

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
7.300.722	09/06/2008
<< JORIAS BATISTA RAMOS >>	
<< >>	
<< LAUDECI BATISTA RAMOS >>	
RECIFE - PE	07/06/1988
<< CR.31.897-L.20-A.F.29V-CART.PINA	
RECIFE-PE-03.09.1903 >>	
LEI 8.213/91 - 26.02.93	
F-30 21.078 - 3222	





Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 02/09/2019 21:11:27
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090221112757200000049418206>
Número do documento: 19090221112757200000049418206

Num. 50199381 - Pág. 2

PROCURAÇÃO

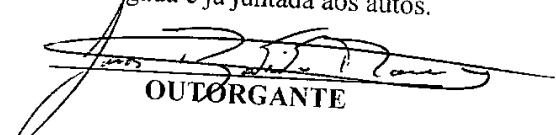
985488172 01 201
982351294 vivo

OUTORGANTE/CONTRATANTE: JONAS BATISTA RAMOS, brasileiro, estado civil: união estável, profissão: marceneiro portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 7.300.722, inscrito no CPF/MF sob o n.º 078.288.904-27, residente e domiciliado Av Manoel Bezerra Neves, 25, bairro: Socorro na Cidade de Jaboatão dos Guararapes, Estado de Pernambuco.

OUTORGADO/CONTRATADO: ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 39.668, com endereço profissional na Rua Arquiteto Luiz Nunes, 741, imbiribeira, Recife-PE.

PODERES

O outorgante outorga ao outorgado amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicia et extra*, especialmente visando defender direitos do outorgante, podendo ainda propor ação, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, negociar e transigir, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber e levantar e quitar alvará judicial, firmar compromisso, produzir provas, enfim, todos os atos necessários que visem à boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes. Ratifica ainda a procuração anteriormente outorgada e já juntada aos autos.


OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS

A **OUTORGANTE/CONTRATANTE** pagará, a título de honorários advocatícios contratados, ao outorgado/contratado 30% (trinta por cento) do valor bruto em real (R\$) que receberá em decorrência do processo distribuído e patrocinado pelo contratado, seja em caso de condenação, seja em caso de acordo. O outorgante/contratante autoriza ainda que a secretaria do Juízo retenha em favor do outorgado/contratado os 30% (trinta por cento) acordado, quantia esta que poderá ser liberada através de alvará em favor do outorgado. Os honorários aqui contratados independem dos honorários de sucumbências.

Recife, 29 de julho de 2019.


CONTRATANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Juanes Batista Paes,
portadora da Cédula de Identidade nº 7300772 inscrita no CPF
sob o nº 078.288.904-27, declaro para os devidos fins, que não
posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem
prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de
concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50,
pobre no sentido legal da acepção.

Por ser verdade, firmo o presente.

Recife, 29 de junho de 201

Juanes Batista Paes
DECLARANTE



1.ª Delegacia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 20ª Circuncrição

Jaboatão 12.02.2019

 318790-5



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020º CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ºCIRC DIM/6ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0110000502

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/02/2019 às 16:13**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/12/2018 às 21:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MANOEL BEZERRA NEVES, 1, VILA PIEDADE** - Bairro:
ENGENHO VELHO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de
Referência: **PRÓXIMO AO VETERANO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JONAS BATISTA RAMOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JONAS BATISTA RAMOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JONAS BATISTA RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LAUDECI BATISTA RAMOS** Data de Nascimento: **7/6/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7300722/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MARCENEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 985488172**

Endereço Residencial: **AVENIDA MANOEL BEZERRA NEVES, 25, VILA PIEDADE - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGRENHO VELHO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JONAS BATISTA RAMOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE AO DESCER DO ÔNIBUS E AO ATRAVESSAR A PISTA FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA, QUE SE EVADIU DO LOCAL, A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA UPA DA IMBIRIBEIRA ONDE

12/02/2019 17:09

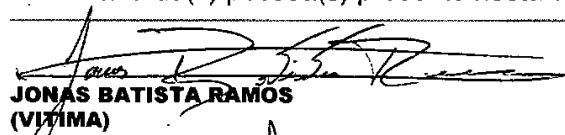


Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 02/09/2019 21:11:27
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090221112757200000049418206>
Número do documento: 19090221112757200000049418206

Num. 50199381 - Pág. 6

RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS.

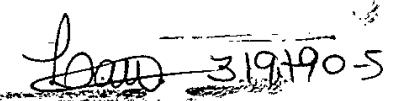
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


JONAS BATISTA RAMOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: LAUDENIRO SANTOS DE FREITAS - Matrícula: 319790-5

 Delegacia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Jaboatão 12.02.19

 319790-5

12/02/2019 17:09

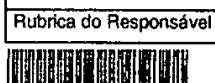


Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 02/09/2019 21:11:27
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090221112757200000049418206>
Número do documento: 19090221112757200000049418206

Num. 50199381 - Pág. 7

Prescrição.: 1642415 Data: 22/12/2018 00:13
Usuário....: SAULPRM
Atendimento: 1172833 Dt Nasc: 07/06/1988 (30a 8m 14d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 282714 - JONAS BATISTA RAMOS
Peso.....: Altura: Sup. Corpore:
Internação.: 21/12/2018 22:53 1 Dias(s) int
Médico.....: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS - CRM 21129
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML > ESCALPE N. 21 > AGULHA 25X7 DESCARTAVEL > AGUA BIDESTILADA SOL.INJ. 10ML > SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/AGULHA	1	AMP		IV	Agora	[22/12] 00:13
2 CETOZOPROFENO IV PO/SOL. INJ.100MG > SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/AGULHA > ESCALPE N. 21 > AGUA BIDESTILADA SOL.INJ. 10ML Obs.: > AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN		IV	Agora	[22/12] 00:13
3 TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML > ESCALPE N. 21 > CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM > EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL > SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/AGULHA > AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	AMP		IV	Agora	[22/12] 00:13

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1642416 Data: 22/12/2018 00:14
Usuário....: SAULPRM
Atendimento: 1172833 Dt Nasc: 07/06/1988 (30a 8m 14d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 282714 - JONAS BATISTA RAMOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internaçao.: 21/12/2018 22:53 1 Dias(s) int
Médico.....: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS - CRM 21129
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX CLAVÍCULA ESQUERDA A.P. ; Exame: 302261	1					[22/12] 00:14

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 IMOBILIZAÇÃO GESSION TIPO OITO G > ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS > ATADURA GESSADA 10CM X4,0M BRANCA	1	3 UN				[22/12] 00:14

UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP PRONTUARIO ELETRONICO DO PACIENTE
Dr Marcello Silveira
CRM 21129

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 02/09/2019 21:11:27
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090221112757200000049418206>
Número do documento: 19090221112757200000049418206

Num. 50199381 - Pág. 9

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) JONAS BATISTA RASMOS , que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000282714 e número de atendimento 01172833 apresentando diagnóstico FRATURA DE CLAVICULA ESQ para AMBULATORIO DE ORTOPEDIA .

Observação:

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA
TRATAMENTO CONSERVADOR
IMOBILIZADO E MEDICADO
AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA
REVISÃO COM 3 SEMANAS
MEDICADO E ORIENTADO

Recife, 22 de Dezembro de 2018
SAÚDE MATERNA
CRM: 211129

Médico: SAÚL PINHEIRO REBOUÇAS
CRM: 211129

UPA
IMBIRIBEIRA



Atesto para devidos fins que o (a) Sr.(a) JONAS BATISTA RASMOS foi atendido(a)

no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000282714 e número de
atendimento 01172833 em 22/12/2018 às 00:30 apresentando o diagnóstico S400 e necessita de

60 dia(s) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

Recife, 22 de Dezembro de 2018

Médico: SAÚL FONSECA REBOUÇAS MARTINS
CRM: 21129

Eu JONAS BATISTA RASMOS autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de
código (CID-10) pelo médico acima assinado.

ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO
UPA24h



ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) JONAS BATISTA RASMOS , que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000282714 e número de atendimento 01172833 apresentando diagnóstico FRATURA DE CLAVICULA ESQ para AMBULATORIO DE ORTOPEDIA .

Observação:

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA
TRATAMENTO CONSERVADOR
IMOBILIZADO E MEDICADO
AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA
REVISÃO COM 3 SEMANAS
MEDICADO E ORIENTADO

Recife, 22 de Dezembro de 2018

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS
MARTINS
CRM: 21129

IPAS
INSTITUTO PERNAMBUCANO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
MEDICO DE FONTE: JÁRICO
Dr. Marcello Silveira
Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 02/09/2019 21:11:27
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090221112757200000049418206
Número do documento: 19090221112757200000049418206



Policlínica M.



Atendimento: 983816
Data e Hora: 04/02/2019 10:32

Paciente: 100202 JONAS BATISTA RAMOS

Nome Social:

Data do Nascimento: 07/06/1988 Idade: 30 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LAUDECI BATISTA RAMOS

Senha da Classificação:

0072

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA

CRM: 12345

Endereço: ESTRADA DA PIEDADE

25

Bairro: SOCORRO

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE

Cep: 54160570

Usuário Atendimento: ERICALS

RG (Identidade): 7300722

SDS-PE

Data de Emissão: 09/06/2008

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 88581900

CRN(Certidão de Registro de Nasc.):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 10h35min

Queixa Principal

Possuir dor thoraco no clavíce (E),
(só com exercícios)

Exame Físico

803

Hipótese Diagnóstico

① Thorax em clavíce.

Conduta Terapêutica

① SOLCITO R+ x clavíce Esq.

Prescrição Médica

ALTA
04/02/19
21:10
Funcionário de Arquitetura 12:30
Nutritriz 16:30

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Direto livre

Transferido:

Senha:

Para:

Dr. Thiago Burli Fontes

Médico

CRM-PE 27456

Carimbo Médico

983816



Simone Cerezo
Tec em Radiologia
CRTR 012627



24 HORAS - ENGENHO VELHO

romo da Classificação de Risco - Protocolo
ata e hora retirada da senha: 04/02/2019 10:29

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Nome Paciente:	JONAS BATISTA RAMOS
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	07/06/1988
Sexo:	Masculino
Idade:	30
Senha:	0072
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 04/02/2019 10:29 - 04/02/2019 10:30

JULIANA FERREIRA LIMA APOLINARIO - COREN: 459039 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: DOR EM REGIAO DA CLAVICULA APOS TRAUMA

Observação: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
NEGA HAS E DM

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- RÉGUA DE DOR: 1
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG

Acolhido(a) por: JULIANA FERREIRA LIMA APOLINARIO - COREN: 459039 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/02/2019 10:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 02/09/2019 21:11:27
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090221112757200000049418206>
Número do documento: 19090221112757200000049418206

Num. 50199381 - Pág. 14

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/02/2019 20:58

	Nome Paciente: JONAS BATISTA RAMOS Cód. Paciente: Data de Nascimento: 07/06/1988 Sexo: Masculino Idade: 30 Senha: 0040 Convênio: Atendimento: SAME:
--	---

Período: 04/02/2019 21:17 - 04/02/2019 21:19

SHEILA REGINA DE MELO SERRANO DE ANDRAD - COREN: 9473 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGÊNCIA AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE HÁ 1 MES SOFREU QUEDA DE MOTO FRATURANDO CLAVICULA ESQ. EM TEMPO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, APRESENTA DOR LOCAL, NEGA ALERGIA, HAS E DM. ENCAMINHADO COM SENHA: 5612847
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: SHEILA REGINA DE MELO SERRANO DE ANDRAD - COREN: 9473 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/02/2019 21:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 02/09/2019 21:11:27
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090221112757200000049418206>
Número do documento: 19090221112757200000049418206

Num. 50199381 - Pág. 15



SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

DADOS DO PACIENTE

Nome: Jonas Batista Ramo
Nº Prontuário: 113419
Data de atendimento 06/02/19
Data de ALTA 04/02/19

Para: INSS
DPVAT
OUTROS

Data da solicitação 06/02/19 Previsão de entrega 18/02/19

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: O mesmo
RG _____ Contato: _____

Assinatura

OBSERVAÇÃO: Os documentos aqui solicitados só serão
entregues ao paciente, mediante apresentação de documento
original oficial com foto.

TEL:(81) 3183-0035 (seg à sex de 08h às 12h / 13h às 17h)

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

CÓD. 38422





CONTROLE DE ALTA

NOME: Jones Batista Roros.

IDADE: _____

ALTA DOMICÍLIO

ALTA TRANSFERÊNCIA

ALTA AMBULATÓRIO

6 a 7 dias

DATA 04/02/19

15-02-19

HORA _____

6:30 hs ap

*9:00 hs
livro*

Assinatura e Carimbo do médico



SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS		
NOME: <u>Jacques S. Ribeiro</u> IDADE: <u>113 yrs</u>		
REGISTRO: <u>113 yrs</u> SETOR SOLICITANTE: <u> </u> DATA: <u>11/11/11</u>		
<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> HOSPITAL ENF: <u> </u> LEITO: <u> </u>		
<input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> ROTINA <input type="checkbox"/> CONTROLE		
EXAME: <u>Rc amnio - C AD/09/11</u>		
MOTIVO: <u>Coxoide</u>		
REQUISITANTE/CARIMBO: _____		
LAUDO:		
DATA: <u>11/11/11</u>		
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO		





LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento:

15/02/19

Nº PRONTUÁRIO:

13419

NOME DO PACIENTE:

José B. Alves

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

S42

Falha de dor

OBS.:

Nº DIAS

30 (Trinta) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391

*De: Henrique Rodrigues
Ortopedia
CRM-PE 13558*



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta Resposta Verba () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma Glashow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular	4
Abertura Ocular a Voz	3
Abertura Ocular a Dor	2
Sem Abertura Ocular	1

RESPOSTA VERBAL

Orientado	5
Confuso	4
Resposta Inapropriada	3
Sons incompreensíveis	2
Sem Resposta Verbal	1

RESPOSTA MOTORA

Obedece Comando	6
Localiza Estímulo Doloroso	5
Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Descorticação	3
Descerebração	2
Sem Resposta Motora	1

TOTAL DE PONTOS ECG: **15**

Sinais de disfunção cerebral :Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na Fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
 ECG 3-8: TCE GRAVE
 ECG 9-13 :TCE Moderado
 ECG 14-15: TCE Leve

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

Imobilização tala Gessada: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar:

Infusão de fluidos: S() N() Especificar:

Volume dos Fluidos Infundido:

Oxigênio terapia: Cateter () Venturi () CPAP()

Outras condutas:

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Intercorrências:

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

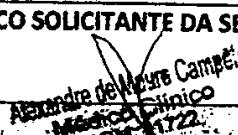
INTERCORRÊNCIAS

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Alexandre de Moura Campelo
 Médico Clínico
 CRM: 11722

Médico da Liberação do Paciente

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: () SIM NÃO

GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA			
NOME:	Jones Batista Romas		
IDADE:	30 anos	SEXO:	masculino
CIDADE:	BAIRRO:		UF:
HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente com fratura em clavícula esquerda e emântico costal esquerdo há 1 mês e 10 dias.			
EXAME FÍSICO:	HGT:	F.C.:	P.A: 120 x 80
BGC: orientado, comido, hidratado, espírito alegre			
EXAMES COMPLEMENTARES:			
Radiografia de tórax: Fratura em clavícula esquerda + inativa em 1º anel costal esquerdo.			
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:			
HD1: Fratura clavicular + Fratura 1º anel costal			
HD2:			
CONDUTA TERAPÉUTICA: Radiografia tórax + encaminhamento pronto-móvel.			
JUSTIFICATIVA: Não dispomos de ortopedista no serviço.			
HOSPITAL DE DESTINO:	MÉDICO SOLICITANTE DA SENHA:		
HSM	 Anderson de Moraes Campelo Médico Clínico CRM-RJ 1722		
SENHA:	5612847		
DATA:	04/02/2019		
	HORA: 11:00h		





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
ENCERMO VELHO

GESTÃO
IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jonas Batista . Registro: _____

Responsável: _____ **Contato:** _____

Data/Hora
04/02/13 11:00

Enfermagem - Adm 335 #
Professora: Dr. Ana Paula

Sobre as atividades neste setor monitorado:
do consultório médico. HD: Fratura em clavícula (E). As exames: ESR, Cervical cervical, espiro, hidratado. Sintomas edema em clavícula (E). Sigue os cuidados necessários. Agendando atendimento.

Reavaliação

18h40min.
04/02/13

HD: (1) Dúvidas de clavícula
Doença crônica no momento
CS: (1) Acusava intensificação de HDH.

Dr. Ana Paula Fontes
Medicina
CRM-PE 27456



PADRÃO AMARELA LEITO:	PACIENTE: Eduardo Batista	REG:
		DATA: 04/02/19

Alergia: Não Sim _____

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
<i>Dieta</i>	Dieta VG leve	
<i>Hidratação</i>	0	
<i>ATB</i> <i>DO:</i> / /	0	
<i>Sintomáticos</i>	Dipirona 500 mg/ml - 01 AMP + AD EV 6/6H se dor ou T > 37,8° Ondasetrona 8mg 01 FA + 100ml de SF 0,9% EV de 8/8 horas se náusea ou vômito. Omeprazol 40 mg - 1 AMP + AD EV 24/24h Captopril 25mg 01 comp. Vo de 8/8hrs se PAS > 160 ou PAD > 110 <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Clonidina 0,100 mg - 01 comprimido, via oral se PAS >= 170 mm Hg e/ou PAD >= 110 , se refratário ao captopril. <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<i>Anticoagulação</i>	Enoxaparina 40 mg 1 AMP SC 24/24 h <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<i>Glicemia</i>	<i>Insulina Regular conforme HGT SC:</i> 70-150: 0 UI 251-300: 6 UI 151-200: 2UI 301-350: 8UI 201-250: 4 UI 351-400: 10 UI > 400: 12 UI (avisar plantonista)	
<i>Vias Aéreas</i>	Oxigenioterapia: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Venturi ___ % <input type="checkbox"/> Catéter nasal O2 ___ litros/min	
	NBZ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Berotec ___ gotas + Atrovent ___ gotas + SF 0,9% ___ ml de ___ / ___ h	
	Hidrocortisona 500 mg 1 AMP + 10 ml de AD: fazer ___ ml EV de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
<i>Diurese</i>	Sonda Vesical de Demora + Medir Diurese <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
<i>Cuidados Gerais</i>	SSVV + CCGG HGT de 6 / 6 h e PA de 6 / 6 h	
<i>Outros</i>	D. Thiago Pinto Fontes <u>Medico</u> CRM-PB 27158	





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

Jones B Reis

cro ad

8

1) Misflet - A — 10x
Tum -o 1 cent 12/11/2018.
po. 5 dias

04/02/18

Dr. Antônio Luís Sá
Médico
FEP - PF 24/06





Prefeitura Municipal do Jaboatão dos Guararapes
Secretaria de Saúde



RECEITUÁRIO

NOME:

Yano Batista

R
1) Rápido 500 mg — 2008

Dra. Yano Batista
CRM - PE 2162

Av. Barreto de Menezes, S/Nº - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE

CEP 54.350-900

Telefones: (81) 3476-3859 - OUVIDORIA (81) 3476-3608

CNPJ 03.904.395/0001-45





Prefeitura Municipal do Jaboatão dos Guararapes
Secretaria de Saúde



RECEITUÁRIO

NOME: Yara Batista Reis

Yara Batista Reis

Ao Antepulto.

H: 1) Sintese de desidro dextor.

*Dr. Luciano Cavalcanti
Médico
CRM - PE 23892*

Av. Barreto de Menezes, S/Nº - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE
CEP 54.330-900
Telefones: (81) 3476-3859 - OUVIDORIA (81) 3476 -3608
CNPJ 03.904.395/0001-45



FORMULÁRIO DE RETORNO

Data do Atendimento:

Nº Prontuário: 113.419

Nome do Paciente: José M. Nogueira

ECG

Psicologia

Curativo

Nutrição

Retirada de Ponto

Fonoaudiologia

Retirada de Fio K

Serviço Social

Imobilização

Alta Ambulatorial

Retorno

Data:

4/10/19

Obs.: _____

De Helder Camara
Assinado por
ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO

