

autopeça

FMS EMERGÊNCIA

Fundação Municipal de Saúde
AIH : 289216054-6
UNI : HGV

Órgão Emissor: FI-400002

SINA
FUTURO

NASCIMENTO
01/03/1955

lony de Castro Leite Albuquerque
CRM 1562 CPF 275.071.063-49
Auditor da FMS / CGSUS / Teresina

UNIDADE: Hospital (LAI)
ENDEREÇO: Av. Fre

IDF

ANTONIO DIONÍSIO SOARES
D. LIBERA: 26/08/2004
PROCD.: 39035158
60546
Usuar.: ELZI
26/08/2004 - 22:34:56

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

1-43

NOME: Antonio Soares		ENDEREÇO RESID.: (Rua, Av, Pça.) Pça. Fernando Albuquerque Nº -		BAIRRO: Zona Rural		CIDADE: Teresina		ESTADO: PI		CEP: 64200-000	
RUA: Nº		ENDEREÇO EM TERESINA: () O MESMO ACIMA		RUA: Nº		BAIRRO: Nº		IDENTIFICAÇÃO OBRIGATORIA		() PACIENTE OU (V) RESPONSÁVEL	
DATA NASCIMENTO: 01/03/55		SEXO: (M) (F) ()		POSSUI PLANO DE SAÚDE? () SIM () NÃO QUAL:		ACIDENTE TRABALHO () SIM () NÃO		PIS/PASEP: RG: 1.103.616.558		CERT. NASC.	
ACID. TRANSITO () SIM () NÃO		ACIDENTE TRABALHO () SIM () NÃO		PIS/PASEP: RG: 1.103.616.558		CERT. NASC.		RESPONSÁVEL PELO PACIENTE		NOME: Lúcia de Fátima Silva Pereira	
ENDEREÇO RESID.: (Rua, Av, Pça.) Pça. Fernando Albuquerque Nº -		BAIRRO: Zona Rural		CIDADE: Teresina		ESTADO: PI		CEP: 64200-000		NOME: Lúcia de Fátima Silva Pereira	
ENDEREÇO RESID.: (Rua, Av, Pça.) Pça. Fernando Albuquerque Nº -		BAIRRO: Zona Rural		CIDADE: Teresina		ESTADO: PI		CEP: 64200-000		NOME: Lúcia de Fátima Silva Pereira	

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

NOME: Lúcia de Fátima Silva Pereira		ENDEREÇO RESID.: (Rua, Av, Pça.) Pça. Fernando Albuquerque Nº -		BAIRRO: Zona Rural		CIDADE: Teresina		ESTADO: PI		CEP: 64200-000	
RUA: Nº		ENDEREÇO EM TERESINA: () O MESMO ACIMA		RUA: Nº		BAIRRO: Nº		IDENTIFICAÇÃO OBRIGATORIA		() PACIENTE OU (V) RESPONSÁVEL	
DATA NASCIMENTO: 01/03/55		SEXO: (M) (F) ()		POSSUI PLANO DE SAÚDE? () SIM () NÃO QUAL:		ACIDENTE TRABALHO () SIM () NÃO		PIS/PASEP: RG: 1.103.616.558		CERT. NASC.	
ACID. TRANSITO () SIM () NÃO		ACIDENTE TRABALHO () SIM () NÃO		PIS/PASEP: RG: 1.103.616.558		CERT. NASC.		RESPONSÁVEL PELO PACIENTE		NOME: Lúcia de Fátima Silva Pereira	
ENDEREÇO RESID.: (Rua, Av, Pça.) Pça. Fernando Albuquerque Nº -		BAIRRO: Zona Rural		CIDADE: Teresina		ESTADO: PI		CEP: 64200-000		NOME: Lúcia de Fátima Silva Pereira	
ENDEREÇO RESID.: (Rua, Av, Pça.) Pça. Fernando Albuquerque Nº -		BAIRRO: Zona Rural		CIDADE: Teresina		ESTADO: PI		CEP: 64200-000		NOME: Lúcia de Fátima Silva Pereira	

CPF MED. SOLICITANTE: 583134403-00		CÓD. DO PROCED. SOLICITADO: 39035158		TIPO INTERN.: OS		CLÍNICA: outópica		HISTÓRIA/EXAME DO PACIENTE: Exame físico e / exame de laboratório com resultados negativos.		RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES: Exame físico e / exame de laboratório com resultados negativos.	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Doença de Alzheimer		PROCEDIMENTO SOLICITADO: Exame físico e / exame de laboratório		ASSINATURA/CAIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE: [Assinatura]		DATA: 04/08/04		ASSINATURA DO SUS: Pça. João Luís Ferreira, 227/N 221-1440		CENTRAL DO SUS: Pça. João Luís Ferreira, 227/N 221-1440	
ASS. / CAIMBO MÉDICO AUDIT. (CCAA): 39.035.158		ASSINATURA DO SUS: Pça. João Luís Ferreira, 227/N 221-1440		CENTRAL DO SUS: Pça. João Luís Ferreira, 227/N 221-1440		PROIBIDA A COBRANÇA DE TAXA		ESTA INTERNAÇÃO É PAGA PELO SUS		ASS. / CAIMBO MÉDICO AUDIT. (CCAA): 39.035.158	

HO

* DADOS DO PACIENTE *

Paciente: 10117403 - ANTONIO DIVISIO SOARES

Nascimento: 04/08/1965

Sexo: MASCULINO

Endereço: RUA DE ABRIL, 100 - JARDIM

Cidade: SÃO PAULO - SP - CEP: 04000-000

Telefone: (011) 4000-0000

Data de Internação: 04/08/04

Nom

Sexo

CLÍNICA

* DADOS DA INTERNAÇÃO *

Cod. e 2000000000 Data: (04/08/2004)

Local: Hospital de São Paulo - São Paulo - SP

Módulo: 001 - ALTO DE SÃO PAULO

Módulo: 001 - ALTO DE SÃO PAULO

Módulo: 001 - ALTO DE SÃO PAULO

Módulo: 001 - ALTO DE SÃO PAULO

Módulo: 001 - ALTO DE SÃO PAULO

DIAGNÓSTICO

PROVISÓRIO

PRINCIPAL

Acessórios complicações

"causa mortis"

Histo - Patológico

Sintomas e sinais principais

TRATAMENTO

Tipo	Terapêutica Médica	Operações Principal	Eficácia
☐ Nenhum	LMC + Rituximab metilpred sulfamet		☒ Eficaz
☐ Médico			☐ Ineficaz
☒ Cirúrgico		Acessórias	☐ Prejudicial
☐ Médico Cirúrgico			☐ Não Avaliado

DURAÇÃO

Data da Internação	Data da Alta	Dias de Hospitalização
04-08-04	07/08/04	03 dias

ALTA

ÓBITOS

Condições	Tipo	
☐ Curado	☐ Decisão Médica	☐ Sem Tratamento
☐ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Decurso Tratamento Clínico
☐ Estacionário	☐ Por Indisciplina	☐ Operatório
☐ Outros	☐ Para Tratamento Ambulatorial	☐ Pós-operatório (12h)
	☐ Transferido para Outro Hospital	☐ Pós-operatório (24h)
	☐ Veio só para Diagnóstico	☐ Pós-operatório (1ª semana)
	☐ Outros	☐ Pós-operatório (até 40 dias)
		☐ Outros

Especificar aqui

Especificar aqui

Especificar aqui

CODIFICAÇÕES

07/08/04

Data

Assinatura do Médico

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

CLÍNICA: Ortopedia

NOME: Antônio Dionísio Soares LEITO: 109-2

DIAGNÓSTICO: osteomielite fúnea (F)

OPERAÇÃO: Cura fúnea osteomielite fúnea (F)

CIRURGIÃO: Dr. Flávio Maciel

AUXILIARES: 1º Dr. Yuri Lopes 2º

INSTRUMENTADORA Sônia CIRCULANTE: Rosângela

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) Incisão de curvatura dorsal
(2) Anestesia + tração = 30° (3) Anestesia
fúnea (F) e fúnea (F) (4) Retirada de tecido
infundido na fúnea (F) Drenagem de 200
Neutro e repulsa na fúnea (F) Lav. q. 500

ACIDENTE - INCIDENTE (1) Ferimento dorsal de fúnea

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS NA SALA (3) unidades

NOME	UND	QUANT	PREÇO	NOME	UND	QUANT	PREÇO
degenerante	und	200		Agulha 30x7	-	01	
Tópico	-	100		Agulha 40x17	-	01	
Alcool 70-100	-	100		Agulha p/curvatura	-	01	
Alcool a 70-100	-	100		Cepo	-	03	
Agua Oxigenada	-	100		Algodão 01x	-	23	
Óleo	-	100		Seringa 10ml	-	01	
soro fisiológico	-	500		Seringa 20ml	-	01	
				Seroplástico	-	03	
lente preso	ml	03					
Gases S-O	-	03		Soro 7,5	ml	03	
				Soro 8.0	-	03	
Marrom 24	und	01					
Alp 19	-	01		aproximado	cm	100	
equipo p/ 1000	-	01					

FIOS CONSUMIDOS NA SALA

CÓDIGO	NOME	Nº	ENV.	CÓDIGO	NOME	Nº	ENV.
	Marrom 24	1	03				
	Alp 19	20	03				

DATA: 06, 08, 04

53

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

31A

Nº PRONTUARIO	
---------------	--

Nº PRONTUARIO
521378

NATURALIDADE	PROFISSÃO
--------------	-----------

--	--	--

| SEXO

COR

EST. CIVIL

NATURALIDADE	
--------------	--

PROFISSÃO

PAI

 $\overline{MA}$

** DADOS DA INTERNAÇÃO **
Cod.: 20033252 Data: (04/08/2004)
Paciente: 002 de 002 09:39 Prt: 511378 *

Cod.: 20033232 Data: 09/07/2003
Carater: Urgencia SPS ** Hora: 09:36 ** Pri: 511378 **

CÔ

Medico : 765 - ALUISIO FERRAZ ARCOVERDE

Medico : 765 - ALFONSO PEREZ
Convenio: 001 - S U S Pac: (10117483)

RES

Convenio: 001 - S U S Pac: (10117483)
 Remet: 38014150 - TRATAMENTO CIRURGICO DA OSTEOMIELITE DO(S) OSSO(S)

Cid10 : M869 - OSTEOMYELITIS

ENDI

Clinica : S.P.S. Ent.: ENF. 112 -Leito: 001

FUNCIONARIO DO SAME

OP.

H.D.A

ANT. PESSOAIS:

ANT. HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Alcides

NOME DO PACIENTE <i>Roberto Demizio Soares</i>		PRONTUÁRIO Nº <i>55378</i>	CLÍNICA <i>COT</i>	ENF.º APTº <i>389</i>	LEITO <i>02</i>	MÉDICO ASSISTENTE <i>Alcides</i>	
CIDADE		BAIRRO	SEXO M ☐ F ☐	IDADE	DATA DA INTERNAÇÃO DIA ☐ MÊS ☐ ANO ☐		HORÁRIO HS ☐ MIN ☐
U.F.		PROFISSÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES				
DATA/HORA CÓDIGO							
<i>07</i>	<i>♂ 49 anos</i>						
<i>08</i>	<i># 1º DPO de Tratamento cirúrgico de Osteomielite da perna (E) +</i>						
<i>04</i>	<i>Paciente sem relato de poucas queixas algóicas em membro acometido.</i>						
	<i>① Dieta livre</i>						
	<i>② SG 5% - 1000 ml (EV) ± 14 gt/min</i>						
	<i>③ Keplin 1 g (EV) de 6/6 hs</i>						
	<i>④ Dipirona - 2cc + AP (EV) de 5/6 hs</i>						
	<i>⑤ Voltaren 75 mg. - 1 comp. (IN) de 12/12 hs</i>						
	<i>⑥ Iguemine 5000UI - 0,25 ml (SC) de 12/12 hs</i>						
	<i>⑦ Refinar durão de secção</i>						
	<i>⑧ SSVV + CCG</i>						
	<i>⑨ Curativo</i>						
	<i>Solicitado Raio X de controle (Raio X de perna (E) - AP e perfil)</i>						
	<i>Dr. Aluisio P. Oliveira</i> <i>Ortop e Traumatologia</i> <i>CRM 11263</i>						
	<i>Dr. Viviana Ramos</i> <i>Ortop e Traumatologia</i> <i>CRM 11263</i>						
	<i>Parecer e/ou Prescrição</i>						

51
13
78

SESAPI
 pital Getúlio Vargas
 Teresina - Piauí

(Reinternado)

Codificação	
Doenças	
Operações	
Óbito	coja

Antônio Dionísio Soares

Dr. Cantuária

PRONTUÁRIO MÉDICO

08 06

Dr. Antônio José Gomes de Sousa Neto
 RUA 120 - P. 1 - 202.004 - 25
 Diretor Clínico - Hospital
 H.G.V.

PRONTUÁRIO MÉDICO

HGV**UNIDADE: Hospital Getúlio Vargas**

Av. Frei Serafim, 2352 - Sul Centro Teresina PI

CEP: 64000-000 CGC: 06.553.564/0001-99

04.06.06
Prontuario:

511378

Controle:

20066855

Nome: **ANTONIO DIONISIO SOARES (10117483)**End. Resid.: **POV.FAZENDA CAJUEIRO - ZONA RURAL**Cidade: **CAMPO MAIOR - PI**CEP: **64280-000**

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	01/03/1955	51a:3m:18d	Casado(a)	LAVRADOR
Cadastro:	Cor:	Fone:	Cartão SUS (CNS):	Documento:
23/12/2003				

Pai: **LUIS RODRIGUES SOARES**Mãe: **MARIA MARCOLINA RODRIGUES**

Cônjuge:

Responsável: **LUIZ DA SILVA SOARES**End.Responsável: **POV.FAZENDA CAJUEIRO - ZONA RURAL****CAMPO MAIOR - PI**

64280-000

*Dr. Antônio**Sadilene*
Funcionário do SAME

QP:

H.D.A.

ANT. PESSOAIS:

ANT. HEREDITÁRIOS:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

SUMÁRIO DE ALTA



UNIDADE: Hospital Getúlio Vargas

Av. Frei Serafim, 2352 - Sul Centro Teresina PI

CEP: 64000-000 CGC: 06.553.564/0001-99

Prontuario:

511378

Controle:

20066855

Nome: **ANTONIO DIONISIO SOARES (10117483)**

End. Resid.: **POV. FAZENDA CAJUEIRO - ZONA RURAL**

Cidade: **CAMPO MAIOR - PI**

CEP: **64280-000**

Sexo:

Masculino

Nascimento:

01/03/1955

Idade:

51a:3m:18d

Estado Civil:

Casado(a)

Profissão:

LAVRADOR

Diagnóstico

CID Princ.

--	--	--	--

CID Secund.

--	--	--	--

Sintomas e sinais principais

Internação		Alta		Permanência
04 Data	Hora	Data	Hora	
04/06/2006	16:44			

ALTA

☐ 1.1 Curado

☐ 1.4 Internação p/ Diagnóstico

☐ 1.7 Para complementar Trat. Ambulatorio

☐ 1.2 Melhorado

☐ 1.5 Administrativa

☐ 1.3 Pedido

☐ 1.6 Evasão

PERMANÊNCIA

☐ 2.1 Caráter próprio da doença

☐ 2.4 Doença crônica

☐ 2.2 Intercorrência

☐ 2.5 Impossibilidade de vivência sócio familiar

☐ 2.3 Motivo Social

TRANSFERÊNCIA

☐ 3.1 Tisiologia

☐ 3.5 Obstetrícia

☐ 3.2 Psiquiatria

☐ 3.6 Berçário

☐ 3.3 Clínica Médica

☐ 3.7 Pediatria

☐ 3.4 Cirurgia

☐ 3.8 Outro

ÓBITO COM NECRÓPSIA

☐ 4.1 Antes 48 Hs - Estado pré-agônico ou agônico

☐ 4.2 Antes 48 Hs - Estado não pré-agônico ou agônico

☐ 4.3 Após 48 Hs

ÓBITO SEM NECRÓPSIA

☐ 5.1 Antes 48 Hs - Estado pré-agônico ou agônico

☐ 5.2 Antes 48 Hs - Estado não pré-agônico ou agônico

☐ 5.3 Após 48 Hs

ALTA POR REOPERAÇÃO

☐ 6.1 Politraumatizado com menos de 24 horas da 1ª cirurgia

☐ 6.2 Politraumatizado 24 a 48 horas após a 1ª cirurgia

☐ 6.3 Politraumatizado 48 a 72 horas após a 1ª cirurgia

☐ 6.4 Politraumatizado acima de 72 horas após a 1ª cirurgia

☐ 6.5 Cirurgia de emergência com menos de 24 horas após a 1ª cirurgia

☐ 6.6 Cirurgia de emergência 24 a 48 horas após a 1ª cirurgia

☐ 6.7 Cirurgia de emergência 48 a 72 horas após a 1ª cirurgia

☐ 6.8 Cirurgia de emergência acima de 72 horas após 1ª cirurgia

Próxima AIH:

Ass. Médico Assisten

08 31/06

**LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH****UNIDADE: Hospital Getúlio Vargas**

Av. Frei Serafim, 2352 - Sul Centro Teresina PI

CEP: 64000-000

CGC: 06.553.564/0001-99

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANTONIO DIONISIO SOARES (10117483)	
End. Resid.: POV.FAZENDA CAJUEIRO - ZONA RURAL	
Cidade: CAMPO MAIOR - PI	CEP: 64280-000
Endereço Local (em Teresina) - (Não há)	
Nascimento: 01/03/1955	Possui Plano de Saúde? () Sim () Não
Idade: 51a:3m:18d	Qual: Acidente de Trânsito?
Sexo: Masculino	() Sim () Não
Controle: 20066855	Seguradora: Acidente Trabalho?
	() Sim () Não
Identificação Obrigatória	
Paciente:	
CPF:	RG: 0-SSP-PI - Exp: / /
Reg.Nasc:	
Responsável:	
CPF:	RG: 2201810-PI

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

Nome: LUIZ DA SILVA SOARES	
Endereço: POV.FAZENDA CAJUEIRO - ZONA RURAL	
Cidade: CAMPO MAIOR - PI	CEP: 64280-000

CPF Med.Solicitante:	Proced.Solicitado:	Permanencia	Tipo Intern.:	Clínica:
388.511.724-04	76500063	004	05	S.P.S.

HISTÓRIA/EXAME DO PACIENTE:**RESULTADO DOS EXAMES COMPLEMENTARES:**

Diagnóstico Inicial:

PNEUMONIA HIPOSTATICA NE

Procedimento Solicitado:

PNEUMONIA EM ADULTO

CID:

J182

Data:

04/06/2006

Hora:

16:44

Assinatura/Carimbo do
Médico Solicitante:

JOSE ANTONIO CANTUARIA

Esta Internação é paga pelos SUS

Proibida a cobrança de taxa

Central do SUS: Pça João Luiz Ferreira, 227/N 3221-1440

Ass./Carimbo Médico Audit. (CCAA)

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Aluisio Ferraz Arcoverde
CRM-PI 2463Dr. Osvaldo Moura Campos
CRM-PI 1357Dr. Jorge Henrique T. Cury
CRM-PI 1388Dr. João Siveney Barros
CRM-PI 1849Dr. José Luiz C. B. Siqueira
CRM-PI 1873Dr. Alcides Vilarinho da S.
Filho
CRM-PI 1976Dr. Yuri Jivago Félix
CRM-PI 2308Dr. José Renata B. Gomes
CRM-PI 2083Dr. Durval Tércio Nunes Leal
CRM-PI 1995Dr. Vitor Alves da Silva
CRM-PI 2933Dr. Themistocles Ramos
CRM-PI 2798

Atestado de Atividade Profissional

Atestado de Atividade Profissional

Atesto para o(a) paciente que
que o paciente possui
encontra-se com sequelas
de fratura de fêmur da perna
esquerda, não apresentando
opção para sua mobilidade
atual (Cód. S. 30.1)

10/30/06

Dr. Aluisio F. Arcoverde
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**copil** Clínica Ortopédica do Piauí Ltda
CNPJ 12.317.665/0001-02Rua Desembargador Pires de Castro, 692/S • Fone/Fax 3222-4488 - Fone: 3222-4773
CEP 64.001-390 • Teresina - Piauí

20

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

RECEITUÁRIO

Nome:

Antônio Vaz de Sá
Paulo Vaz de Sá

Matrícula:

Paciente de 45a idade, masculino.
Dr. Paulo, a fim de orientar
de caso, em 06-06-1976, do pe-
rsonagem mencionado grave
do M/E e M/E c/ malha
do botaço e perda de substância
da cutânea do M/E c/expon-
sões, o mesmo foi 3 vezes
do M/E 3/0 de modo regular.

Data:

25, 7, 7

Dr.

Antônio Vaz de Sá
Mendes
428 423-20
HGV