9350/98405-4642/99114-6668

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa
que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da
lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a
presente declaração.

Boa Vista - RR, 07 de Agosto de 2019.

Jose Suamar Oliveira Ferreira
DECLARANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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


Polegar Direito



ASSINANTE: *André Henrique A. Ferreira*

ASSINANTE: *André Henrique A. Ferreira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL: 547695-0

DATA DE EXPEDIÇÃO: 09/04/2018

NOME: ANDRÉ HENRIQUE AUGUSTO FERREIRA

RELACÃO: IVAMAR OLIVEIRA FERREIRA
SULA BIANCA AUGUSTO
BOA VISTA - RR
DOC ORGEM

CERTID. NASC. N° 61004 FLS 295-V LIV A-100
2º OF BOA VISTA-RR

064.716.222-95
1ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Forense - Polícia Civil
Carteira de Identidade

DATA DE NASCIMENTO: 04/10/2006

P7

LEI N° 7.116 DE 28/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	233645
NOME	JOSÉ IVANAR OLIVEIRA FERREIRA
RELACÃO	
MANOEL MATOS FERREIRA	
MARIA DE JESUS OLIVEIRA FERREIRA	
NATURALIDADE	
VISEU - PA	
DOLORE	
CERTD CAS 7777 FLS 277 LIV B-26	
2 OF BOA VISTA - RR	
737.926.592-04	AMADEU ROCHA TRIANI
3 VIA	Partido Republicano do Brasil
	Secretaria de Estado
	LEI Nº 7.116 DE 20.08.83
	P. 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RIO CRUZ	
Polegar Direito	
Assinatura do Titular	
Carteira de Identidade	



JOSE IVAMAR OLIVEIRA FERREIRA

FILIAÇÃO.....: MANOEL MATOS FERREIRA
MÁRIA DE JESUS OLIVEIRA FERREIRA

MASCIMENTO....: 18/10/1984
ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO
SEXO: MASCULINO

NATURALIDADE: VISEU - PA

DOCUMENTO.....: R.G. 233846 SESP RR 07/04/2008

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 737.926.592-04
CNH.....: 03731116390

TIT. ELEITOR: 003095092685
SEÇÃO: 0518
ZONA: 001

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTERR - 15/04/2013

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

11.33E.077 (2001-85)

8th Grade Language Arts

100

52

BOA VISTA RIVER

Chaque année, 2011

200,000 (H)

Dr. Scott A. Smith, President

EMPRESADOR Castelo Construtores LTDA- EPP
CNPJ: 06.164.914/0001-74

CNPJ: 06.164.214/0001-74

ENDEREÇO: Avenida Sebastião Diniz, 331 A
BAIRRO: Centro CEP: 69.301-040

MUNICIPIO Boa Vista UF RR

UF RA

CARGO: Sarrahnero **CBO:** 7244-40

CBO: 7244-40

DATA DE ADMISSÃO: 01 de Agosto de 2017
REGISTRO: 114 FLS/FICHA: FICHA

FLS/FIOHA: Fiches

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 1.652,06 (Mil
Seiscentos e Cinquenta e Dois Reais e Cinco

www.pearson.com

Costa Rica

CONTRADORA

Ass do empregador ou a logo c/ testemunha

DATA DE SAÍDA: 8 DE ABRIL DE 2015

Yallahs

19 *Western Maritime Provinces*

CON DISPENSA CD Nº
FOTB Nº DA CONIA

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0120971-0

000000001

MARCO/2019

16/04/2019

187

178,41

SUA BILHETE AUGUSTO FERREIRA
R. ANTONIO FERREIRA DE SOUZA 796 1 SAO BENTO
CPF: 00001479489247
CEP: 69.315-059 BOA VISTA

ROT: 8.001.16.74.100000

7702		19.05.2019
7515		18.05.2019
1,000		18.05.2019
187		18.05.2019
187	FCAM	18.05.2019

NORMAL

29

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

LENTE SEGURADORA

Av. Capitão João Roratto, 444 -

RESIDENCIAL BE 15100910131 1500308 1.1.1.1 167

FEV/19	155	CONSUMO 10/ A R\$ 0,774300	144,79
JAN/19	162	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 12/18 000	0,11
DEZ/18	179	CORREÇÃO MONETÁRIA 10 12/18 000	0,01
NOV/18	268	MULTA POR ATRASO DE 1 12/18 000	1,71
OUT/18	183	JURIS DE MORA POR ATR 12/18 000	0,54
SET/18	159	MULTA POR ATRASO 1 12/18 000	0,37
AGO/18	175	JURIS DE MORA DE 1000 12/18 000	1,59
JUL/18	148	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	15,41
JUN/18	176		
MAI/18	162		

15100910131
1500308

Res/Ano Valor R\$ 01/2019 160,01
15100910131 1500308
15100910131 1500308
15100910131 1500308
15100910131 1500308

LIGHE 0800 7019 120 PARA FAZER O CADASTRO EM NOSSO PUNTO DE ATENDIMENTO.
SE VOCÊ RECEBER O BOMBA FAMILIA, VOCÊ TEM DIREITO A DESCONTO NA
TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO PUNTO DE ATENDIMENTO.
MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE PARA 0800 7019 120.

FS17.00ES AGD9.F19F 1892 F00F 45FD B771

36,75	144,79
77,90	18,05
0,00	24,61
4,04	0,26
26,10	1,55

8,35 12,70 35,40 8,46 10,0 11,84 4,0
3,05 11,00 0,00

DISTRITO

01/2019

178,41

ROT: 8.001.16.74.100000

0120971-0

178,41

03/2019

16/04/2019

000000001 FCAM

83600000001 5 78410075000 8 00000000120 6 97100319008 1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº **011624470178**

VIA: **01** COG RENAVAM: **01091879866** ENTRIC: **2016**

LINDOMAR DE OLIVEIRA FERREIRA

807.928.202-15 PLACA: **80AP4397**

PLACA ANTIGA: **9C2JB0100GR049117**

ESPECÍFICO: **2P/010REC/** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

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

CATEGORIA: **PARTEICU** COR PREDOMINANTE: **BRANCA**

1º EXERCÍCIO: **1** 2º EXERCÍCIO: **2** 3º EXERCÍCIO: **3**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE POR CONSUMIDOR CARCA A PESSOA TRANSPORTADA DO NAL (SEGURO DPVAT)

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE POR CONSUMIDOR CARCA A PESSOA TRANSPORTADA DO NAL (SEGURO DPVAT)

AL FID. ADM. S. S. NACIONAL HONDA LTD. S.
PRATA SALVADOR MAZ. UCID *

DATA: **19/07/2016**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE POR CONSUMIDOR CARCA A PESSOA TRANSPORTADA DO NAL (SEGURO DPVAT)

RR Nº 011624470178 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: **2016** DATA EMISSÃO: **19/07/2016**

VIA: **01** COG / CNPJ: **807.928.202-15** PLACA: **80AP4397**

RENAVAM: **01091879866** MARCA / MODELO: **HONDA/POP 110I**

ANO FAB: **2016** CAT. TARIF: **9C2JB0100GR049117**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DEMATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$64.52	R\$7.17	R\$71.69
CUSTO DO BILHETE (R\$)	ICOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
R\$4.15	R\$0.56	R\$148.08

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: **15/07/2016**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.608/0001-04 011624470178
www.seguradoralider.com.br 37048117015



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

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: estrada de acesso à comunidade do Canto Alegre

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

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 HENRIQUE 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



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Daniel Barauna Magalhães
Data de Impressão: 20/05/2019 09:39
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

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 Oliveira Ferreira

(Comunicante)

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



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

UNITE SEGURADORA
Av. Capitão João Batista, 414 - Piraí



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE DO ÍNDIO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LESTE DE RORAIMA
Rua: Comandante Essen Pinheiro, 69 13 de Setembro.
Boa Vista - RR - CEP 69.308-130 Fone: (95) 3621-1100

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:
() RG/CERTIDÃO DE NASCIMENTO
() CPF
() CARTÃO DE VACINA (ESPELHO)
() CARTÃO SUS
() CARTÃO DE PRÉ-NATAL

*CHECAR OS DOCUMENTOS
ENCAMINHADOS COM O PACIENTE.

FICHA SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO

☒ Urgência e Emergência

☐ Medicina Tradicional

☐ Outros: _____

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: André Henrique Augusto Pereira

Data de Nascimento: 09/10/06

Idade: 12

Etnia: _____

Sexo: ☐ F / ☒ M

Comunidade: Campo Alegre

Polo-Base: Campo Alegre

CPF: _____

☐ CARTÃO SUS:

RG: _____

Acompanhantes: Sule Bianca (mãe)

Filiação: Sule Bianca

DESTINO DO PACIENTE

☐ HGR

☐ MATERNIDADE

☒ HOSP. DA CRIANÇA

☐ PAJÉ

☐ OUTRA UNID. HOSPITALAR - MUNICÍPIO: Boa Vista

MEIO DE TRANSPORTE

☐ Aéreo:

☒ Terrestre:

Responsável: Piloto/Motorista: Francisco Briz

AValiação CLÍNICA REALIZADA PELO PROFISSIONAL (MOTIVO DA REMOÇÃO)

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS/SINAIS: Criança caiu de moto e com o
correte cortou o dedo do do pé esquerdo
e com perfuração de fratura do metacarpo.
503 ± 30 minutos do ocorrido.

CONDUTA REALIZADA NA COMUNIDADE:

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO:

Sipiroxina 500mg SM + Kenocod falta de
injeção +
anestésico

RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO

Solicitante- Nome/Função (carimbo)

Claudia da Silva Gonçalves
Médica de Família e Comunidade

Rádio-Operador-Nome

Técnico(a) Responsável: Angela Rodrigues

Data da solicitação: 19/01/19

Data da Remoção: 19/01/19

UNIDADE RECEBEDORA DO PACIENTE:

Recebido por: _____

Data: 1/1

Hora: _____

Ato declaratório

56323



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

PRONTUÁRIO

56323

129956 Urgência/Emergência 19/01/2019

205065



Cartão do SUS:	Data Nascimento:	Sexo:
898005902958239	09/10/2006	M
Nome:		
ANDRE HENRIQUE AUGUSTO PEREIRA		
Mãe:		
SULA BIANCA AUGUSTO FERREIRA		



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CAUTELA DE ORTOPEDIA

TIPO DE CIRURGIA:

Tratamento Cirúrgico de Fratura
de Dado.

Data: 19 / 01 / 2019.

PRONTUÁRIO Nº _____

PACIENTE: Andie Henrique Augusto Pereira

IDADE: 9 anos BLOCO _____ ENFERMARIA _____

LEITO _____ CAIXA: _____ Nº _____

MATERIAL UTILIZADO:

Fio de Kitcher.

1ª VIA – PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª VIA

Médico Responsável

[Assinatura]
94 07



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME:

IDADE:

PESO:

PRONTUÁRIO:

HD:

_BLOCO

LEITO:

09

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
14/01/19	Dick ref. luma D.V. P Cefalotina 1g 1/1 hor. Dipirona 1kg @ 8/8 hr. Shupros 100 mg 8/8 hr. SS 1/1 + CC 1/1 Lactulose 10ml.	SND MANTER 19-08-24-06 24-08-16 22-08-16 Reclama.
	per do de Jackie expat- de Valent.	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 28 MAI 2010 CENTE SEGURADORA Dr. Capitão João Barreto, 134 -
	1408 Paulo L. Gomes	

Santo Antônio
Hospital da Criança

**Ficha de Atendimento
AMBULATORIAL**

Usuário do Cad.: MARIA VIANA



DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 56323 Data Nascimento: 09/10/2006
Nome do Paciente: ANDRE HENRIQUE AUGUSTO PEREIRA
Sexo: MASCULINO
Endereço: RUA ANTONIO FERREIRA DE SOUZA
Bairro: SAO BENTO
CEP: 69315659
Nacionalidade:
Nome da Mãe: SULA BIANCA AUGUSTO FERREIRA

Idade: 12 Anos / 4 Meses / 18 Dias

Naturalidade: Número: 795
Cidade: BOA VISTA
Telefone: 991419350
CNS: 702102759836495

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável:
Identidade:
Endereço:
Complemento:

Parentesco:
CPF:
Número: 0
CEP:

Fone:



DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 142018
Nome do Médico: BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data: 27/02/2019 07:57:07

Tipo: CONSULTA DE RETORNO

Peso: Altura:

ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

paciente com trauma leve no
4 5 fm (talos)
MY 3 km

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedista e Traumatologista
RQE 503 TE 01 10468
CRM/R 1047

EXAMES SOLICITADOS

CONDUTA

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

Santo Antônio
Hospital da Criança

**Ficha de Atendimento
AMBULATORIAL**

Data de Emissão: 30/01/2019 08:33
Usuário do Cad.: ELISAMA.FARIAS



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: 991419350
Nome da Mãe: SULA BIANCA AUGUSTO FERREIRA CNS: 702102759836495

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 132862 Data: 30/01/2019 07:25:51
Nome do Médico: BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Tipo: CONSULTA DE RETORNO
Peso: Altura:

ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA



paciente por quem veio a consulta para
cl para sup letur (E).

Por que de dor c/ 10 k,

15 gr

hosp aux t

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedista e Traumatologista
RQE 504 TRQT 10488
CRM 1047

EXAMES SOLICITADOS

mlp u tmg

CONDUTA

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

Hospital do Antonio

Ficha de Atendimento
URGENCIA/EMERGENCIA
Cor Classificação: LARANJA

Senha: UE0165

Data de Emissão: 19/01/2019 18:42
Usuário do Cad.: ANTONIO.RFIS



129956

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 56323
Nome do Paciente: ANDRE HENRIQUE AUGUSTO PEREIRA
Sexo: MASCULINO
Endereço: COMUNIDADE DE VISTA ALEGRE
Bairro: VISTA ALEGRE
CEP: 69309000
Nacionalidade: BRASILEIRO (A)
Nome da Mãe: SULA BIANCA AUGUSTO FERREIRA
ADOS DO RESPONSÁVEL

Idade: 12 Anos / 3 Meses / 10 Dias

Naturalidade: Número: 0
Cidade: BOA VISTA
Telefone: 991419350
CNS:

Responsável: SULA BIANCA AUGUSTO FERREIRA
Identidade:

Parentesco: MAE Fone: 991419350
CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

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

Observação:
Peso: 36 KG Temp.: 36.8 Usuário triagem: LUCENIR AIRES DA SILVA

ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

17:38 Criança com remoção de
Alto Alegre, com relato de
queda do moto, corte em MLE
com o corrente.
Ao E-F:
B-G, ativo, A A A e eufórico

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de MLE (pe)

CONDUTA:

S-Soluto Rx

Assinatura do Médico

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		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE <i>André Henrique Augusto Pereira</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>9/10/06</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO Masc ☒ 1 Fem ☒ 3	
10 - RAÇA/COR		10.1 - ETNIA	
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 <i>Fratura exposta do fêmur lado esquerdo</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Fratura exposta</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>La. Exposto Hóster.</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
28 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>19/01/19</i>	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40 - Nº DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRURGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 19/01/19 O.S. _____

pede fixar no arto
Peroneo

Diagnóstico Pré- Operatório

Indicação Terapêutica

Tipo de intervenção

Medicações e Acidentes

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedista Traumatologista
RQE 503 19801 19888
CRM 100.000

Cirurgião

Instrumentadora

Anestesistas

Anestesia

Início

1º Auxiliar

Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) P.E. 004 sob plano anestésico.
- 2) limpeza + anti-sepsia + colocação de
cam. por eletro.
- 3) L.P. e ena. fix. do f. os. pat. ant.
- 4) fixação do f. os. pat. ant. com
f. os. de K.
- 5) punção 6) Lav. f. os.

Data

Assinatura

**HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO****FICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIA***Andre Henrique Augusto Pereira*

NOME DO PACIENTE	APTº/LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA	
		56323	19/01/2019	
CIRURGIA/TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
Proc. Cirúrgico no dedo do pé e		19:45	20:	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	ANESTESISTA			
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR	CIRCULANTE			
Bruno	Francisco e Margareth			
Pablo II R				

TIPO DE ANESTESIA			TEMPO DE DURAÇÃO		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUGT SIMPLES Nº		cat.	HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUGT SIMPLES Nº		11	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 ALCÓOL	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE	
1	MONONYLON C/ AGULHA 46			ÁLCOOL 70% 40ml.	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
10	UNIDADE DE GAZE Pac.			GLICOSE %	
1	PARES DE LUVA Nº 7,5			ATADURA DE CREPOM Nº 1	
20	EQUIPOS P/ SORO			ATADURA GESSADA Nº	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº			ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº	
	SONDAS Nº 12		1	File de Richter 125	
1	AGULHAS 40x12				
10	COMPRESSAS Pac				
1	LÂMINAS P/ BISTURI 115				

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	MATERIAL/MEDICAMENTOS	
	<i>Cláudio</i>	SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO (A)/CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO(A)/C.C. DO PACIENTE FEITO LANÇAMENTO	TAXA DE SALA/E ANESTESIA	
		SOMA	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

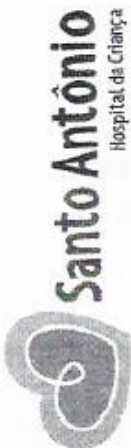
ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO

PR03JUDI - Processo: 0824496-53.2019.8.23.0010 - Rel. mov. 1.3 - Assinado digitalmente por Paulo Sérgio de SouzaPaulo Sérgio de Souza, Página 22

07/08/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

[illegible]

Evolução de Enfermagem		Assinalar o que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:	
Manhã:	Chaveira sem quistos, ativo reativos sempre, afeto bom, paciente está aprendendo pil em MSE.	Kit Punção Venosa	
	Mantém MIE mobilizado,	Kit Nebulização	
	Dwase D segue em observação e cuidados básicos.	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	
Tarde:		Troca de sonda de gastrostomia	
		Bolsa de Colostomia (fechado)	
		Bolsa de Colostomia (drenável)	
		Outros:	
Noite:	20:35 h - Vem acordado, eupneico, corado, hidratado, glicemia estável, digestão +, fezes p, gases eliminados em MSD, segue sob os cuidados de enfermagem.		
	- enf. Magalhães		



CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO



**Secretaria Municipal
de Saúde - SMSA**



**PREFEITURA
BOA VISTA**

HISTÓRICO										CONTROLE HÍDRICO										Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem								
CUIDADOS ESPECIAIS					GANHOS					PERDAS					CUIDADOS ESPECIAIS													
Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de	Diurese	Feces	Secreção gástrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos	Aspiração		FiO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC	
07h																												
08h																												
09h																												
10h	36,6°C	90/20	90/20	90/20		MSD		2	2	2					1x Ø													
11h																												
12h																												
13h																												
14h																												
15h																												
16h	36,8°C					MSD		2	2	2					2x Ø													
17h																												
18h																												
19h																												
20h																												
21h	36,0°C	82/19	82/19	82/19		MSD		2	2	2					01													
22h																												
23h																												
24h																												
01h																												
02h																												
03h																												
04h																												
05h																												
06h	36,0°C	82/19																										

[illegible]



CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO

Secretaria Municipal
de Saúde - SMSA



CONTROLE HIDRICO																																			
SINAIS VITAIS						GANHOS							PERDAS				CUIDADOS ESPECIAIS						Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem												
HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SPO ₂	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de	Diurese	Feces	Secreção gástrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos	Aspiração	FiO ₂	PEEP		PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros	PVC							
07h																																			
08h																																			
09h																																			
10h																																			
11h																																			
12h																																			
13h																																			
14h																																			
15h																																			
16h																																			
17h																																			
18h																																			
19h																																			
20h																																			
21h																																			
22h																																			
23h																																			
24h																																			
01h																																			
02h																																			
03h																																			
04h																																			
05h																																			
06h																																			
Exames e/ou recomendações:																																			
Higiene																																			
Hora do banho																																			

PROJUDI - Processo: 0824496-53.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 1.3 - Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza



Secretaria Municipal
de Saúde - SMSA

CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO



Hospital da Criança

CONTROLE DE SINAIS VITAIS										CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS ESPECIAIS							Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem	
SINAIS VITAIS						GANHOS				PERDAS				CUIDADOS ESPECIAIS														
HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SPO ₂	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de:	Fase de	Diurese	Feces	Secreção gástrica	Vômitos (emese)	Sondas / Drenos	Aspiração	FlO ₂	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros		PVC
07h																												
08h																												
09h																												
10h	36,9	- 74	78	- 20	MSD																							
11h																												
12h																												
13h																												
14h																												
15h																												
16h	36,3	/ 78	20		MSD																							
17h																												
18h																												
19h																												
(20h)	36,5	- 80	20		USE -																							
21h																												
22h																												
23h																												
24h																												
01h																												
02h																												
03h																												
04h																												
05h																												
06h	36,9	- 80	20		USE																							
Higiene das mãos										Exames e/ou recomendações:																		
Hora do banho 07:30										Tornado Variação Vozes AVP sem suco																		



Secretaria Municipal
de Saúde - SMSA

CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO

Santo Antônio
Hospital da Criança

Data: 23/01/19 Peso: Nome: André Henrique Pereira Bloco: F Leito: 07
Diagnóstico: Fratura ex postea Registro: 56323 Idade: 2A Data da internação: 20/01/19

CUIDADOS ESPECIAIS:

SINAIS VITAIS

HORA
Temp.
P.A.
F.C.
F.R.
SpO2

CONTROLE HÍDRICO

PERDAS

Diurese
Fezes
Secreção
gástrica
Vômitos
(emese)
Sondas / Drenos

CUIDADOS ESPECIAIS

Aspiração
FIO2
PEEP
PIP
FAP
Oxigênio terapia
Dextros
PVC

Medicação EV
Medicação VO
Hemoderivados
Sedação
Correção de:
Fase de

Assinatura Legível
do Técnico de
Enfermagem

Exames e/ou recomendações:

Higiene
Hora do banho

F-09



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	##### DN
PACIENTE	ANDRÉ HENRIQUE		
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA		
ALERGIAS			
IDADE	12A	LEITO	F09
		PESO	
		DATA	20/01/2019

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	DIETA ORAL PARA IDADE	SWD
1	AVP	Maufer
2	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS	22:18 24:00
5	IBUPROFENO 40GOTAS 8/8 HORAS	22:18 24:00
6	DIPIRONA 1ML EV 6/6H SN	SW
	PLASIL 1ML EV 8/8H S/N	SW
	SSVV + CCGG 6/6 H	22:18 24:00
	CURATIVO	M


 Dr. Marcelo Marques
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1918/RR

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