

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Fábio Souza Duarte  
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: autônomo  
RG nº: 3755061 SSP-RR CPF nº: 703.996.152-02  
E-MAIL: fabioluiz369@gmail.com TELEFONE: 99118-1100  
ENDEREÇO: Rua: Fonteza , 238, Nova Vila da

**OUTORGADOS:** IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1639, IGOR BORGES BRÍGLIA, devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 548-E, ambos com endereço profissional nesta Capital.

**PODERES:** Para o foro em geral, e as cláusulas “ad judicia”, exceto para receber citação, para propor, no interesse do OUTORGANTE, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final do julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, pleitear alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações, ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses do OUTORGANTE, em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativa ou judicial, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses do OUTORGANTE em quaisquer esferas e se for o caso, poderes para substabelecer o objeto da presente Procuração com o sem reserva de poderes, e também propor ação na via administrativa junto ao INSS, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

BOA VISTA – RR, 24 de junho de 20 19.

x Fábio Souza Duarte

OUTORGANTE

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Fábio Souza Duarte

ESTADO CIVIL: sóteiro PROFISSÃO: autônomo

RG nº: 37550.61 SSP-RR

CPF nº: 703.996.152-02

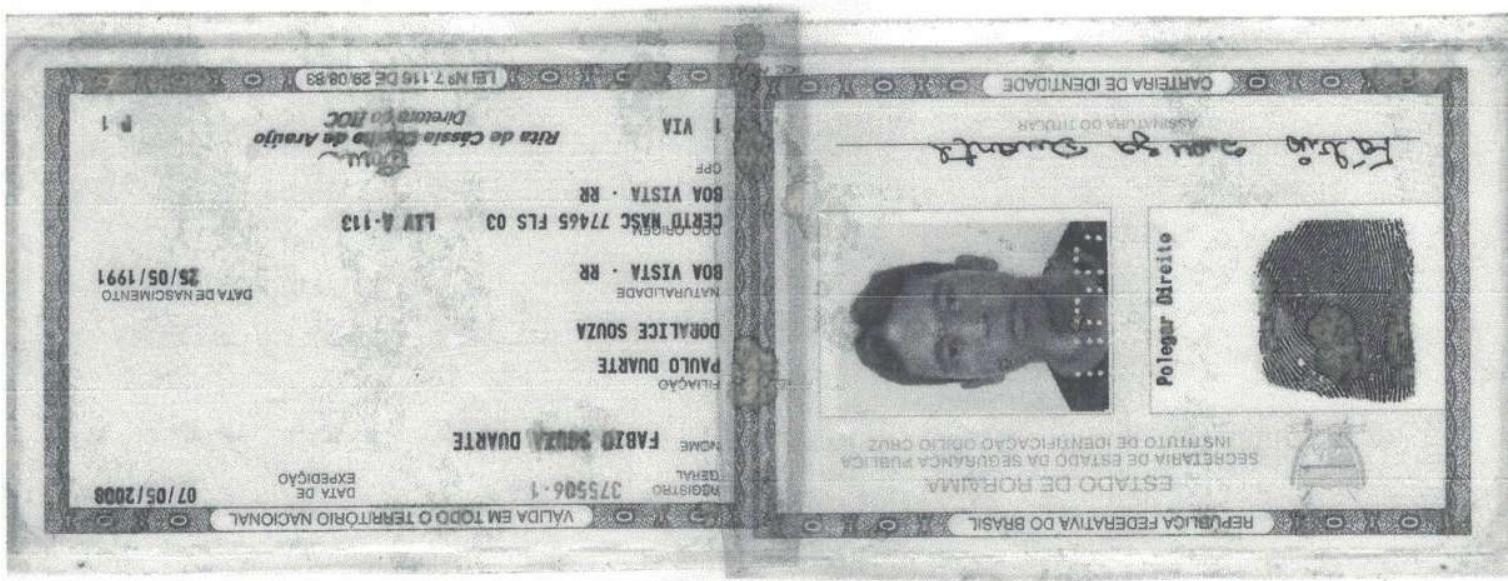
ENDERECO: Rua: Fortaleza, 238, Nova cidade

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de seu sustento e/ou de sua família, nos termos do Art. 99, §3º, da Lei 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

BOA VISTA - RR, 24 de junho de 2019.

x Fábio Souza Duarte

OUTORGANTE



23 MAY 2019





**FABIO SOUZA DUARTE**

FILIAÇÃO:..... PAULO DUARTE

NASCIMENTO:.... 25/05/1991

ESTADO CIVIL:... SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO:... R.G. 3755061 SESP RR 07/05/2008

LEI Nº 9.495, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 703 996 152-02

TIT. ELEITOR:

CNH.....

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTERR - 02/12/2015

SEÇÃO:

ZONA:

Introdução ao Sistema de Trabalho Eletrônico na Escola da Prova

**ALTERAÇÃO DE DENTRADA**

**ALTERAÇÃO DE SAÍDA**

161.35520.81-5

1892103

0050

RR

Fábio Souza Duarte



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

CONTRATO DE TRABALHO

103.212.193/0001-32

D. Ferreira de Freitas - ME

Rua: Campo Grande, N° 691 - Nova Cidade

CEP: 69.316-212

BOA VISTA RR

03 DE dezembro 2015

28 FLS. RICHA 2.9

D. FERREIRA DE FREITAS - ME

Dilma Ferreira de Freitas

TITULAR

05 Julho 16

G. Ferreira

## TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.472 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o 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 seus 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.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, 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.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)







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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 013974/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 09/05/2019 09:38 Data/Hora Fim: 09/05/2019 09:59  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 09/05/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 07/01/2019 21:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Tancredo Neves  
Logradouro: Avenida General Ataíde Teive

Tipo do Local: Via Pública

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

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: FABIO SOUZA DUARTE (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 25/05/1991  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Doralice Souza

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.996.152-02  
RG - Carteira de Identidade: 375506-1

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR N°: 238  
Logradouro: Rua Fortaleza  
Bairro: Nova Cidade

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Nenhum Objeto Informado

**RELATO/HISTÓRICO**

O comunicante, que não é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que na data, local e hora supramencionados, conduzia sentido Centro, a MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN ES, PLACA NAK 4200, CHASSI 9C2JC302029100117, de propriedade de MOISES MAUES DE LIMA, quando um veículo S 10, de COR PRATA, de PLACA Informa ainda que em decorrência da queda veio a fraturar o punho do lado esquerdo, bem como escoriações pelo corpo. Informa ainda que procurou atendimento médico, de forma esponânea, no dia 08/01/2019, às 14:35 hs conforme prontuário de atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

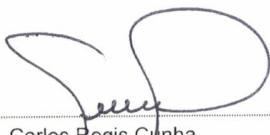


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

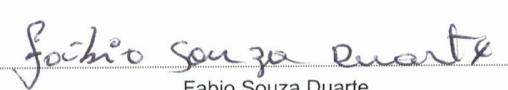
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013974/2019

ASSINATURAS

  
Carlos Regis Cunha

Responsável pelo Atendimento

  
Fabio Souza Duarte

(Comunicante / Vítima)

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

09 MAIO 2019  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR  
MAT. 42000372

23 MAIO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação Reclassificação \_\_\_\_\_:  
\_\_\_\_ Vermelho  
\_\_\_\_ Laranja  
\_\_\_\_ Amarelo  
\_\_\_\_ Verde  
\_\_\_\_ Azul Ass.: \_\_\_\_\_

**Reclassificação** \_\_\_\_\_:  
\_\_\_\_ Vermelho  
\_\_\_\_ Laranja  
\_\_\_\_ Amarelo  
\_\_\_\_ Verde  
\_\_\_\_ Azul Ass.: \_\_\_\_\_

Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.:

Conducta

- Alta por Decisão Médica
  - Alta a Pedido
  - Alta a Revelia
  - Transferência para:

Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação

ébite

**óbito**  
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não

Destino: ( ) Família

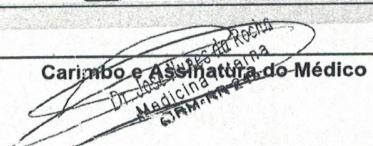
( ) IML Anatomia Patológica

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

#### **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: antonia.soares  
Data Hora: 08/01/2019 14:35:55

23 MAIO 2019



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE <i>H.G.R</i>		<input type="checkbox"/>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE <i>Fábio Souza Duarte</i>		<input type="checkbox"/>	
4 - CNES		<input type="checkbox"/>	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Fábio Souza Duarte</i>		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>710161310101741816125191710</i>	
8 - DATA DE NASCIMENTO <i>25/05/1991</i>		9 - SEXO <i>masc.</i>	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Doralice Souza</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <i>R. Fortaleza, 238, Nova Cidade</i>		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Boa Vista</i>	
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <i>RIRI</i>		15 - UF <i>ROR</i>	
16 - CEP <i>69000-000</i>			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
<p>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</p> <p><i>Paciente gênero masculino de 27 anos de idade Vitória da humana murchos e espasmos friaca de moco</i></p>			
<p>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</p> <p><i>Internar</i></p>			
<p>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</p> <p><i>Histórico + Exame físico + Radiografia</i></p>			
20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Sintomas de Barton (E)</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIAJAC	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
28 - DOCUMENTO ( ) CNS		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ( ) CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Dr. Wagner</i>		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>08/10/18</i>	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<p>33 - ACIDENTE DE TRABALHO</p> <p>34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO</p> <p>35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO</p> <p>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR      ( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURADO</p>			
<p>36 - CNPJ DA SEGURADORA</p> <p>39 - CNPJ EMPRESA</p>			
37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - CÓD. ORGÃO EMISOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0308010019</i>	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS      ( ) CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>08/10/18</i>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

23 MAIO 2019

23 MAIO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.: \_\_\_\_\_

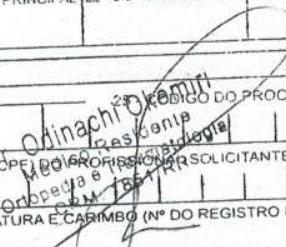
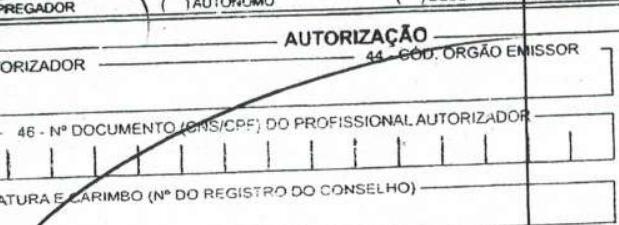
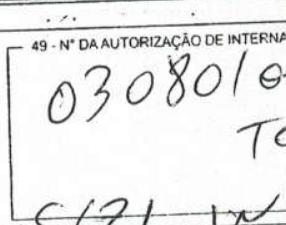
Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.: \_\_\_\_\_

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.: \_\_\_\_\_



DIURNO 07-19 21

1901056712	08/01/2019 14:35:08	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	CPF	Prontuário
Paciente <b>FABIO SOUZA DUARTE</b>	Órgão Emissor Documento <b>SSP/RR</b>	Data Nascimento <b>25/05/1991</b>	Idade <b>27 A 7 M 14 D</b>	CNS <b>706300748625470</b>	Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>	
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>	Documento <b>3755061</b>	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>SOLTEIRO(A)</b>	Raça/Cor <b>PARD</b>	Naturalidade <b>BOA VISTA - RR</b>	Contato <b>(95) 99123-6022</b>
Mãe <b>DORALICE SOUZA</b>			Pai <b>PAULO DUARTE</b>			Ocupação
Endereço <b>RUA - FORTALEZA - 238 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR</b>						
Class. de Risco <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Plano Convênio <b>Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b></b>	Nº da Carteira <b>Profissional do Atend.</b>	Validade <b>Procedência</b>	Autorização <b>Temp.</b>	Peso <b>Pressão</b>	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento <b>OUTROS</b>			Procedimento Sol.			Registrado por: <b>ANTONIA.SOARES</b>
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>					
Queixa Principal			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem			GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____						
PREScrição <i>Dínam (1)</i> <i>tistic (1)</i> <i>anam (1)</i>				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
Conduita <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: _____						
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				
Assinatura do Paciente ou Responsável						
<i>Carimbo e Assinatura do Médico</i>						
Impresso por: antonia.soares	Data Hora: 08/01/2019 14:35:55	23 MAIO 2019				

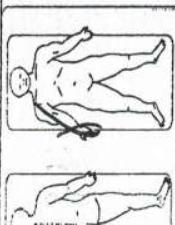
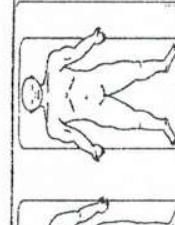
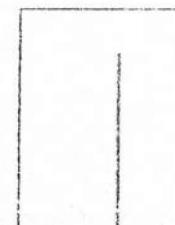
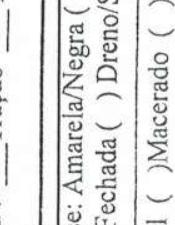
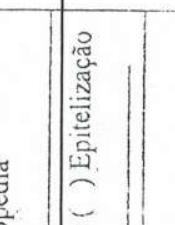
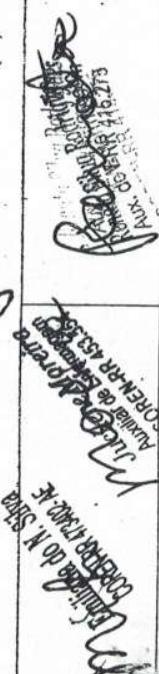
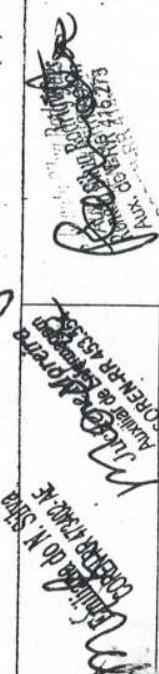
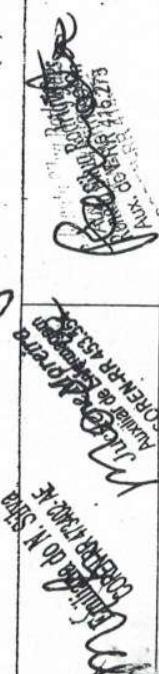
Saúde		Saúde	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		H.G.R	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		Fábio Souza Duarte	
2 - CNES			
4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		Fábio Souza Duarte	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		120375	
9 - SEXO		mas-	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		Doralice Souza	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		R. Santa Lapa, 238, Nova Cidade	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		Boa Vista	
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO			
15 - UF		RR	
16 - CEP			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<p>Paciente Gº de 27 anos de idade      vítima de bala num tiro no      peito de morte</p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<p>Internar</p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<p>Histórico + Exame Físico + Radiografia</p>			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
<p>Fatiga De Bontos (E)</p>			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
R. Souza		08/10/18	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
35 - CNPJ DA SEGURADORA			
36 - N.º DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
37 - N.º DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO		( ) TEMPREGADOR	
( ) AUTÔNOMO		( ) DESEMPREGADO	
( ) APOSENTADO		( ) NÃO SEGURO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO			
46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
( ) CNS		( ) CPF	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
			
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
			
0308010019			
T068			
5621 W149			

23 MAIO 2019

23 MAIO 2019

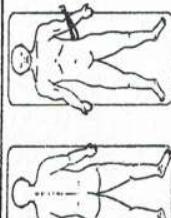
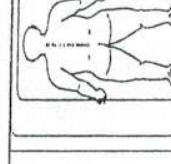
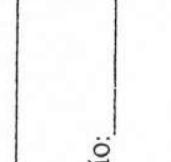
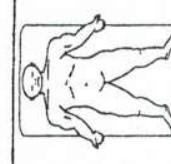
Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		
fls. 1/2				
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EX-EXECUTANTE)</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
3 - NOME DO PACIENTE	Fábio Souza Preto		4 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO	8 - RACIA/COR
9 - NOME DA MÃE	/ / / / /		/ / / / /	/ / / / /
10 - TELEFONE DE CONTATO N. DO TELEFONE	/ / / / /		11 - NOME DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO N. DO TELEFONE
13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
			16 - UF	17 - CEP
<b>PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>				
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - QTDE	
Elétrico nervo urugueiro MSE				01
<b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>				
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		23 - QTDE	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTDE	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		29 - QTDE	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTDE	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		35 - QTDE	
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>				
36 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	37 - CID 10 PRINCIPAL		38 - CID 10 SECUNDÁRIO 39 CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
Venõe n. rabel	0756			
40 - OBSERVAÇÕES	Venõe n. rabel. (c) Tumoral			
<b>SOLICITAÇÃO</b>				
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	42 - DATA DE NASCIMENTO		45 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REGISTRO DO CONSELHO)	
Maria Braga	12/12/18		6229	
43 - DOCUMENTO	44 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
( ) CNS      ( ) CPF	28181573174320			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
48 - DOCUMENTO	49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
( ) CNS      ( ) CPF				
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		53 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC	
/ / / /			/ / / / /	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>				
54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			55 - CNES	

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo: 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Paciente: <i>Karvio Dutra</i>	Leito: 220-5	Data: 11/01/19		

				
ção	Região:	<i>mSD</i>	Região:	
<input checked="" type="checkbox"/> LPP III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <input type="checkbox"/> Traction <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:			
<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Estafelô ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Estafelô ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____			
<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	<input type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:			
<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:			
<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco			
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%			
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:			
<input type="checkbox"/> 12/12	<input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12	<input type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	
il que unto:	 <i>DR. ENFERMEIRO(a) CLAUDIA MARIA DE SOUZA</i>	 <i>DR. ENFERMEIRO(a) CLAUDIA MARIA DE SOUZA</i>	 <i>DR. ENFERMEIRO(a) CLAUDIA MARIA DE SOUZA</i>	
des:				

PACIENTE FABIO SOUZA DURANTE					
AGENDAMENTO DE BARTON ESGUEIRO					
DATA DE ADMISSÃO	08/01/2019	DIA	DN	25/05/1991	
PRESCRIÇÃO MEDICA					
ITEM	DIETA ORAL LIVRE	PRESCRICAO	HORARIO		
IDADE	27	LEITO	220-5	DATA	12/01/2019
ALERGIAS		HAS	DM2		
OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1CP V.O S/N		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA OU 1 CP V.O S/N			
2	AVP				
4					
7					
8					
9					
10					
11	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIARIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABETICO CORREGAO COM INSULINA REGULAR (SC),	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;	351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	# EXAME FISICO: BEG, LOTE, ACANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPIENICO,	# EXAME FISICO: BEG, LOTE, ACANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPIENICO,
ALIMENTANDO, SEM ALERGOS	ALIMENTANDO, SEM ALERGOS	NORMOCORADO, HIDRATADO.	# PREVISO DE ALTA: SEM PREVISO	# PREVISO DE ALTA: SEM PREVISO	
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,					
EVOLUGAO MEDICA:					
4	351/99 59 -	34196C			
6 H	PA	FC	FR		
12 H	144 X90	59	17	363C	
18 H	138 X86	62	16	363C	
24 H	139 / 48	57	-	363C	
					CRM 1851-RR
					Residente de Ortopedia e
					Trumatologia
					Dr Odinacir Okemiri



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Protoc. n° 1	Versão: 0c	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: <u>Fábio Souza Duante</u>			
		Leito: <u>220-5</u>	Data: <u>13/01/19</u>		
Região:		Região: <u>M 5 E</u>		Região: _____	
		Região: <u>M 5 E</u>		Região: _____	
a do ional udato de je ra ia que nto:	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose; Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelou <input type="checkbox"/> Gramitização <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose; Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelou <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	
	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro: _____		
que nto:	<u>Vanessa da Silva Moraes</u> <u>Uma Técnica Enfermagem</u> <u>COREN-RR 965 152-112</u>	<u>Monica Reis Pinto</u> <u>Técnica Enfermagem</u> <u>DOC 0229/014</u>	<u>Vanessa da Silva Moraes</u> <u>Uma Técnica Enfermagem</u> <u>COREN-RR 965 152-112</u>		
que nto:					

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	08/01/2019	DIH		DN	25/05/1991
PACIENTE: FABIO SOUZA DUARTE					
AGNÓSTICO: FRATURA DE BARTON ESQUERDO					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	27	LEITO	220-5	DATA	14/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N	
2	AVP			MANTE	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N <i>Alergico</i>			S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>11</i>	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO			rotina	
14	SSVV + CCGG 6/6 H			rotina	
15					
16					
17					
18					
19					
20	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					

SINAIS VITAIS					Dr. Odinachi Okemiri Residente, De Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	160/108	60		36.5	
18 H	150/90	58		36.5	
24 H					

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Prot. n° 1	Versão ;	Elaborada: 02/2013	Atualiz.
Paciente: Fábio Pacheco Deante				
Leito: 220-S		Data: 14/10/11/2019.		
Localização	Região: MSE.			
Etiologia	( ) IPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : _____ Traction _____ Fixador Externo ( ) Outro:	( ) ICPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : _____ Traction _____ Fixador Externo ( ) Outro:	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____
Aparência do Leito	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seco ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Quantidade de Exsudato	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Solução de Limpeza	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Rozângela Miguel Deodoro Tef. 5570-0000 COREN-RR 629 702 			
Observações:				



Su. Local:

Estado:

Apaixênc  
Lei

Pelo Períl

ímp

Quantid

Exsur

Soluç

Obed

prim

Tipo

Profiss  
reali  
procedi

Observ



30/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo: 08	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualiza:
Paciente: Fábio S. Duarte Leito: 220-S				
Localização		Região: M5e	Data: 15/01/19	

Localização		Região: M5e	
Etiologia	( ) LPP I II III IV V* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Fracção ( ) Fixador Externo ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV V* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Trauma ( ) Fracção ( ) Fixador Externo ( ) Outro:	
Aparência do Leito	( ) Necrose Amarela/Sílica ( ) Crustace ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dierro/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	
Pole Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Molhado ( ) Ruído ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sangue ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sangue ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Umido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Umido ( ) Seco	
Solução de Limpeza	( ) Álcool 70% ( ) Álcool 70% ( ) Álcool 0,9% ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Pra primária ( ) Outro:	( ) Álcool 70% ( ) Álcool 70% ( ) Hidrogel ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Pra primária ( ) Outro:	
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário	( ) 48/48h ( ) 12/12 ( ) Diário	
Professional que realizou procedimento:	Larissa Alves Marques Técnica de Enfermagem CREF/RR 1247.428-TE		
Observações:			

1-Proficiente do dia anterior:	58
2-Transfereções:	06
3-Altas:	06
4-Transferências:	06
5-Qbitos:	-----
Total (1-2-3):	64
Total (3,4,5):	06

**Típicas estrategias enviadas** → Colocar o leite de destino.

Transcripciones recibidas


SOLITOS

ALIAS

Qtd	Flgra	Adapt.	Name do Paciente	Catelog	Rubber
01	:	:			
02	:	:			
03	:	:			
04	:	:			
05	:	:			
06	:	:			
07	:	:			
08	:	:			
09	:	:			
10	:	:			
11	:	:			
12	:	:			
13	:	:			

CENSO DIARIO

## Intermagoe

HGR

HÓSPITAL GERAL DE RIO VERDE  
AV. BRQ. Eduardo Gómez, 5/M  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0621  
AUTENTICAÇÃO

25 MAR. 2019  
*Shea*  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

PRESCRIÇÃO MÉDICA																													
DATA DE ADMISSÃO		08/01/2019	DIH	DN 25/05/1991																									
PACIENTE	FACIO SOUZA DUARTE																												
AGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDO																												
ALERGIAS	HAS		DM2																										
IDADE	27	LEITO	220-5	DATA 10/01/2019																									
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE			5WJ																									
2	AVP			MAN DIA																									
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N																												
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N																												
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N																												
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N																												
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA																												
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																												
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N																												
13	CURATIVO DIÁRIO			Ron ms																									
14	SSVV + CCGG 6/6 H			Ron ms																									
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>																												
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>																													
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																													
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																													
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																													
<b>SINAIS VITAIS</b> <table border="1" style="float: right; margin-right: 10px;"> <tr> <td colspan="5">Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> <td>T</td> </tr> <tr> <td>10 H</td> <td>142x97</td> <td>64</td> <td>20</td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>130/70</td> <td>60</td> <td>20</td> <td>36,5°</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR					6 H	PA	FC	FR	T	10 H	142x97	64	20	36°C	18 H	130/70	60	20	36,5°	24 H				
Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR																													
6 H	PA	FC	FR	T																									
10 H	142x97	64	20	36°C																									
18 H	130/70	60	20	36,5°																									
24 H																													

11:30. Verifique  
dos SSVV e  
administração

ITEM 9.  
Cristiana Sartório de Souza  
Tec. em Enfermagem  
COREN-RR 462501

PRESCRIÇÃO MÉDICA				DN	25/05/1991
DATA DE ADMISSÃO		08/01/2019	DIH		
PACIENTE	FÁRIO SOUZA DUARTE				
AGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	27	LEITO	220-5	DATA	11/01/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	AVP				matinal
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				18
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				18
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				rotina
14	SSVV + CCGG 6/6 H				rotina
15					
16					
17					
18					
19					
20	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	132x80	62	23	
18 H	150/90	96	18	
24 H				

10/01/19

18 h. administrados etim  
9. paciente com evolução

Isabel Gomes Manoel  
Fis. de Enfermagem  
COREN-RR 510 039

22H paciente  
tirou AVP  
que estava doendo e  
nesteve tomando medicamento

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA		de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<i>Fábio Souza Filho</i>			<i>José Macambira da Eternidade</i>	
DIAGNÓSTICO	<i>Fratura plantar (E)</i>			COREN-RR 179.43	
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	DATA		<i>08/09/18</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantener
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>Suspensão</i>				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				<del>200 12h</del>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>→ 18h</i>				<del>200 96° 12h</del>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<del>S/N</del>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				<del>S/N</del>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<del>S/N</del>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<del>Coly no</del>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				<del>S/N</del>
14	CURATIVO DIARIO				<del>S/N</del>
15					
16					
17					
18	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>				
19					
20					

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Às 18h Internado**PA - 150/10**FC - 65**T - 36+*

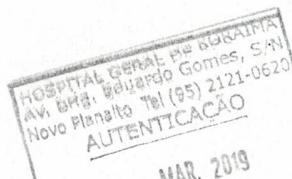
*Elenilda Lima*  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 684.136

*Dr. Odinachi Okemiri*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-1851/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	130x80	57	36,7°C
12 H			
18 H			
24 H	130x80	50	36,6°C

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

*Werlen Cavalcante Matos*  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 1.027.035



*Spule*  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA		de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<i>Fábio Souza Filho</i>				



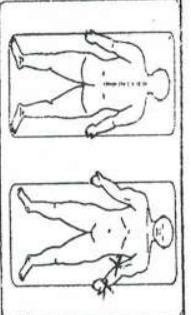
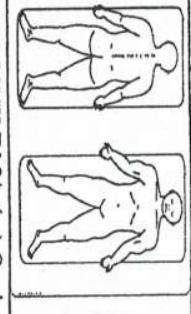
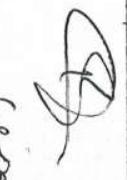


Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Paciente: *Fábio Pedro Duarte*  
Leito: *220-5*

Data: *14/10/2019*

Versão: *3*  
Elaborada: 02/2013 | Atualiz.

Localização	 Região: <i>MSE</i> .	 Região:
Etiologia	<p>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular  <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u>        ( ) Outro:</p>	
Aparência do Leito	<p>( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (<input checked="" type="checkbox"/>) Granulação ( ) Epitelização        ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros</p>	
Pele Perilesional	<p><input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor        ( ) Outro:</p>	
Tipo de Exsudato	<p>( ) Purulento ( ) Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco        ( ) Outro:</p>	
Quantidade de Exsudato	<p>( ) Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido ( ) Seco        ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco</p>	
Solução de Limpeza	<p><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0.9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%        ( ) Outro:</p>	
Cobertura primária	<p><input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel        ( ) Outro:</p>	
Troca	<p>( ) 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h        ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h</p>	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Rozângela Miguel Degloria</i> <i>Técnica Enfermagem</i> <i>COREN-RR 629 702</i>	
Observações:	<p>( )</p>	



## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



### PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	08/01/2019	DIH	DN	25/05/1991
PACIENTE	FABIO SOUZA DUARTE			
AGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	27	LEITO	220-5	DATA
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND		
2	AVP	MANUTER		
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	10		
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SN		
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	pela noite		
13	CURATIVO DIÁRIO	pela noite		
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15				
16	Alto hospitalas 16/01/19			
17				
18				
19				
20	<p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>			

### Evolução médica:

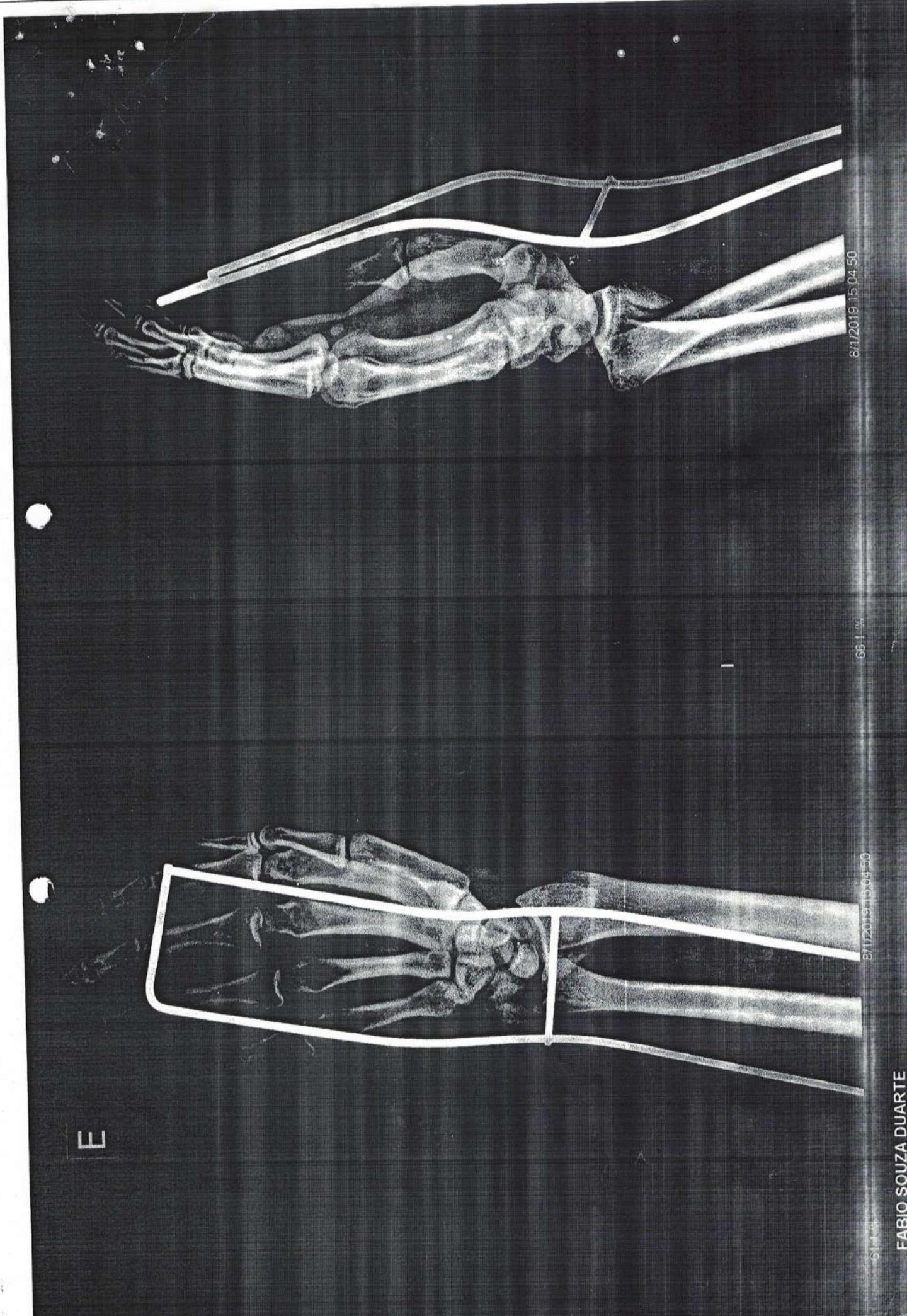
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

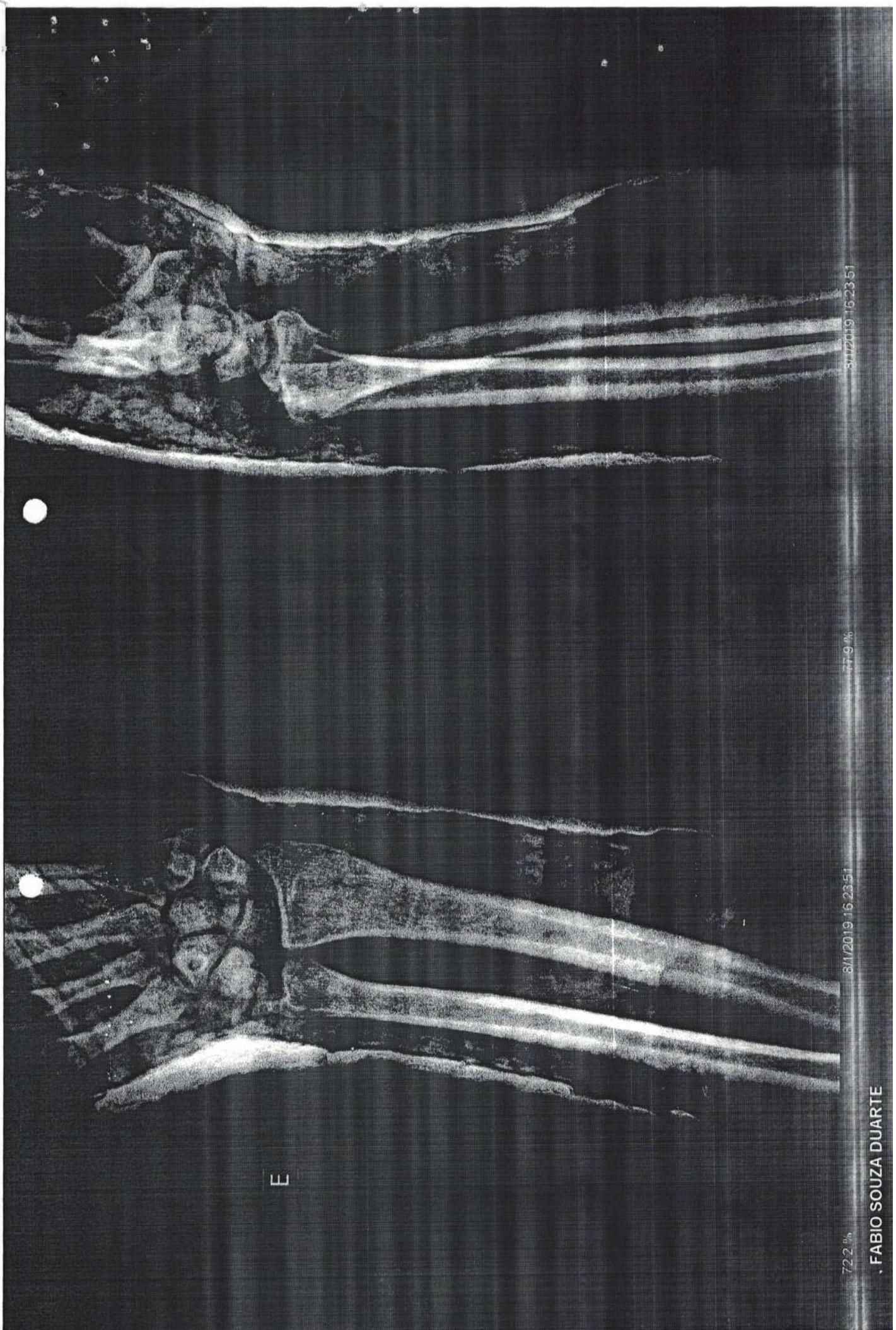
L.M

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	150/89	77	16	36°C	
18 H					
24 H					

Reperc cepulin  
e genitale obes  
a dor gome forte  
li leito 40%

Zilmarina A. do Nascimento  
Técnica de Enfermagem  
CORPO 08 213 8 117





30/09/2019 16:23:51

77.9%

8/11/2019 16:23:51

72.2%

FABIO SOUZA DUARTE



77.9 %

FABIO SOUZA DUARTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

8/1/2019 17:36:24

72.3 %

8/1/2019 17:36:24



E

## **SUBSTABELECIMENTO**

**IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS,**  
brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil  
seccional Roraima sob o nº 1639, com endereço profissional nesta Capital,  
**SUBSTABELECE COM RESERVA DE PODERES** na pessoa de **JOHON  
EMERSON DE SOUZA CAMILO**, advogado devidamente inscrito na OAB/RR  
sob o nº 1376 e **ÍGOR HENRIQUE NORONHA DE SOUZA**, advogado  
devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1885, os poderes contidos na  
procuração que consta nos autos eletrônicos que este acompanha.

Boa Vista/RR, data do protocolo.

*Assinatura digital*

**IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS**

**OAB/RR 1639**