

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

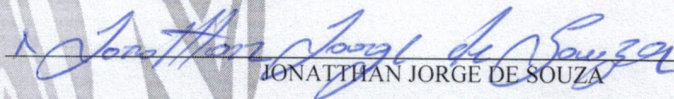
PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. JHONATTHAN JORGE DE SOUZA, Brasileiro, Solteiro, Vendendor, portador da cédula de identidade nº 443887-6 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 031.871.172-17, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Ágata, nº 309, Bairro: Jóquei Clube, CEP: 69.313-108. Tel: (95) 99110-7904/ 99169-8159 E-mail: jonatthanjorge9@gmail.com

Outorgado: Bel. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “**ad judicium**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

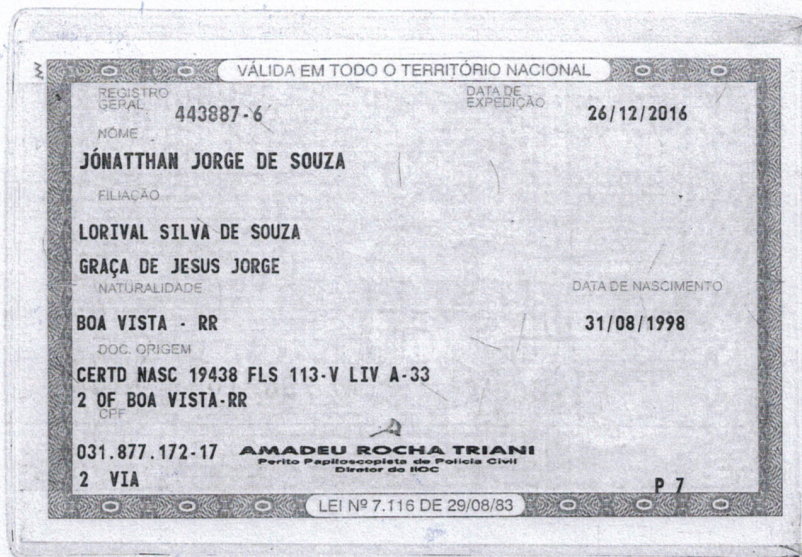
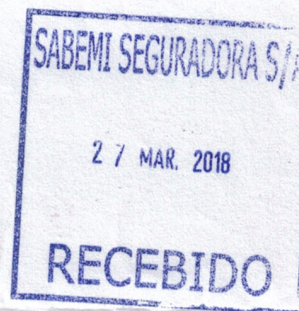
Boa Vista/RR, 22 de agosto de 2018.


JONATTHAN JORGE DE SOUZA



POLEGAR DIREITO





ADVOCACIA

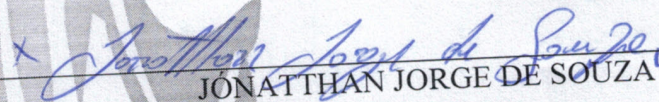
ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

JÓNATTHAN JORGE DE SOUZA, Brasileiro, Solteiro, Vendedor, portador da cédula de identidade nº 443887-6 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 031.871.172-17, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Ágata, nº 309, Bairro: Jóquei Clube, CEP: 69.313-108. Tel: (95) 99110-7904/99169-8159.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 22 de agosto de 2018.


JÓNATTHAN JORGE DE SOUZA



POLEGAR DIREITO



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JONATHAN JORGE DE SOUZA, Brasileiro, Solteiro, Vendedor, portador (a) do RG nº 4438876 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 031.877.172-17, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Ágata, nº 309, Bairro: Joquei Clube, CEP: 69.313-108.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista/RR, 22 de Agosto de 2018.

Jonathan Jorge de Souza

JONATHAN JORGE DE SOUZA



POLEGAR DIREITO



MINISTÉRIO DO TRABALHO
 E EMPREGO
 CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

154.48660.41-3

3758403 0050 RR

Jonathan Jorge de Souza



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JONATHAN JORGE DE SOUZA

FILIAÇÃO: GRACA DE JESUS JORGE LORIVAL SILVA DE SOUZA
 NASCIMENTO: 31/05/1998
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: BOCA VISTA - RR
 DOCUMENTO: R.G. 4438876 - 03/07/2012 - SESP - RR
 LEI Nº 8.048, DE 16 DE MAIO DE 1996
 CPF: 081.877.172-17
 TIT. ELEITOR:
 LOCAL DE EMISSÃO: BOCA VISTA
 DATA DE EMISSÃO: 27/12/2018
 ZONA:
 CNH:
 SEÇÃO:
 Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas
 Ministério do Trabalho e Emprego
 Assinatura do Emissor

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO _____
 DATA DE NASC. DE ____/____/____ PARA ____/____/____
 DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

LEGENDA
 A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
 B - SERVIDORIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Nome: _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Nome: _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH: _____

DIABETE: SIM NÃO

HEMOFILIA: SIM NÃO

ALERGIAS: SIM NÃO

DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993): SIM NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

CONTRATO DE TRABALHO

EMPRESA: **20.466.338/0001-40**

EMPREGADO: **J.W. RIBEIRO DA SILVA EIRELE-ME**

ENDEREÇO: **Av. Mario Hornem de Melo, 3206 - Liberdade**

CEP: **69.309-010**

MUNICÍPIO: **BOA VISTA - RR**

ESP. DE ESTAB. DE TRAB. **Boa Vista**

CARGO: **Administrador**

DATA DE ADMISSÃO: **01** de **Fevereiro** de **2011**

REGISTRO N.º: _____

RENUMERAÇÃO ESPECIFICADA: **24.957,00 (Novecentos e quarenta e sete reais)**

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____

COM. DISPENSA CD N.º _____

FGTS N.º DA CONTA _____



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CCO/CPE/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1ª 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CCO/CPE/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1ª 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

09

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CCO/CPE/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1ª 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CCO/CPE/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1ª 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 032147/2017-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/01/2018 10:32 Data/Hora Fim: 31/01/2018 10:36
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 007918 J Data: 01/09/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 01/09/2017 07:35

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: AV. ATAIDE TEIVE

Bairro: Buritis

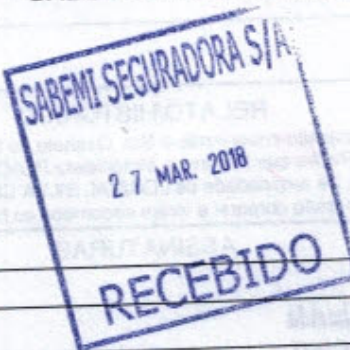
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve



ENVOLVIDO(S)

Nome: LUCAS MATEUS VIEIRA ROCHA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA FRANÇA
Bairro: CAUAME

Nº: 400

Nome: JONATHAN JORGE DE SOUZA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA N-22
Bairro: SILVIO BOTELHO

Nº: 239

Nome: OZANETE DA SILVA CRUZ DINIZ (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA GENEZES
Bairro: CINTURAO VERDE

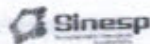
Nº: 98

Razão Social: POLICIA MILITAR RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 31/01/2018 10:36
Protocolo nº: Não disponível



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032147/2017-A01

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAX6103	Número do Chassi 9C2KC1660ER024812
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX	Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jonathan Jorge de Souza	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo a Sra. Ozanete da Silva Cruz Diniz que Dirigia o Veículo PLACA NBA-3725; o Sr. Lucas Mateus Vieira Rocha que Pilotava a Motocicleta PLACA NAT-6077 e o Sr. Jonathan Jorge de Souza que Pilotava a Motocicleta supracitada, de propriedade de LORIVAL SILVA DE SOUZA; Que devido ao acidente os condutores das motocicletas Softeram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo Samu. Era o relato.

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000213
Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar RR
(Comunicante)

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

DAT
31 JAN. 2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

SABEMI SEGURADORA S/A
27 MAR. 2018
RECEBIDO



FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: **Alfa** Equipe: *Marcos / Ellen* Idade: **19** Sexo: **M**

Paciente: **Jonathan Jorge de Souza**
Endereço: **AV. Ataíde Taive SIN Distrito**

Nº: **14.803** DATA: **05/08/17** HORA: **07:52**
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: *F. Helary* **11:10:8.10**

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

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL Cinto: <input checked="" type="checkbox"/> SIM [] NÃO Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: [] SIM [] NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro <input checked="" type="checkbox"/> traseiro Passageiro: <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão	MOTO: <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete: <input checked="" type="checkbox"/> SIM [] NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <i>Carro e moto e moto</i> BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajet <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:
---	---	---	---

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>respiro</i>	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <i>no nariz</i>	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2° <input type="checkbox"/> Ausente	Aval. Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <i>no olho</i> <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrêia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV
---	---	--	---

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <i>08:10</i>	<i>160/100</i>	<i>110</i>	<i>25</i>	<i>96%</i>				
Fim <i>08:40</i>	<i>140/80</i>	<i>110</i>	<i>25</i>	<i>96%</i>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Penetrante <input checked="" type="checkbox"/> SIDA	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input checked="" type="checkbox"/> SIDA	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfiema Sub-Cutâneo <input checked="" type="checkbox"/> SIDA	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tapotamento <input checked="" type="checkbox"/> SIDA	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Colorado <input type="checkbox"/> Evisceração <input checked="" type="checkbox"/> SIDA
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <i>Exposta</i> <input type="checkbox"/> Amputação <i>degradação ossa</i>			

AVALIAÇÃO CARDIACA

AFEÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atri <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aberto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicção de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
---	---	---	---	---	--

GRAVIDADE COMPROVADA

ILESO SEVERA

PEQUENA MORTE

MÉDIA INDETERMINADA

OUTRO

INCIDENTE

- Cancelamento
- Recusa de Atendimento
- Não se encontrava no local
- Recusa de hospitalização
- Trote
- Bombeiro no local:

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR. 2018

RECEBIDO

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

- Polícia Militar
- Guarda Municipal
- SMTRAN
- Bombeiro
- Outros: *polícia chip*

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

RCP

- Iniciada as:
- Término as:
- RCP com sucesso
- RCP sem sucesso
- Obs.:

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)

CONFERE COM O ORIGINAL EM 26/04/18 *Syramé*

DESTINO

Atendido no local
 Trauma HGR
 Pronto Atendimento
 Coronel Mota

Cosme e Silva
 HCSA
 Maternidade
 Outros *13/10/3*

ERTECE DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUS

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

8:40 vítima com trauma, exposta, colinas curtas, com feridas abertas em via pública, com ferimento, em nível de dor, apresentando lesões e hemorragias na região do tórax, ferida aberta, apresentando com o tórax a altura da axila, com hemorragias, com o tórax

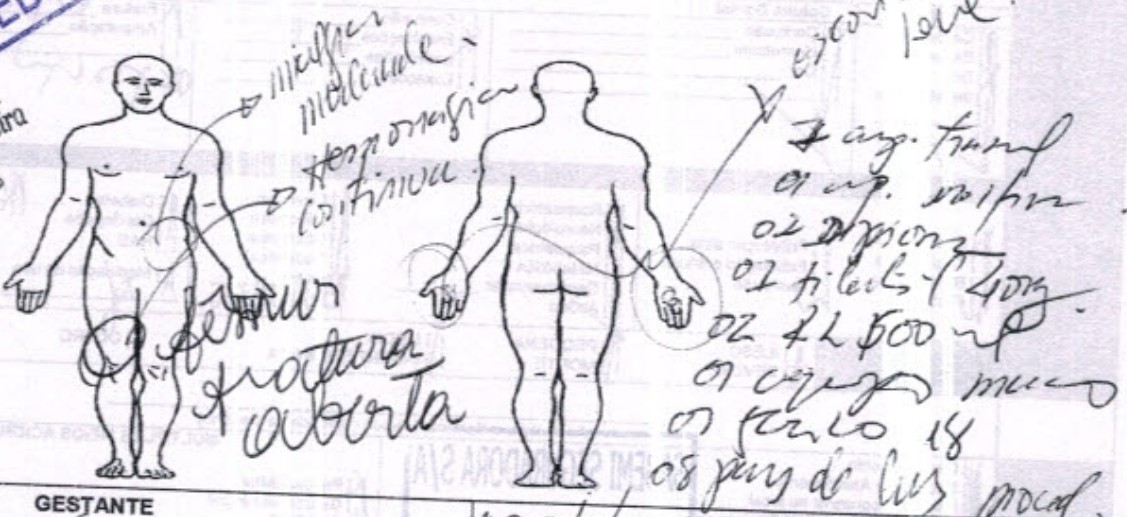
ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escale			
Abertura dos olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	2
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos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

SABEMOS SEU

27 MAR. 2019

RECEBIDO

Marcio Glebe da Silva Pereira
 Téc. Enfermagem
 COREN-RR 814-545



GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

Com cartão Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

no atendimento

60 compressas

... Guia de Atendimento 02 ...

BLOCO A

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

not. acidente de trabalho grave, em, 07.08.17



Alta 29/09/17

700831229 01/09/2017 08:43:01 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 7

Paciente	JONATHAN JORGE DE SOUZA		Data Nascimento	31/08/1998	Idade	19 A 0 M 1 D	CNS	700406540892250	CPF	03187717217	Prontuário	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	26/12/2016	Sexo	M	Estado Civil	SOLTEIRO(A)	Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	BOA VISTA - RR
Mãe	GRACA DE JESUS JORGE		Pai	LORIVAL SILVA DE SOUZA		Contato		(95) 99112-0854		Ocupação		ESTUDANTE
Endereço	RUA - N-22 - 239 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR											

Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:		KAROLINE.OLIVEIRA	
GRANDE TRAUMA	URGÊNCIA	SAMU CAPITAL					

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (COISÃO MOTO-CARRO). REFERE DOR INTENSIVA NA

Exame Físico *FÊMUR (9).*

Hipótese Diagnóstica *TRAUMAS / FATURAS DE FÊMUR (9).*

SADT - Exames Complementares
 RAIO-X ULTRA-SOM TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>1) DILIRONA 1g (EV)</i>		
<i>2) TILATIL 40mg (EV)</i>		
<i>3) TRAMOL 100mg (EV) 50,9% - 100 ml</i>	<i>07:42h</i>	<i>13 MAR 2018</i>
<i>4) CEFALOTINA 2g (EV)</i>		
<i>5) VACINA ANTIETÉANICA 0,5ml (Im) (9)</i>	<i>09:30h</i>	

Conduta

Alta por Decisão Médica Ambulatório

Alta a Pedido Observação (Alé 24h)

Alta a Revella Internação

Transferência para *ORTOPÉDIA* Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável *Dr. Adilson Leonel Médico CRM-RR 1779* Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: karoline.oliveira
Data Hora: 01/09/2017 08:45:42



1700831229

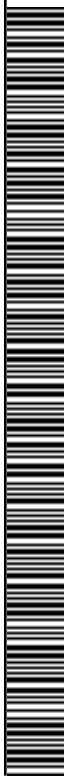
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJT7J NKGDK UW853 X9PGD

lares de Vitória

Acidente de trânsito de trânsito com lesão superficial
do tipo fe ferimento
no fe aspecto de ferimento distal
ca do GT
Preparar VCC.

[Handwritten signature]

RECEBIDO



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

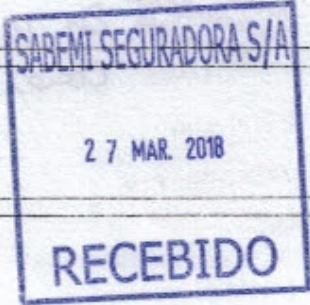
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
5 - NOME DO PACIENTE: **JONATHAN DUNGE DE SOUZA**
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **160012**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **7004065408922510**
8 - DATA DE NASCIMENTO: **31/08/98**
9 - SEXO: **M**
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: **Gracia de Jesus Jorge**
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: **9159111208154**
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Rua N-22 n- 239 - Dr. Silvio Botelho**
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Boa Vista**
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **RR**
15 - UF: **RR**
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente vítima acidente de moto, evoluindo com fratura exposta de fêmur direito.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Tto. curativo

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
ex. físico + RX



20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Fratura exposta fêmur direito metálica**
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - OU 10 CAUSAS ASSOM

PROCEDIMENTO SOLICITADO
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **LMC + fixação externa transosteal**
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. Vitor Montenegro**
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **01/9/17**
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
33 - ACIDENTE DE TRABALHO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: **04.08.05.058-6-MS-724**
45 - DOCUMENTO
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **V.299**

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

JONATHAN JONGE
SOUZA

09/09/17

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: **Fratura exposta de fêmur distal ①**
TÉCNICA TERAPÊUTICA: **Fixação externa transcutânea**
TIPO DE INTERVENÇÃO: **0**
MOTIVADO(S) À SAÚDE: **0**
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: **0 novo**

Dr. Vitor Montenegro
Traumatologia, Ortopedia
CRM-RR 868

Dr. Vitor Montenegro
Leonardo R2

PAUCILIAR: **Pedro R3**

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

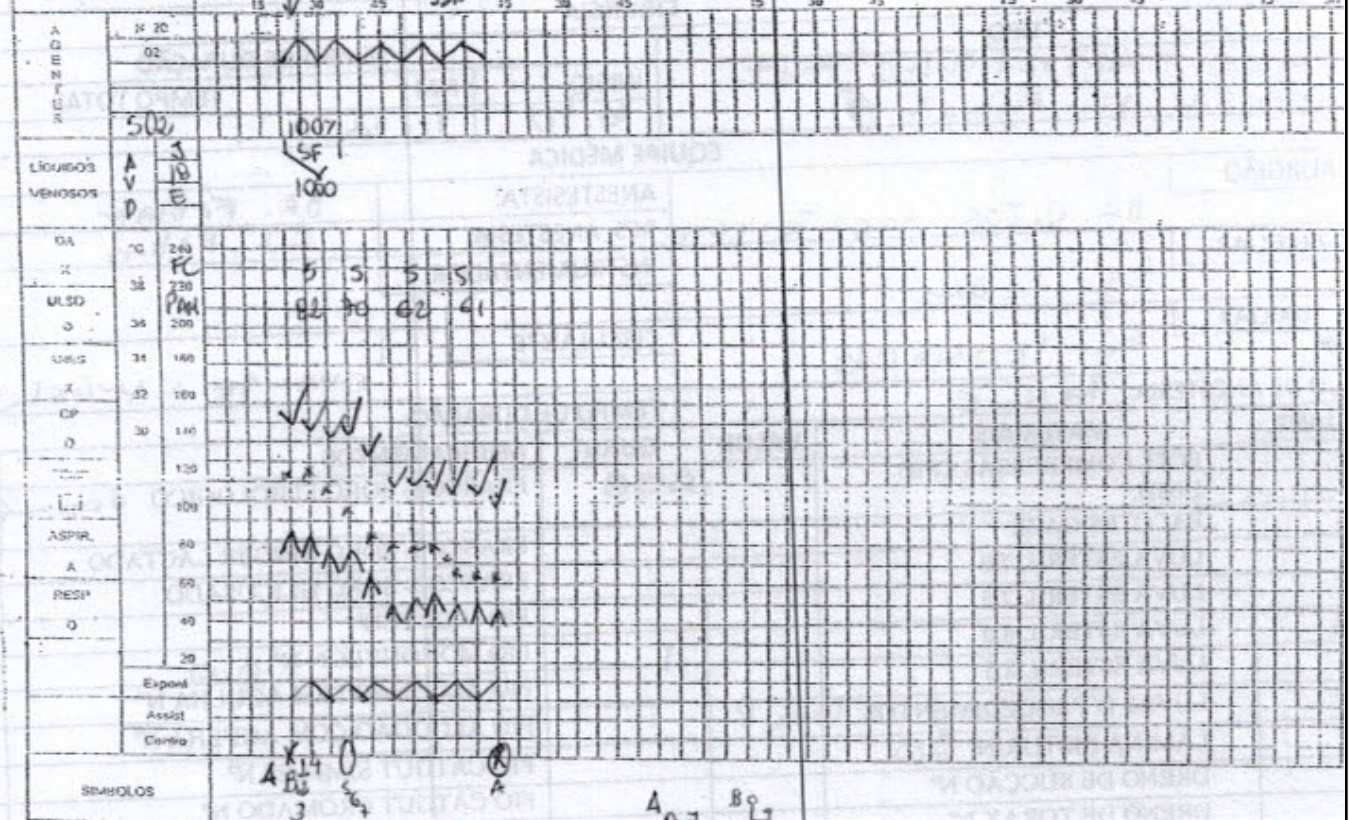
ANESTÉSICO:

RECEBIDO

DURAÇÃO:

- ① Paciente em ODA + anestesia
- ② Assepsia + antissepsia + curvas estériles
- ③ Imposta exostia + fixação com fixador externo transcutâneo em fêmur distal ①
- ④ curativo
- ⑤ LPA

Jonathan Jorge de Souza, 19a
 RES-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO
 Fentoni 50mg. 10:20h - sedativo
 01.09.2012



AGENTES
 A Bupivacaína 0,5% 10mg
 B Midazolam 5mg
 C
 D
 E
 F
 G
 FLUIDOS 1500ml
 MOED
 SANGUE
 TÉCNICA
 Raquianestesia hiperbárica =
 bupivacaína 0,5%, medicação
 L3/L4
 com ox suplementar no
 CN.
 ANOTAÇÕES
 X Monitorização drops, op. anestesia
 1. O2 via cat / oxímetro pulso
 2. HV 1500ml IV.
 3 Fentoni 50mg IV
 4. Antissepsia lombar com álcool +
 bato anestesia subaracnóide e infiltração
 3ml (60mg), Pupais lombar com
 25G, bust paralela, vôsica líquida
 molécula, infusão bupivacaína 0,5%
 medicação, L3/L4.
 5. início anexo ortopédico
 6. solicitado ATT O,SMI IM

OPERAÇÃO
 Limpeza cirúrgica + fixação externa

ANESTESIA
 DR. Fabian / DR. Fábio Franco
 CRM-RR 14
 Anestesi (R2)

COOPERADO
 DR. Victor M. / DR. Marcelo
 R09090

CONSENTIDO
 DR. comp

OBS: Solicito ATT O,SMI IM. (Enfermeiro Dikene)

Dr. Alberto F. M. Herrera
 Anestesiologista
 CRM-RR 307

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Planalto - Tel (95) 2121-0621
 AUTENTICAÇÃO
 13 DEZ 2017
 Certifico e Dou que a presc
 cópia é fiel reprodução origi
 que foi apresentado neste H

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJJT7J NKGDK UW853 X9PGD



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

OME DO PACIENTE	10:77A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
SONATTHAU SORGE DE SOUZA				09/10/17

TIPO		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
MADOC TRANSARTICULAR PRAT. EXPOSTA DE FEMUR (D)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		10:40	11:12		

EQUIPE MÉDICA	
ANESTESISTA:	DR. FABIAN
RES. ANESTESIA:	R2. FABIO
INSTRUMENTADOR	
CIRCULANTE	

TIPO DE ANESTESIA: RAQUE
 TEMPO DE DURAÇÃO: OVAMDE + ANGELS

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		888	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS Tam P			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL ELETRODUS	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSO UTETELOR	
	SERINGA05 ML		20ml	KIT CATARATANº DEGERMANTE	
	SERINGA 10ML		2ml	GEOFOAM 900DL 70%	
	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
	AGULHA P/ MARIEN-24				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE
	DIVINO DILERE
ACIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA

ORTOSINTESE IND E COM LTDA
 Av Nelson Palma Travassos, 651 - CEP 02998-000
 Tel: 55(11)39484000 - FAX 55(11)39484010
 Brass - Site: www.ortosintese.com.br

Ref.: 4747/02 Lote: S11214 Quant.: 1 pc

FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300MM
 FIXADOR EXTERNO LAYFIX
 FIXADOR EXTERNO
 Registro ANVISA N
 MP AISI 304 ASTM F138

10223710095
 ALUMINIO

4/5/2018 4/5/2013

Uso Unico 0434

European Authorized Representative Coelis s.a
 Bc Général Wans 53
 1090 Brussels, BELGIUM
 Tel: +32(2) 732 59 54 Fax: +32(2) 732 60 03 e-mail: max@coelis.net

ORTOSINTESE IND E COM LTDA
 Av Nelson Palma Travassos, 651 - CEP 02998-000
 Tel: 55(11)39484000 - FAX 55(11)39484010
 Brass - Site: www.ortosintese.com.br

Ref.: 4747/02 Lote: S11410 Quant.: 1 pc

FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300MM
 FIXADOR EXTERNO LAYFIX
 FIXADOR EXTERNO
 Registro ANVISA N
 MP AISI 304 ASTM F138

10223710095
 ALUMINIO

10/5/2018 5/5/2013

Uso Unico 0434

European Authorized Representative Coelis s.a
 Bc Général Wans 53
 1090 Brussels, BELGIUM
 Tel: +32(2) 732 59 54 Fax: +32(2) 732 60 03 e-mail: max@coelis.net

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome S OUSTHAN GONÇALVES DE SOUZA
Cirurgião Responsável DR VITOR MOURA VEIGAS

Anestesiista DR. Fabiano

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SÁIDA (Sala Pós-Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

A VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- Não
- Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- Não
- Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- Não
- Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura e Carimbo
[Assinatura]
Hora: _____

- CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO
- CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
 - Identificação do paciente
 - Sítio cirúrgico
 - Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

- REVISÃO DO CIRURGIÃO: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.
- REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente
- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Os materiais necessários, como instrumentais, perfuses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

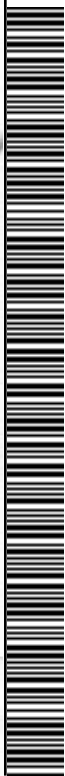
- Sim
- Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- Sim
- Não se aplica

- OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE.
- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
- SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

Assinatura e Carimbo
[Assinatura]
Assinatura: [Assinatura] Data: [Data]





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Adm. no A. verde 13:20

DATA DE ADMISSÃO _____ PRESCRIÇÃO MÉDICA _____

PACIENTE **JONATHAN JORGE DE SOUSA** DIH _____ DN _____

DIAGNÓSTICO **Fratura femur distal direita (exposta)**

ALERGIAS _____

IDADE _____ HAS _____ DM2 _____

ITEM _____ LEITO **1206** DATA **01/9/19**

ITEM	PRESCRIÇÃO	DATA	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SFO,9% 500ML EV DE 8/8HS		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		SND
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA		
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H		
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP/VO DE 8/8h SN		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
13	CURATIVO DIARIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		
15			
16	GLUCAGONINA 240 µg 1x/dia ev.		
17			
18			
19			
20			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

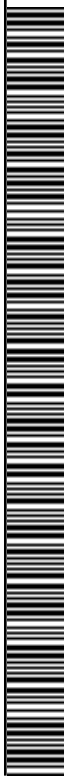
EVOLUÇÃO MÉDICA:

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



MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

6 H			
12 H	8.4	75	36
18 H	110x69	75	36
24 H	113x62	93	37°C
06hrs:	115x65	94	37°C

Deuany Ferreira Pinto
Téc. em Enfermagem



120-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 HER	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	JONATHAN LONDE DE SOUZA.		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL (D)		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	02/09/17.
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SND	
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS 1X/DIA		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	10:18:24/06	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA	10:	
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	SN	
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CPVO DE 8/8h SN	SN 14:20:22	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN	
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H	14:22/06	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN	
13	CURATIVO DIARIO	M	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	Kafina	
15	Gentamicina 240mg IV 1X/DIA.	14:	
16	Clexona 40mg, SC, 1X/DIA.	14:	
17			
18			
19	Do sexo para programação cirúrgica.		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

NIR
Regulado para leito
120-1
Regulação Interna

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 285/RR

ESTADO CLÍNICO DO PACIENTE PARA EXAMES OU TRANSFERÊNCIAS INTERNAS

PCM ESTÁVEL

~~PCI~~ ESTÁVEL COM LIMITAÇÕES FÍSICAS

PCC INSTÁVEL

PCT CRÍTICO

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

6 H	
12 H	
18 H	
24 H	

às 9:00 realizado o curativo e e. em sala...





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



DATA DE ADMISSÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DN

PACIENTE Jonathan jorge de souza

DIH

DIAGNÓSTICO fx exposta de femur distal d

ALERGIAS nega

IDADE

HAS

neg
120-1

DM

neg

ITEM

DATA

04/09/2017

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS

5 DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS

6 TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn

7 SSVV+CCGG 6/6 horas

8 CURATIVO DIARIO

9

10

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente com fratura distal de femur solicito exames laboratoriais

Dr. Pablo Caspary
 CRM-RR 0001904

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	130/80	99		
18 H	140/80		-	36,5
24 H	140/70	85		37°C
				36-3

