



Procedômio Advocacia e Consultoria Jurídica
Dr. José Francisco Procedômio da Silva
OAB/PI Nº 12.813

PROCURAÇÃO AD JUDITIA

OUTORGANTE: <u>ANTONIO FERREIRA DA COSTA</u>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>AVÔNOMO</u>
RG nº: <u>1.603.824</u>	CPF/MF nº: <u>784.465.203-99</u>	
Endereço: <u>RUA PROFESSOR ARTUR FARIAS Nº 1499, BAIRRO: NOVA TERESINA, TERESINA - PI</u>		

OUTORGADO: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA E MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira (o) Estado Civil: Solteiro (a)

RG nº: 2.684.877 - SSP/PI RG nº: 1.457.994-SSP/PI

CPF/MF nº: 023.365.163-22

CPF/MF nº: 703.754.703-44

Profissão: Advogado/ Bacharel em Direito OAB/PI Nº 12.813.

Endereço Profissional: Rua Henrique Dias - 790, Vermelha, Teresina - PI (CEP: 64019-330).

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, com fulcro no Princípio da Inafastabilidade da Jurisdição, previsto no art. 5º, XXXV, da constituição federal, e nos moldes do art. 595 do CC, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado acima qualificado, então Outorgado, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad-judicia, conforme o art. 5º da lei nº 8.906/94 e art. 105 do NCPC, podendo agir junto às repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como os especiais para confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei nº 7.115/83, REQUERER DECLARAÇÕES EM ÓRGÃOS PÚBLICOS e substabelecer está em quem lhe convier, com ou sem reservas com o fim específico de propor Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT por Incapacidade Permanente Adquirida por Acidente de Trânsito

Teresina - PI, 07 de Janeiro de 2019.

Antonio Ferreira da Costa

-Outorgante-

Rua Henrique Dias, Nº 790 - Bairro: Vermelha - Teresina - PI - (CEP: 64.019-330)

Fone: (086) 99528-6961/ 99817-4512

E-mail: procedomio@hotmail.com



LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

ASSINATURA DO DETENTOR

1140851

784.465.203-97

EXP. TERESINA-PI 07/12/17

CERT. CASAM. 25735 X 648 F 12V

DOC. ORDEM

TERESINA-PI

NO. TUALIZADO

MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO COSTA

RAIMUNDO LUIZ DA COSTA

ANTONIO FERREIRA DA COSTA

1.603.824

DATA DE EXPIRAÇÃO 07/12/17

DATA DE NASCIMENTO 20/05/1978

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

ASSINATURA DO TITULAR

1140851

PROF. JOSÉ FRANCISCO DA SILVA

CARTeira DE IDENTIDADE

1140851

784.465.203-97

EXP. TERESINA-PI 07/12/17

CERT. CASAM. 25735 X 648 F 12V

DOC. ORDEM

TERESINA-PI

NO. TUALIZADO

MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO COSTA

RAIMUNDO LUIZ DA COSTA

ANTONIO FERREIRA DA COSTA

1.603.824

DATA DE EXPIRAÇÃO 07/12/17

DATA DE NASCIMENTO 20/05/1978

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



Número do documento: 19011421221108200000003914650

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

<u>ANTONIO FERREIRA DA COSTA</u>		
Brasileiro (a)	<u>SOLTEIRO</u>	<u>AUTOCLAMO</u>
RG nº: <u>1.603.824</u>	CPF/MF nº: <u>784.465.203-97</u>	
Endereço: <u>RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO N° 1499 BAIRRO: NOVA</u> <u>TERESINA, TERESINA-PI CEP: 64.000-5470</u>		
DECLARA para os fins de obtenção de ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA que é reconhecidamente pobre no sentido legal, não tendo recursos que lhe permitam custear as despesas referentes a um processo judicial de AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ ADVINDOS DE ACIDENTE DE TRANSITO, sem o prejuízo de seu próprio sustento, vez que recebe mensalmente a quantia de R\$: <u>998,00</u> (<u>NOVECENTOS E NOVENTE E OITO REAIS</u>) e que está necessitando com urgência do fim de ver seu direito líquido e certo amparado pela Justiça, tudo nos termos da Lei 7.115/83, com a redação que lhe deu a Lei 7.510/86 e 1060/50, ofício circular 187/2013, art. 98, do CPC/15 e art. 5º, LXXIV, da CF/88, juntando para tanto os documentos probatórios necessários anexadas a esta presente declaração.		

Teresina-PI, 07 de Janeiro de 2019.

Antonio Ferreira da Costa
(CPF 784.465.203-97)





AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU

DATA: 09/11/2018

HORA: 14:00:37

TERMINAL: 20041023

CONTROLE: 200410230514

AGÊNCIA: 3963 - JUSTICA FEDERAL TE

CONTA: 013.00001675-2

CLIENTE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
MESES ANTERIORES

Agosto

06/08	000000	REM BASICA	0,00C
21/08	211205	DP DIN LOT	800,00C
22/08	220712	SAQUE ATM	300,00D
22/08	221605	SAQUE ATM	200,00D
23/08	230718	SAQUE ATM	300,00D

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINDO DE ABREU
DATA: 12/11/2018 HORA: 11:22:31
TERMINAL: 20041016 CONTROLE: 200410160305

AGÊNCIA: 3963 - JUSTICA FEDERAL TE
CONTA: 013.00001675-2
CLIENTE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
MESES ANTERIORES

Junho

05/05	000000	REM BASICA	0,00C
-------	--------	------------	-------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU

DATA: 09/11/2018

HORA: 14:03:17

TERMINAL: 20041023

CONTROLE: 200410230518

AGÊNCIA: 3963 - JUSTICA FEDERAL TE

CONTA: 013.00001675-2

CLIENTE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
MESES ANTERIORES

Julho

05/07	000000	REM BASICA	0,00C
-------	--------	------------	-------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU

DATA: 09/11/2018

HORA: 14:02:03

TERMINAL: 20041023

CONTROLE: 200410230516

AGÊNCIA: 3963 - JUSTICA FEDERAL TE

CONTA: 013.00001675-2

CLIENTE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERENCIA
MESES ANTERIORES

Junho

06/06	000000	REM BASICA	0,00C
-------	--------	------------	-------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU
DATA: 12/11/2018 HORA: 11:24:05
TERMINAL: 20041016 CONTROLE: 200410160300

AGÊNCIA: 3963 - JUSTICA FEDERAL TE
CONTA: 013.00001675-2
CLIENTE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
MESES ANTERIORES

Agosto

05/08	000000	REM BASICA	0,00C
21/08	211205	DP DIN LOT	800,00C
22/08	220712	SAQUE ATM	300,00C
22/08	221605	SAQUE ATM	200,00C
23/08	230718	SAQUE ATM	300,00C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





ESTADO DO PIAUÍ
PODER JUDICIÁRIO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA
GABINETE DA SECRETÁRIA

Ofício Circular n. 187/2013-CGJ

Teresina (PI), 09 de maio de 2013.

Aos Senhores Juízes de Direito do Estado do Piauí

Assunto: PP n. 0000214-33.2013.8.18.0139. Orientação.

Senhores(as) Juizes(as),

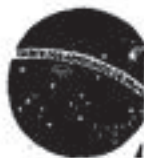
Ao cumprimentá-los, tendo em mira *decisão* do augusto Conselho Nacional de Justiça no PCA n. 200910000039601 - da Relatoria do Cons. José Adonis Calhou de Araújo Sá; o estatuido na Lei Federal n. 1.060/50; o princípio do livre acesso à Justiça; o princípio da reserva material; o princípio da ampla defesa; e o Parecer da Consultoria Jurídica deste Órgão de Correição exarado no Pedido de Providências n. 0000214-33.2013.8.18.0139 – proposto pela Presidência da OAB/PI, que pode ser acessado, na íntegra, na página desta Corregedoria Geral da Justiça na *internet*, ao qual atribuo **força normativa**, **oriento** os meritíssimos Senhores Juizes de Direito do Estado do Piauí a concederem o benefício da "gratuidade da Justiça" também nas ações patrocinadas por advogado particular, quando atendidos os requisitos previstos na Lei Federal n. 1.060/50.

Cumpra-se.

Atenciosamente,

Desembargador FRANCISCO ANTÔNIO PAES LANDIM FILHO
Corregedor Geral da Justiça do Estado do Piauí





TRIBUNAL DE JUSTIÇA ESTADO DO PIAUÍ - CORREGEDORIA
Registro...: 0087235 Data: 01/03/2013 às 12:28
Requerente: Existente VICE-PRESIDENTE DA OAB/EXERCÍCIO.
Assunto...: ENQUADRAMENTO
Título...: OF.N.051/2013-PEDIDO DE RECOMENDACAO/CNJ.
Destino...: SECRETARIO DA CORREGEDORIA
Servidor resp pelo cad: 005

Ofício nº 051/2013-GP

De ordem,
Teresina (PI), 27 de fevereiro de 2013.

*At SCP, para autuar e
registrar. Qui/04/03/13*

A Sua Excelência o Senhor
Francisco Antônio Paes Landim Filho
Corregedor Geral de Justiça do Estado do Piauí
Praça Des. Edgard Nogueira, s/n, Centro Cívico
CEP 64000-830
Teresina-PI

Dir. Nubia Fontenele de Carvalho Campos
Secretária da Corregedoria Geral de Justiça



Assunto: Pedido de recomendação. Cumprimento da decisão do CNJ no PCA nº 200910000039601. Benefício da justiça gratuita. Advogado particular. Possibilidade.

Excelentíssimo Senhor Corregedor,

A Ordem dos Advogados do Brasil – Seção Piauí, por intermédio de sua Presidente em exercício, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência expor e requer o que segue:

A advocacia piauiense tem enfrentado obstáculos indevidos quando da atuação em causas *pro bono*, ou seja, naqueles feitos em que o profissional representa o jurisdicionado de forma voluntária e gratuita.

Invariavelmente, tal atuação se dá em favor de pessoas necessitadas ou de instituições beneficentes, que não tem condições de arcar com os custos do processo judicial - aí se incluindo honorários advocatícios contratuais e taxas judiciais - sem prejuízo ao sustento próprio e/ou da sua família e, no caso daquelas pessoas jurídicas, sem que sua atividade social seja afetada.

21-4-33-2013

Rua Gov. Tibério Nunes, s/n
Cep. 64000-750 Teresina-Piauí
Fonê: (86) 2107 5800





Em face disso, alguns advogados demandam sem uma necessária contraprestação pecuniária, notadamente quando se sensibilizam com a situação de dificuldade enfrentada por tais jurisdicionados, cumprindo assim com seu múnus público¹ e colaborando com a efetivação do princípio constitucional do acesso à justiça. Ainda com esse fim, faz-se necessário postular, em causas dessa espécie, a concessão do benefício da **gratuidade da justiça**, coadunando-se com os postulados constitucionais e com o disposto na Lei 1.060/50.

Entretanto, muitos magistrados indeferem a isenção de custas processuais sob o argumento de que tal benefício seria incompatível com a advocacia privada, restringindo a sua concessão à pessoas representadas pela Defensoria Pública.

Data vênia, tal entendimento mostra-se totalmente dissociado da realidade dos fatos, além de não compreender o real significado da advocacia *pro bono*. Outrossim, do ponto de vista processual, revela descabida intromissão na relação cliente-advogado.

Vale dizer que tal matéria já foi debatida e dirimida no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, a partir da impugnação de ato administrativo outrora baixado por essa Corregedoria local, conforme se depreende do julgado assim ementado:

EMENTA: PROCEDIMENTO DE CONTROLE ADMINISTRATIVO. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. PROVIMENTO 019/2006. ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA. RESTRIÇÃO AO PATROCÍNIO DA CAUSA PELA DEFENSORIA PÚBLICA. IMPOSSIBILIDADE.
1. Pretensão de invalidação parcial do Provimento nº 019/2006, da

¹ A Lei 8.906/94 (Estatuto da Advocacia e da OAB), alinhando-se ao art. 133 da Constituição Federal, assim dispõe:

Art. 2º O advogado é indispensável à administração da justiça.

§ 1º No seu ministério privado, o advogado presta serviço público e exerce função social.

§ 2º No processo judicial, o advogado contribui, na postulação de decisão favorável ao seu constituinte, ao convencimento do julgador, e seus atos constituem múnus público.

Rua Gov. Tibério Nunes, s/n
Cep 64000-750 Teresina-Piauí
Fones: (86) 2107 5800





Corregedoria de Justiça do Estado do Piauí, que estabelece restrição de acesso à assistência judiciária gratuita, permitindo o processamento dos feitos apenas para as partes assistidas por membros da Defensoria Pública.

2. A Lei nº 1060/50 não condicionou o benefício da assistência judiciária ao necessário patrocínio da causa pela Defensoria Pública.

3. A restrição, tal como posta, inviabiliza o instituto da advocacia voluntária, reconhecidamente incentivado por este CNJ (Resolução nº 62/2009), e outras eventuais formas de prestação de assistência jurídica. Procedência do pedido para desconstituição do ato questionado. (Procedimento de Controle Administrativo nº. 200910000039601 - Relator: Conselheiro José Adonis Callou de Araújo Sá. Requerente: Francysllanne Roberta Lima Ferreira. Requerido: Corregedoria Geral de Justiça do Estado do Piauí - 91ª Sessão - j. 29/09/2009 - DJU nº 190/2009 em 05/10/2009 p. 05)

E em razão das ainda frequentes restrições encontradas quando da atuação voluntária dos advogados, faz-se necessário que essa douta Corregedoria adote providências no sentido de dar aplicabilidade ao julgado acima referida, renovando orientação aos Magistrados piauienses no sentido de atuarem em conformidade com o decidido pelo CNJ.

Por todo o exposto, a OAB/PI requer a Vossa Excelência a expedição de ato que dê plena e inequívoca ciência a todos os Juízes de Direito do Estado do Piauí acerca da decisão proferida pelo Conselho Nacional de Justiça no âmbito do Procedimento de Controle Administrativo nº 200910000039601, recomendando que os Magistrados se abstenham de restringir indevidamente o acesso à justiça, autorizando a concessão do benefício da gratuidade da justiça também nas causas patrocinadas por advogado particular quando atendidos os requisitos previstos na Lei 1.060/50.

No ensejo, externamos votos de elevado respeito.

Atenciosamente,

Eduarda Mourão Eduarda Pereira de Miranda
Vice-Presidente da OAB/PI (Presidente em exercício)

Rua Gov. Tibério Nunes, s/n
Cep 64000-750 Teresina-Piauí
Fones: (86) 2107 5800





PROCESSO Nº 0000214-33.2013.8.18.0139

CLASSE: Pedido de Providências

REQUERENTE: EDUARDA MOURÃO EDUARDO PEREIRA DE MIRANDA,
VICE-PRESIDENTE DA OAB-PI (PRESIDENTE EM EXERCÍCIO)

RÉU:

CERTIDÃO

Aos 12/03/2013, recebi o presente expediente, autuei e registrei no Sistema ThemisWeb sob o nº 0000214-33.2013.8.18.0139, nos termos do Provimento nº 019/2004 do Sr. Des. Corregedor Geral da Justiça. Do que lavrei o presente termo que vai devidamente assinado. Dou fé.

Teresina, 12 de março de 2013

MICHELINE JORGE CHAVES CALLAND LEITE
Oficial de Gabinete - Mat. nº 0016730

CONCLUSÃO

Nesta data, faço estes autos conclusos a(o) Exmo(a). Sr(a). Des(a). Corregedor(a) Geral da Justiça. Do que, para constar, lavro este termo.

Teresina, 12 de março de 2013

ANTONIA MARIA BORGES FERNANDES FRANCO
Secretário(a)





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**

PEDIDO DE PROVIDÊNCIAS Nº 0000214-33.2013.8.18.0139

**REQUERENTE: VICE-PRESIDENTE DA OAB/PI – EDUARDA
MOURÃO EDUARDO PEREIRA DE MIRANDA**

REQUERIDA: CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA DO PIAUÍ

PARECER

**PEDIDO DE PROVIDÊNCIAS. CONCESSÃO DO
BENEFÍCIO DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA
TAMBÉM NAS CAUSAS PATROCINADAS POR
ADVOGADO PARTICULAR, QUANDO ATENDIDOS OS
REQUISITOS PREVISTOS NA LEI Nº 1050/60.
CONCLUSÃO PELO DEFERIMENTO DO PEDIDO.
NECESSIDADE DE EXPEDIÇÃO DE ATO
ADMINISTRATIVO PELA CORREGEDORIA A FIM DE
ORIENTAR OS MAGISTRADOS VINCULADOS AO
TRIBUNAL.**

Trata-se de PEDIDO DE PROVIDÊNCIAS deduzido pela ORDEM DOS
ADVOGADOS DO BRASIL – SECÇÃO PIAUÍ, por meio de sua Vice-Presidente, no
exercício da Presidência, EDUARDA MOURÃO EDUARDO PEREIRA DE
MIRANDA, por meio do qual se insurge contra o Provimento 019/2006, editado por
esta Corregedoria Geral de Justiça, no que se refere à limitação do acesso à
assistência judiciária gratuita, permitindo o processamento dos feitos apenas para as
partes assistidas pela Defensoria Pública.

A Requerente sustenta, em síntese, que: *i)* a advocacia piauiense tem
enfrentado obstáculos indevidos quando da atuação em feitos nos quais o
profissional representa o jurisdicionado de forma voluntária e gratuita; *ii)* tal atuação





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**

se dá em favor de pessoas necessitadas ou instituições beneficentes, que não têm condições de arcar com os custos do processo judicial sem prejuízo do sustento próprio e de sua família ou sem que sua atividade social seja afetada; *iii)* em face disso, alguns advogados demandam sem uma necessária contraprestação pecuniária, notadamente quando sensibilizados com a situação de dificuldade enfrentada por tais jurisdicionados, cumprindo, assim, o seu múnus público e colaborando com a efetivação do princípio constitucional do acesso à justiça; *iv)* nestes casos, faz-se necessário postular a concessão do benefício da gratuidade da justiça, em conformidade com os postulados constitucionais e com o disposto na Lei nº 1.060/50; *v)* a referida isenção é repetidamente indeferida por muitos magistrados sob o argumento de que tal benefício seria incompatível com a advocacia privada, restringindo-se a sua concessão a pessoas representadas pela Defensoria Pública; *vi)* tal entendimento mostra-se totalmente dissociado da realidade dos fatos pois, além de não compreender o real significado da advocacia *pro bono*, revela uma descabida intromissão na relação cliente-advogado; *vii)* a matéria já foi debatida e dirimida no âmbito do Conselho Nacional de Justiça em face de impugnação de ato administrativo anteriormente baixado por esta Corregedoria; *ix)* em razão das ainda frequentes restrições encontradas quando da atuação voluntária dos advogados, faz-se necessário a adoção de providências por parte da CGJ/PI no sentido de dar aplicabilidade à decisão do CNJ, *"renovando orientação aos magistrados piauiense no sentido de atuarem em conformidade com o decidido pelo CNJ"* (fls. 04).

Por fim, pugna pela expedição de ato que dê plena e inequívoca ciência a todos os juizes de direito do Estado do Piauí sobre a decisão proferida pelo CNJ no Procedimento de Controle Administrativo nº 200910000039601, recomendando que os magistrados se abstenham de restringir indevidamente o acesso à justiça, autorizando a concessão do benefício da gratuidade da justiça também nas causas patrocinadas por advogado particular quando atendidos os requisitos previstos na Lei nº 1.060/50.





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**

In casu, o cerne da questão jurídica diz respeito em saber se diante de decisão proferida pelo Conselho Nacional de Justiça – CNJ em sede de Procedimento de Controle Administrativo, o qual julgou procedente pedido de invalidação parcial do Provimento nº 019/2006, editado por esta Corregedoria, desconstituindo os itens 1 e 2 do Capítulo IV, deve esta Corregedoria expedir ato dando ciência a todos os magistrados vinculados ao TJPI do conteúdo da decisão, recomendando que se abstenham de restringir indevidamente o acesso à justiça, autorizando a concessão do benefício da gratuidade da justiça também nas causas patrocinadas por advogado particular quando atendidos os requisitos previstos na Lei nº 1.060/50.

**- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CONTROLE ADMINISTRATIVO E
FINANCEIRO DO PODER JUDICIÁRIO - COMPETÊNCIA**

A Constituição Federal de 1988, quando trata dos órgãos do Poder Judiciário, estabelece em seu art. 103-B, o qual foi introduzido pela Emenda Constitucional nº 45/2004, a composição, o funcionamento e a competência do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, órgão de controle administrativo e financeiro.

Com efeito, ao CNJ não compete atuar como revisor de decisões judiciais, pois no exercício de suas funções jurisdicionais os magistrados devem agir com absoluta autonomia e independência na formação de suas convicções.

De outra parte, no exercício do controle administrativo e financeiro, compete ao CNJ, além de outras atribuições, zelar pela observância dos princípios e regras inerentes à Administração Pública, bem como apreciar, de ofício ou mediante provocação, a legalidade dos atos administrativos praticados por membros ou órgãos do Poder Judiciário, podendo, inclusive, desconstituí-los, revê-los ou fixar prazos para que se adotem as providências necessárias ao exato cumprimento da lei, conforme dispõe o art. 103-B, § 4º, inciso II, da CF/88, *verbis*:





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**

Art. 103-B. O Conselho Nacional de Justiça compõe-se de 15 (quinze) membros com mandato de 2 (dois) anos, admitida 1 (uma) recondução, sendo:

(...)

§ 4º Compete ao Conselho o controle da atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário e do cumprimento dos deveres funcionais dos juízes, cabendo-lhe, além de outras atribuições que lhe forem conferidas pelo Estatuto da Magistratura:

(...)

II - zelar pela observância do art. 37 e apreciar, de ofício ou mediante provocação, a legalidade dos atos administrativos praticados por membros ou órgãos do Poder Judiciário, podendo desconstituí-los, revê-los ou fixar prazo para que se adotem as providências necessárias ao exato cumprimento da lei, sem prejuízo da competência do Tribunal de Contas da União; (grifo nosso)

No mesmo sentido, o Regimento Interno do CNJ quando dispõe sobre a competência do Plenário, *in verbis*:

Art. 19. Ao Plenário do Conselho compete o controle da atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário e do cumprimento dos deveres funcionais dos magistrados, cabendo-lhe, além de outras atribuições que lhe forem conferidas pelo Estatuto da Magistratura, o seguinte:

(...)

II - zelar pela observância do art. 37 da Constituição Federal e apreciar, de ofício ou mediante provocação, a legalidade dos atos administrativos praticados por membros ou órgãos do Poder Judiciário, podendo desconstituí-los, revê-los ou fixar prazo para que se adotem as providências necessárias ao exato cumprimento da lei, sem prejuízo da competência do Tribunal de Contas da União e dos Tribunais de Contas dos Estados; (grifo nosso)

Assim, a legalidade dos atos administrativos praticados por membros ou órgãos do Poder Judiciário poderá ser apreciada pelo Plenário do CNJ, o qual poderá ainda desconstituir ou rever o ato, como também fixar prazo para a adoção de providências necessárias ao exato cumprimento da lei.

- O PROCEDIMENTO DE CONTROLE ADMINISTRATIVO

O Regimento Interno do CNJ, quando trata dos diversos tipos de processos admitidos no âmbito daquele Conselho, preceitua que o controle de atos





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**

administrativos poderá ser feito mediante provocação da parte, através de pedido escrito, o qual será autuado e distribuído a um Relator e após a oitiva da autoridade que praticou o ato, não ilidido o fundamento do pedido, o Plenário poderá sustar a execução do ato, desconstituí-lo ou determinar a sua revisão, *verbis*:

"DO PROCEDIMENTO DE CONTROLE ADMINISTRATIVO

Art. 95. O controle dos atos administrativos praticados por membros ou órgãos do Poder Judiciário será exercido pelo Plenário do Conselho, de ofício ou mediante provocação, sempre que restarem contrariados os princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição, especialmente os de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, sem prejuízo da competência do Tribunal de Contas da União.

Parágrafo único. Não será admitido o controle de atos administrativos praticados há mais de cinco anos.

Art. 96. O pedido, que deverá ser formulado por escrito e com indicação clara e precisa do ato impugnado, será autuado e distribuído a um Relator.

Art. 97. A instauração de ofício do procedimento de controle administrativo poderá ser determinada pelo Conselho, mediante proposição de Conselheiro, do Procurador-Geral da República ou do Presidente do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil.

Art. 98. O Relator determinará a oitiva da autoridade que praticou o ato impugnado e, por edital, dos eventuais beneficiários de seus efeitos, no prazo de quinze dias.

Art. 99. Não ilidido o fundamento do pedido, o Plenário determinará:

I – sustação da execução do ato impugnado;

II – a desconstituição ou a revisão do respectivo ato administrativo.

Parágrafo único. O Plenário poderá fixar prazos para que se adotem as providências necessárias ao exato cumprimento da lei ou dos atos do Conselho.

Art. 100. Aplicam-se ao procedimento previsto neste capítulo, no que couber, as regras previstas na Lei nº 9.784/99."

Assim, o Procedimento de Controle Administrativo é espécie processual que objetiva o controle de legalidade dos atos administrativos praticados por membros e Órgãos do Poder Judiciário, sendo indispensável que o interessado demonstre a ilegalidade do ato atacado, quer por vício em sua formação, quer por afronta ao ordenamento jurídico.

Com efeito, o Provimento nº 19/2006 dispõe sobre a distribuição dos processos na Comarca de Campo Maior/PI, a competência dos Cartórios, institui a





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**

informatização nas suas rotinas forenses e dá outras providências, estabelecendo em seu Capítulo IV, itens 1 e 2, o seguinte:

"IV – DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA

1. Em cada um dos Cartórios, funcionará Seção da Assistência Judiciária, que terá competência para processamento de feitos cuja parte autora seja necessitada e que sejam subscritos, exclusivamente, por membros da Defensoria Pública.
2. Considera-se necessitado todo aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar as custas do processo e os honorários de advogados, sem prejuízo próprio e de sua família e que esteja assistido por órgão da Defensoria Pública."

Pelo que se depreende dos fatos, o Procedimento de Controle Administrativo instaurado junto ao CNJ, em referência na inicial do presente Pedido de Providências, Processo nº 200910000039601, impugnou ato administrativo expedido com a finalidade de otimizar a prestação jurisdicional exclusivamente na Comarca de Campo Maior-PI, o qual optou por considerar necessitado para fins de obtenção do benefício da assistência judiciária apenas aqueles cuja situação econômica não lhes permita pagar as custas do processo e os honorários advocatícios e que estejam assistidos pela Defensoria Pública.

A decisão, por sua vez, sob o fundamento de que a opção pela assistência jurídica por advogado contratado não é suficiente para afastar a justiça gratuita, na linha de entendimento do Superior Tribunal de Justiça, julgou procedente o pedido formulado, desconstituindo os itens 1 e 2, do Capítulo IV, do referido provimento.

Entretanto, a questão que se coloca é se a decisão acima deve ser estendida e observada por todos os magistrados vinculados a este E. Tribunal, devendo esta Corregedoria expedir ato dando ciência da decisão e recomendando





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**

que o benefício da gratuidade da justiça seja concedido quando atendidos os requisitos previstos na Lei nº 1.060/50.

Com efeito, a Lei nº 1060/50 estabelece normas para a concessão de assistência judiciária aos necessitados, exigindo como condição para o exercício do benefício tão somente a afirmação da situação de necessitado, ou seja, que a parte não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família (art. 4º).

Entretanto, a lei não estabeleceu o requisito de forma desmedida. Registrou que a presunção dessa condição é relativa, podendo ser contrariada tanto pela parte adversa, por meio de impugnação, quanto pelo juiz, de ofício, desde que este tenha razões fundadas (arts. 7º e 8º).

Outro ponto importante, que merece ser destacado e está contemplado *expressis verbis* na lei citada, é o que diz respeito ao direito que é assegurado ao necessitado de ser assistido, em juízo, por advogado da sua escolha, *verbis*:

"Art. 5º. O juiz, se não tiver fundadas razões para indeferir o pedido, deverá julgá-lo de plano, motivando ou não o deferimento dentro do prazo de setenta e duas horas.

(...)

§ 4º. Será preferido para a defesa da causa o advogado que o interessado indicar e que declare aceitar o encargo.

(...)."

Assim, não deixa de ter direito à assistência judiciária a parte que indicou advogado, não estando obrigada para gozar do benefício a recorrer aos serviços da Defensoria Pública.





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**

Nesse sentido, recentes julgados do Superior Tribunal de Justiça, *ipsis verbis*:

PROCESSUAL CIVIL. JUSTIÇA GRATUITA. DECLARAÇÃO DE POBREZA. PRESUNÇÃO RELATIVA. EXIGÊNCIA DE COMPROVAÇÃO. ADMISSIBILIDADE.

1. A declaração de pobreza, com o intuito de obter os benefícios da assistência judiciária gratuita, goza de presunção relativa, admitindo, portanto, prova em contrário.

2. Para o deferimento da gratuidade de justiça, não pode o juiz se balizar apenas na remuneração auferida, no patrimônio imobiliário, na contratação de advogado particular pelo requerente (gratuidade de justiça difere de assistência judiciária), ou seja, apenas nas suas receitas. Imprescindível fazer o cotejo das condições econômico-financeiras com as despesas correntes utilizadas para preservar o sustento próprio e o da família.

3. Dessa forma, o magistrado, ao analisar o pedido de gratuidade, nos termos do art. 5º da Lei 1.060/1950, perquirirá sobre as reais condições econômico-financeiras do requerente, podendo solicitar que comprove nos autos que não pode arcar com as despesas processuais e com os honorários de sucumbência. Precedentes do STJ.

4. Agravo Regimental não provido.

(AgRg no AREsp 257.029/RS, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, julgado em 05/02/2013, DJe 15/02/2013)

PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO MONITÓRIA. COBRANÇA DE HONORÁRIOS CONTRATUAIS. CONTRATANTE QUE LITIGARA SOB A PROTEÇÃO DA JUSTIÇA GRATUITA. IRRELEVÂNCIA. VERBA QUE NÃO É ALCANÇADA PELOS BENEFÍCIOS CONCEDIDOS PELA LEI N. 1.060/50.

1. "Nada impede a parte de obter os benefícios da assistência judiciária e ser representada por advogado particular que indique, hipótese em que, havendo a celebração de contrato com previsão de pagamento de honorários ad exito, estes serão devidos, independentemente da sua situação econômica ser modificada pelo resultado final da ação, não se aplicando a isenção prevista no art.3º, V, da Lei nº 1.060/50, presumindo-se que a esta renunciou" (REsp 1.153.163/RS, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 26/6/2012, DJe 2/8/2012).

2. Entendimento contrário tem a virtualidade de fazer com que a decisão que concede a gratuidade de justiça apanhe ato extraprocessual e pretérito, qual seja o próprio contrato celebrado entre o advogado e o cliente, interpretação que vulnera a cláusula de sobre-direito da intangibilidade do ato jurídico perfeito (CF/88, art. 5º, inciso XXXVI; LINDB, art. 6º).

3. Ademais, estender os benefícios da justiça gratuita aos honorários contratuais, retirando do causídico a merecida remuneração pelo serviço prestado, não viabiliza,





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**

absolutamente, maior acesso do hipossuficiente ao Judiciário. Antes, dificulta-o, pois não haverá advogado que aceitará patrocinar os interesses de necessitados para ser remunerado posteriormente com amparo em cláusula contratual ad exitum, circunstância que, a um só tempo, também fomentará a procura pelas Defensorias Públicas, com inegável prejuízo à coletividade de pessoas - igualmente necessitadas - que delas precisam.

4. Recurso especial provido.

(REsp 1065782/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 07/03/2013, DJe 22/03/2013)

PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO ORDINÁRIA. GRATUIDADE DE JUSTIÇA. VIOLAÇÃO A DISPOSITIVO CONSTITUCIONAL. ANÁLISE. IMPOSSIBILIDADE. COMPETÊNCIA DO STF. DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS DO REQUERENTE. PRESUNÇÃO IURIS TANTUM. CONTRARIEDADE. PARTE ADVERSA E JUIZ, DE OFÍCIO, DECORRENTE DE FUNDADAS RAZÕES. CRITÉRIOS OBJETIVOS.

1. Trata-se de recurso especial cuja controvérsia orbita em torno da concessão do benefício da gratuidade de justiça.

2. O STJ, em sede de recurso especial, conforme delimitação de competência estabelecida pelo artigo 105, III, da Constituição Federal de 1988, destina-se a uniformizar a interpretação do direito infraconstitucional federal, razão pela qual é defeso, em seu bojo, o exame de matéria constitucional, cuja competência é do STF.

3. Há violação dos artigos 2º e 4º da Lei n. 1.060/50, quando os critérios utilizados pelo magistrado para indeferir o benefício revestem-se de caráter subjetivo, ou seja, criados pelo próprio julgador, e pelos quais não se consegue inferir se o pagamento pelo jurisdicionado das despesas com o processo e dos honorários irá ou não prejudicar o seu sustento e o de sua família.

4. A constatação da condição de necessitado e a declaração da falta de condições para pagar as despesas processuais e os honorários advocatícios erigem presunção relativa em favor do requerente, uma vez que esta pode ser contrariada tanto pela parte adversa quanto pelo juiz, de ofício, desde que este tenha razões fundadas.

5. Para o indeferimento da gratuidade de justiça, conforme disposto no artigo 5º da Lei n. 1.060/50, o magistrado, ao analisar o pedido, perquirirá sobre as reais condições econômico-financeiras do requerente, podendo solicitar que comprove nos autos que não pode arcar com as despesas processuais e com os honorários de sucumbência. Isso porque, a fundamentação para a desconstituição da presunção estabelecida pela lei de gratuidade de justiça exige perquirir, in concreto, a atual situação financeira do requerente.

6. No caso dos autos, os elementos utilizados pelas instâncias de origem para indeferir o pedido de justiça gratuita foram: a remuneração percebida e a contratação de advogado particular. Tais elementos não são suficientes para se concluir que os recorrentes detêm condições de arcar com as despesas processuais e honorários de sucumbência sem prejuízo dos próprios sustentos e os de suas respectivas famílias.





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**

7. Recurso especial provido, para cassar o acórdão de origem por falta de fundamentação, a fim de que seja apreciado o pedido de gratuidade de justiça nos termos dos artigos 4º e 5º da Lei n.1.060/50. (REsp 1196941/SP, Rel. Ministro BENEDITO GONÇALVES, PRIMEIRA TURMA, julgado em 15/03/2011, DJe 23/03/2011) (Grifos nosso)

Destarte, na esteira dos precedentes acima transcritos, para que a parte goze dos benefícios da assistência judiciária gratuita independe do fato de estar assistida por membro da Defensoria Pública ou por advogado particular. Para tanto, bastará uma simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de arcar com as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou da família, podendo, contudo, tal afirmação ser contrariada tanto pela parte adversa quanto pelo juiz, na forma prevista na lei que rege a matéria.

Cumpre, ainda, ressaltar que a Lei 1060/50 foi recepcionada pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 5º, inciso LXXIV, como direito fundamental: "o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos".

Ademais, limitar o acesso à assistência jurídica gratuita àqueles que estiverem assistidos pela Defensoria Pública restringe direitos, violando o direito fundamental de pleno acesso à Justiça, e ofende o Princípio da Reserva Legal, nos termos dos arts. 5º, inciso XXXV, 22, inciso I, 24, inciso XI, da Constituição Federal, *verbis*:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;

Art. 22. Compete privativamente à União legislar sobre:

I - direito civil, comercial, penal, processual, eleitoral, agrário, marítimo, aeronáutico, espacial e do trabalho;





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar
concorrentemente sobre:
XI - procedimentos em matéria processual;

Finalmente, diante do exposto, somos pelo DEFERIMENTO do pedido, no sentido de que seja expedido por esta CGJ/PI ato administrativo orientando os magistrados que para concessão do benefício da assistência judiciária seja exigido da parte apenas a presença do estado de pobreza, ou seja, a impossibilidade de arcar com as custas do processo e honorários advocatícios, não importando a qualidade do advogado, se público ou particular, nos termos previstos na Lei nº 1050/60 e conforme precedentes do C. Superior Tribunal de Justiça e do Conselho Nacional de Justiça.

É o parecer, sob censura.

Teresina (PI), 29 de abril de 2013.

BEL. PAULO SÉLIO MOURÃO VERAS
Consultor Jurídico da CGJ/PI



GT, em 09.05.2013

Agora o subscrito
Parece, de Conselho
Tribunal de Contas
jul de 2013, para
atendimento - que se
necessita, para
os fins de
Tr





FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Saúde e Reabilitação

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafin, 2352-Centro

CEP:64.001-000 Teresina-PI,

CNPJ:06.553.564/0104-43



RECEITUÁRIO

Nome: Antônio Ferreira da Costa

Data de Nascimento: 20/05/78

Lando Médico P/OPVAT

Assiste que paciente
supracitado apresenta grave
lesão de joelho esquerdo
pós-acidente de trânsito (sic).
Foi operado 02 (duas) vezes.
Apresenta limitação fun-
cional membro inferior es-
querdo de 60%.
CID-10: S83.4 / M238 / M86.6

Data: 08/11/18

MCO. 60-HGV

Médico (assinatura e carimbo)

Dr. Glauson Rosalino
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TERT 10804





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

484 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003018/2017-88

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Marcos Henrique César De Araújo

Data/Hora: 11/07/2017 - 12:47

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/05/2017 - 09:30

Bairro

NOVA BRASÍLIA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

RG: 1603824 SSP PI

Mãe: MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO COSTA

Pai: RAIMUNDO LUIZ DA COSTA

Endereço: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO, Nº 1499

Bairro: NOVA BRASÍLIA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8807-2849

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELAÇÃO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA PELA RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO CONDUZINDO O VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA DE PLACA PIM 2042 DE PROPRIEDADE DE GILBERTO CHAVES DE ARAUJO QUANDO UM VEÍCULO MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL DA VIA PROVOCANDO COLISÃO, O NOTICIANTE LESIONOU-SE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA.

Marcos Henrique César De Araújo - Mat. 2272407
AGENTE DE POLÍCIA

ANTÔNIO FERREIRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PR nº do PA	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município/UF	13 Ponto de referência	
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	19 Acidente de transporte	20 Agressão física-espantamento	21 Agressão física-FAF	22 Agressão física-FAB
Acidente de Transporte	23 Vítima	24 Meio de locomoção	25 Outra parte envolvida	26 Equipamentos de segurança	27 Local da lesão
Exame Físico	28 Glasgow	29 Resposta verbal	30 Resposta motora	31 Sinais vitais	32 Local da lesão
Assistência	33 Procedimentos realizados	34 Hospital de Destino	35 Condições de entrada	36 Obito	37 Observações
Observações Interdisciplinares	38 Observações Interdisciplinares				
39 Responsável pela recepção					
40 Responsável pelo atendimento					
41 Responsável pelo transporte					

Versão: 27.11.2011

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gilberto Chaves de Araújo,
 RG nº 1.088.545, data de expedição 14/10/2017,
 Órgão _____, portador do CPF nº 498.280.308-72, com
 domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua A-Paraná II, Bandeira II, nº 24630
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Antonio Ferreira da Costa cujo o condutor era

Veículo: motô

Modelo: Honda Fan C3350

Ano: 2008

Placa: PM-2042

Chassi: 500K03080FF300588

Data do Acidente: 05/10/2017

Local e Data: Rua Pará, Antônio Gostado / com a Jose Dantas

Gilberto Chaves de Araújo
 Assinatura do Declarante

Antonio Ferreira da Costa
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TERESINA, 10/07/2017.
 TITULAR: ANTONIO FERREIRA DA COSTA
 REALIZAÇÃO: NOTAS, 1221-00000 - 1221-00000 - TERESINA-PI
 Fone: (066) 3221-7888 - E-mail: atendimento@notaspi.com.br
 RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FOLHA DE: GILBERTO CHAVES DE ARAUJO
 DO FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 10/07/2017.
 Sent. R\$ 60,00 T\$ 10,72 Selo: R\$ 4,57 Selo: R\$ 27188 (F670P78)
 Jose Hamilton Alves Cardoso - Escrevente Autorizado



TERESINA, 10/07/2017.
 TITULAR: ANTONIO FERREIRA DA COSTA
 REALIZAÇÃO: NOTAS, 1221-00000 - 1221-00000 - TERESINA-PI
 Fone: (066) 3221-7888 - E-mail: atendimento@notaspi.com.br
 RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FOLHA DE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA
 DO FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 10/07/2017.
 Sent. R\$ 60,00 T\$ 10,72 Selo: R\$ 4,57 Selo: R\$ 27188 (F670P78)
 Jose Hamilton Alves Cardoso - Escrevente Autorizado





NOME DO PACIENTE: Amonio Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 225705

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia
Iluminação
Corrimão Geral OK!

Imp: 23/05/2017 12:40:43

Fls: CARLA CASTRO
Estação: RECEPCAO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ANTONIO FERREIRA DA COSTA	Prontuário:	225705
Mãe:	MARIA JOSE DO NASCIMENTO COSTA	Pai:	RAIMUNDO LUIZ DA COSTA
End.Resid.:	RUA PROF ARTUR FURTADO N1499 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-050		
Nascimento:	20/05/1978	Idade:	39a:0m:3d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-9 -
Responsável:	PATRICIA ROSA	CNS:	898002311317697
Profissão:	PEDREIRO	CPF:	* RG: 852555 - SSP/PI
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E.Civil:	Casado(a)
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	608491	Data:	23/05/2017 12:39:19	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Cid.Trab.:	Sim	Trajetos?:	Sim	Tipico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

Prontuário número de acidente com motocicleta há mais de 02 hrs
ingressou nos SUT com queixa aguda e dor cervical. Lgs
normais, náusea e vômito de sangue. Exame em unidade captação
A Lgs normais, sem sequelas
B MTD sem alteração
C Lgs normais e sangramento PC=0.2
D Glóbulos (S)
E Exame em MTD 2, dor em punho e

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Col Dorsal Lombos
DATA: 23/05/17 às 13:50

PA ☒ X ☐ mmHg Pulso: ☐ FC: ☐ bpm

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Procedimento Rubeus, punção venosa, MTD
- TC de coluna cervical
- Radiografia

ALTA:

- () Melhorado () Administrativa
() Curado () Por Indisciplina
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

- () Retornar à Unid. Origem:
() Transferência:

DATA SAÍDA:

HORA:

ÓBITO:

- () Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () IML
() Após 48 Hs () Anat. Patol.

DESTINO:

- () Internação na Unidade
Proced. Solicitado:

0408050462

CID Compatível:

S 92.3

Dr. Raul de Almeida Filho
Coordenador de Urgência
Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura - Profissional - BE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUT DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AIH : 221710128147-2

UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESIN

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESIN

ANTONIO FERREIRA DA COSTA

D.LIBERA: 31/05/2017

DT. LAUDO: 23/05/2017

PROCED.: 0408050462 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA D

OP.SIST: WELLINGTON

CID: 8923

NASCIMENTO

20/05/1978

da

ção:

1030

IDEN

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

6 - Prontuário: 225705

5-Nome: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

7-CNS: 898002311317697

8-Nascimento: 20/05/1978

9-Sexo: Masculino

RG: 852555 - SSP

11-Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO COSTA

12-Fone: 86-9

13-Resp: PATRICIA ROSA

14-Cor: Sem Informação

15-Ende: RUA PROF ARTUR FURTADO N1499 - NOVA BRASILIA - CEP: 64000-050

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-050

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos:

frat. Metatarsos:

2 - Condições que justificam a internação:

A cirurgia Acirada

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Ex Risco / R

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de ossos do metatarso

24-CID Prim:

8923

25-CID Sec.:

26-CID C. Aus.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050462 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSANOS

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

31-Docum.:

32-Doc. Méd. Solic.:

33-Doc. Méd. Solic.:

34-Doc. Méd. Solic.:

35-Doc. Méd. Solic.:

36-Doc. Méd. Solic.:

37-Doc. Méd. Solic.:

38-Doc. Méd. Solic.:

39-Doc. Méd. Solic.:

40-Doc. Méd. Solic.:

41-Doc. Méd. Solic.:

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

RAUL RUBEN DE MACHDO NETO

34-Data Solicitação:

23/05/2017

35-Ass. Cefimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Perio:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CHAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Patricia Rosa da Silva Costa

Unificação: MARIA STEVA

Consulte Local: 609491

Consulta SUS:

Impressão: 23/05/2017 17:33:50



12/01/2019

17h30

Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA







FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Antônio Fereira da Costa</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fract. lux. L5/S1</u>		
Operação - Tipo <u>Trat. fix. L5/S1</u>		
Cirurgião <u>Glauco Tavares Nascimento</u> Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 2775	1º Assinante <u>Dr. Paulo Roberto de S. Costa</u> Ortopedista e Traumatologista CRM-PI: 3102	2º Assinante <u>11</u>
Instrumentador(a) <u>Secorino Oliveira</u>	Anestesiologista <u>Dr. Adriano</u>	Anestesia <u>Raque</u>

Data da Operação <u>26/05/17</u>	Início <u>9:20'</u>	Fim <u>10:30'</u>
----------------------------------	---------------------	-------------------

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Rotacionalmente 180º, fixo de ancoragem.
Enxerto autólogo, campos
surgidos para uso na RAB e
para fechamento de ferida.

Glauco Tavares Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 2775

Dr. Paulo Roberto de S. Costa
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 3102

MOD. 76 - HUT



191030

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
ANTONIO FERREIRA DA COSTA					
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
26/05/14	130x70mm	76 bpm			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO					
ELETROCARDIOGRAMA					
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
ASMA					
BRONQUITE					
SISTEMA DIGESTIVO					
SISTEMA URINÁRIO					
ESTADO MENTAL					
CORTICOIDES					
ATARÁXICOS					
OUTROS					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
FÍSICOS					
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					
APLICADO AS					
EFEITOS					
09:20 10:30					
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
	500				
	400				
	300				
	200				
	100				
LÍQUIDOS	SO-UTO				
	500				
	400				
	300				
	200				
	100				
TEMPERATURA T	38				
	280				
	240				
	2				
P. ARTERIAL V O PULSO	38				
	280				
	180				
	160				
	140				
	120				
	100				
	80				
	60				
	40				
	20				
	10				
SÍMBOLOS					
DURAÇÃO					
TÉCNICAS					
RAQUIANESTESIA					
INCIDENTE - ACIDENTE					
OPERAÇÕES					
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA					
CIRURGIÕES					
DR. GILAUSSON					
ANESTESISTAS					
DR. ROMANO L. CAMILO					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					
PARTICULARIDADES					

MOD. 76 - HUT



DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUA Nº 7.0	PARTE	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUA Nº 7.5	PARTE	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUA DE PROCEDIMENTO	PARTE	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVP DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO <i>branco</i>	BOLA	02		PVP TÓPICO	ML	90	
ÁGUA OXIGENADA	ML	300		PVP TINTURA	ML	1	
COMPRESSA 7	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	1	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	02	
GASES 510	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	1	
JELCO Nº 18	UNID.	01		<i>Expon</i>	<i>unid</i>	02	
FIOS	UNID.	UNID.	QUANT. PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	1	1					
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	1	1					
CAT. GUT. CROMADO C/AG	1	1					
CAT. GUT. CROMADO S/AG	1	1					
ALCOFIL	1	1					
MONONYLON nº 0	<i>unid</i>	01					
FITA UMBILICAL	1	1		ENFERMARIA			
VICRYL	1	1		CIRCULANTE: <i>88xando</i>			
PROLENE	1	1					

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO		DATA 26 / 05 / 2017
NOME DO PACIENTE: <i>Infante Ferreira da Costa</i>		
PRONTUÁRIO Nº: <i>225.705</i>		
DIAGNÓSTICO: <i>Int. Lux. Antror. da Cost.</i>		
ANESTESIA: <i>Raquir</i>		
CIRURGIÃO: <i>Dr. G. S. S. S.</i>		
AUXILIAR: <i>Dr. G. S. S. S.</i>		
ANESTESISTA: <i>Dr. G. S. S. S.</i>		
INSTRUMENTADORA: <i>Socorro Oliveira</i>		
CPF Nº:	CPF Nº:	CPF Nº:
CPF Nº:	CPF Nº:	CPF Nº:
CPF Nº:	CPF Nº:	CPF Nº:
Nº DA SALA: <i>06</i>	CIRURGIÃO: <i>Prof. C. A.</i>	

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRURGICO E OBSTETRICO

Fundação Municipal de Saúde

FMS

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Rubrica

Proc. No.

FIS. Nº-





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

NOME DO PACIENTE Autavio Ferreira da Costa		PRONTUÁRIO 25705	D. NASCIMENTO 20/05/1978	CLÍNICA	LEN. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES Fr. OMS left femur / MED 39e		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 24/05/17 HORA: 0900h		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
① Dita fr. - Ver. Traumatista ② fr. - Ver. Traumatista ③ Difusão - do OCEFAO - fr. 8/84 INI ④ Traumatismo - fr. 8/84 INI ⑤ fr. 8/84 INI				10:40 Paciente admitida na Clínica de Traumatologia - fr. futura RTD 11:00 fr. - Ver. Traumatista 11:30 fr. - Ver. Traumatista 12:00 fr. - Ver. Traumatista 12:30 fr. - Ver. Traumatista 13:00 fr. - Ver. Traumatista 13:30 fr. - Ver. Traumatista 14:00 fr. - Ver. Traumatista 14:30 fr. - Ver. Traumatista 15:00 fr. - Ver. Traumatista 15:30 fr. - Ver. Traumatista 16:00 fr. - Ver. Traumatista 16:30 fr. - Ver. Traumatista 17:00 fr. - Ver. Traumatista 17:30 fr. - Ver. Traumatista 18:00 fr. - Ver. Traumatista 18:30 fr. - Ver. Traumatista 19:00 fr. - Ver. Traumatista 19:30 fr. - Ver. Traumatista 20:00 fr. - Ver. Traumatista 20:30 fr. - Ver. Traumatista 21:00 fr. - Ver. Traumatista 21:30 fr. - Ver. Traumatista 22:00 fr. - Ver. Traumatista 22:30 fr. - Ver. Traumatista 23:00 fr. - Ver. Traumatista 23:30 fr. - Ver. Traumatista 24:00 fr. - Ver. Traumatista 24:30 fr. - Ver. Traumatista 25:00 fr. - Ver. Traumatista 25:30 fr. - Ver. Traumatista 26:00 fr. - Ver. Traumatista 26:30 fr. - Ver. Traumatista 27:00 fr. - Ver. Traumatista 27:30 fr. - Ver. Traumatista 28:00 fr. - Ver. Traumatista 28:30 fr. - Ver. Traumatista 29:00 fr. - Ver. Traumatista 29:30 fr. - Ver. Traumatista 30:00 fr. - Ver. Traumatista 30:30 fr. - Ver. Traumatista 31:00 fr. - Ver. Traumatista 31:30 fr. - Ver. Traumatista 32:00 fr. - Ver. Traumatista 32:30 fr. - Ver. Traumatista 33:00 fr. - Ver. Traumatista 33:30 fr. - Ver. Traumatista 34:00 fr. - Ver. Traumatista 34:30 fr. - Ver. Traumatista 35:00 fr. - Ver. Traumatista 35:30 fr. - Ver. Traumatista 36:00 fr. - Ver. Traumatista 36:30 fr. - Ver. Traumatista 37:00 fr. - Ver. Traumatista 37:30 fr. - Ver. Traumatista 38:00 fr. - Ver. Traumatista 38:30 fr. - Ver. Traumatista 39:00 fr. - Ver. Traumatista 39:30 fr. - Ver. Traumatista 40:00 fr. - Ver. Traumatista 40:30 fr. - Ver. Traumatista 41:00 fr. - Ver. Traumatista 41:30 fr. - Ver. Traumatista 42:00 fr. - Ver. Traumatista 42:30 fr. - Ver. Traumatista 43:00 fr. - Ver. Traumatista 43:30 fr. - Ver. Traumatista 44:00 fr. - Ver. Traumatista 44:30 fr. - Ver. Traumatista 45:00 fr. - Ver. Traumatista 45:30 fr. - Ver. Traumatista 46:00 fr. - Ver. Traumatista 46:30 fr. - Ver. Traumatista 47:00 fr. - Ver. Traumatista 47:30 fr. - Ver. Traumatista 48:00 fr. - Ver. Traumatista 48:30 fr. - Ver. Traumatista 49:00 fr. - Ver. Traumatista 49:30 fr. - Ver. Traumatista 50:00 fr. - Ver. Traumatista 50:30 fr. - Ver. Traumatista 51:00 fr. - Ver. Traumatista 51:30 fr. - Ver. Traumatista 52:00 fr. - Ver. Traumatista 52:30 fr. - Ver. Traumatista 53:00 fr. - Ver. Traumatista 53:30 fr. - Ver. Traumatista 54:00 fr. - Ver. Traumatista 54:30 fr. - Ver. Traumatista 55:00 fr. - Ver. Traumatista 55:30 fr. - Ver. Traumatista 56:00 fr. - Ver. Traumatista 56:30 fr. - Ver. Traumatista 57:00 fr. - Ver. Traumatista 57:30 fr. - Ver. Traumatista 58:00 fr. - Ver. Traumatista 58:30 fr. - Ver. Traumatista 59:00 fr. - Ver. Traumatista 59:30 fr. - Ver. Traumatista 60:00 fr. - Ver. Traumatista 60:30 fr. - Ver. Traumatista 61:00 fr. - Ver. Traumatista 61:30 fr. - Ver. Traumatista 62:00 fr. - Ver. Traumatista 62:30 fr. - Ver. Traumatista 63:00 fr. - Ver. Traumatista 63:30 fr. - Ver. Traumatista 64:00 fr. - Ver. Traumatista 64:30 fr. - Ver. Traumatista 65:00 fr. - Ver. Traumatista 65:30 fr. - Ver. Traumatista 66:00 fr. - Ver. Traumatista 66:30 fr. - Ver. Traumatista 67:00 fr. - Ver. Traumatista 67:30 fr. - Ver. Traumatista 68:00 fr. - Ver. Traumatista 68:30 fr. - Ver. Traumatista 69:00 fr. - Ver. Traumatista 69:30 fr. - Ver. Traumatista 70:00 fr. - Ver. Traumatista 70:30 fr. - Ver. Traumatista 71:00 fr. - Ver. Traumatista 71:30 fr. - Ver. Traumatista 72:00 fr. - Ver. Traumatista 72:30 fr. - Ver. Traumatista 73:00 fr. - Ver. Traumatista 73:30 fr. - Ver. Traumatista 74:00 fr. - Ver. Traumatista 74:30 fr. - Ver. Traumatista 75:00 fr. - Ver. Traumatista 75:30 fr. - Ver. Traumatista 76:00 fr. - Ver. Traumatista 76:30 fr. - Ver. Traumatista 77:00 fr. - Ver. Traumatista 77:30 fr. - Ver. Traumatista 78:00 fr. - Ver. Traumatista 78:30 fr. - Ver. Traumatista 79:00 fr. - Ver. Traumatista 79:30 fr. - Ver. Traumatista 80:00 fr. - Ver. Traumatista 80:30 fr. - Ver. Traumatista 81:00 fr. - Ver. Traumatista 81:30 fr. - Ver. Traumatista 82:00 fr. - Ver. Traumatista 82:30 fr. - Ver. Traumatista 83:00 fr. - Ver. Traumatista 83:30 fr. - Ver. Traumatista 84:00 fr. - Ver. Traumatista 84:30 fr. - Ver. Traumatista 85:00 fr. - Ver. Traumatista 85:30 fr. - Ver. Traumatista 86:00 fr. - Ver. Traumatista 86:30 fr. - Ver. Traumatista 87:00 fr. - Ver. Traumatista 87:30 fr. - Ver. Traumatista 88:00 fr. - Ver. Traumatista 88:30 fr. - Ver. Traumatista 89:00 fr. - Ver. Traumatista 89:30 fr. - Ver. Traumatista 90:00 fr. - Ver. Traumatista 90:30 fr. - Ver. Traumatista 91:00 fr. - Ver. Traumatista 91:30 fr. - Ver. Traumatista 92:00 fr. - Ver. Traumatista 92:30 fr. - Ver. Traumatista 93:00 fr. - Ver. Traumatista 93:30 fr. - Ver. Traumatista 94:00 fr. - Ver. Traumatista 94:30 fr. - Ver. Traumatista 95:00 fr. - Ver. Traumatista 95:30 fr. - Ver. Traumatista 96:00 fr. - Ver. Traumatista 96:30 fr. - Ver. Traumatista 97:00 fr. - Ver. Traumatista 97:30 fr. - Ver. Traumatista 98:00 fr. - Ver. Traumatista 98:30 fr. - Ver. Traumatista 99:00 fr. - Ver. Traumatista 99:30 fr. - Ver. Traumatista 100:00 fr. - Ver. Traumatista 100:30 fr. - Ver. Traumatista		

MÉDICO(CRM):

Jose Ferreira Neto
CRM-1558
CPF: 096.897.373-68

Mod: 007

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.532.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FERREIRA DA COSTA** (Prontuário: 225705)
Endereço: RUA PROF ARTUR FURTADO N1499 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI CEP: 64000-050
Nascimento: 20/05/1978 Idade: 39a:1m:22d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 191030
Requisição: 745618 Solicitação: 26/05/2017 Solicitante: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO
Controle: 927982 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 232 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 26/05/2017

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na base do 2º dedo, fixada por fios metálicos.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/06/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



antopédia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

52880

NOVEMBRO/2017
TE. 17.09.18

107-04

Antonio Ferreira da Costa

D^{re} Glauson

INTE...ÇÃO ELETTIVA

PRONTUÁRIO MÉDICO

Ata OK
At. 419645
12/08/17

CONFERIDO

antopédia

08/17

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 SET 2018
GENTE SEGURO S.A.
Rua Celso de Mello, 405 Loja C
Cidade de Teresina - PI
Teresina-PI

MOD. 01 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 919065-1

21 NOV 2018



AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
419645

Prontuário: 52880 **ANTONIO FERREIRA DA COSTA**

Endereço: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO 1499 NOVA BRASÍLIA

Cidade: TERESINA UF:PI CEP: 64005-470

Sexo: M DT. Nasc: 20/05/1978 (Idade: 39 Anos 2 Meses 19 Dias Estado Civil: C Profissão: PEDREIRO

Cadastro: 08/08/2017 Telefone: 86 9958.73008 Cartão SUS: 898002311317697 CPF: 78446520397

Pai: RAIMUNDO LUIZ DA COSTA

Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO COSTA

Cônjuge:

Responsável: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

Endereço: ARTUR FURTADO

1499 NOVA BRASÍLIA

Cidade: 2975 UF:PI CEP: 64005-470

Jesus

Funcionário do SAME

Lesão Principal:

Doer joelho

H.D.A.

Doer edema

Ant. Pessoais:

NRN

Ant. Hereditários:

NRN

Exames Físicos:

Geral:

Labeca e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

*Doer edema
limitado em joelho*

Diagnóstico:

Lesão em joelho

Plano Terapêutico:

tr. cirúrgico



*Dr. Gláucio Nascimento
Ortopedista Traumatologista
CRM-PI 2775 / RSCS 10604*

Data / Hora: 1 / 1 / : :

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

EM 19/09/18

Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-2



 Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E		Orgão Emissor: M221100061
		A1H : 221710140B05-0 UNI : HGV		
SECRETARIA EST/ HOSPITAL GET		ANTONIO FERREIRA DA COSTA		Nascimento: 20/08/1978
NOME DO PACIENTE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA		D.LIBERA: 04/08/2017 DT. LAUDO: 25/07/2017		ASS: [Assinatura]
CNS: 898002311317697 DATA NASCIMENTO:		PROCED.: 3415020069 PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		OP. SIST: J. SANTOS CID: 1470
RAÇA/COR: PARDA ETNIA DO PACIENTE:		FONE: 995873008		N.º: 1499
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DO NASCIMENTO COSTA		CEP: 64005470		
RESPONSÁVEL: ANTONIO FERREIRA DA COSTA				
ENDEREÇO: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO				
MUNICÍPIO: TERESINA		UF: PI		

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO		MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
PROCEDIMENTO ANTERIOR RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS		COD. PROCEDIMENTO 0408060379	
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		COD. PROCEDIMENTO 0415020069	
CID PRINCIPAL PROCEDIMENTO ENVOLVENDO REMOÇÃO DE PLACA DE FRATURA E OUTROS DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO.		CID SECUNDÁRIO	
CID REL. PROCED			

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD		
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD		
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD		
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:
 PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA SEQUENCIAL EM ORTOPEDIA,
 CONFORME BOLETINS CIRURGICOS.
 0408060379 - RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) CID-S831
 0408050896 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL CID-M233
 SOLICITO MUDANÇA PARA PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL		DATA SOLICITAÇÃO		CRM: 111111/111111	
LAUSON TUQUARRE MELO DO NASCIMENTO		09/08/2017		Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)	
DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE					
NS @ CPF @ 190106947740003					
AUTORIZAÇÃO		COD. ORGÃO EMISSOR		DATA DA AUTORIZAÇÃO	
DOCUMENTO		16/11/2017		Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)	

S @ CPF @		GENTE SEGURADORA SNO HOSPITAL GETULIO VARGAS	
CONFERE COM O ORIGINAL		EM 19/09/18	
Edna de Andrade Silva		COPIA DE PROVA MAT: 019006-9	





Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA PRONT.: 0000052880 ATEND.: 0000419645

CNS: 898002311317697 DATA NASCIMENTO: 26/05/1978 SEXO: Masculino
RAÇA/COR: PARDAS ETNIA DO PACIENTE: CPF: 78446520397
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DO NASCIMENTO COSTA FONE: 995873008
RESPONSÁVEL: ANTONIO FERREIRA DA COSTA FONE: 995873008
ENDEREÇO: RUA PROFESSOR AATUR FURTADO N.º: 1499
MUNICÍPIO: TERESINA UF: PI CEP: 64005470

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☒ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null
CID PRINCIPAL	CID SECUNDARIO
CL. PROCED. null	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)	0802010016	3
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
VIDEODARTROSCOPIA	0408060719	1
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA DE TITÂNIO	0702030716	2

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PCTE. NECESSITA DE ACOMPANHANTE, VIDEODARTROSCOPIA E OPEME.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

Dr. Claudio Nascimento
Otorrinolaringologista
CRM-PI: 77517-0/0004
Ass. e Carimbo
(Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

Carlos Francisco Procédimo da Silva
Médico de Família e Comunidade
CRM-PI: 77517-0/0004
Ass. e Carimbo
(Nº do registro do conselho)

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2018

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lda C
Centro - Niterói CEP: 24090-470
Terresina-PI

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/18
Edna Maria Andrade Silva
TÓPA DE PRONTUÁRIO: 0196654





Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA PRONT.: 0000052880 ATEND.: 0000419645

CNS: 898002311317697 DATA NASCIMENTO: 20/05/1978 SEXO: Masculino
RAÇA/COR: PARDAS ETNIA DO PACIENTE: CPF: 78446520397
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DO NASCIMENTO COSTA FONE: 995873808
RESPONSÁVEL: ANTONIO FERREIRA DA COSTA FONE: 995873808
ENDEREÇO: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO N.º: 1499
MUNICÍPIO: TERESINA UF: PI CEP: 64005470

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null
CID PRINCIPAL	CID SECUNDÁRIO
CL: 1. PROCED null	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	0302040013	4
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO- FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	0302060022	4
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:
PCTE. NECESSITA DE FISIOTERAPIA.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

--	--

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

Dr. Glaucio Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 11507 10604
Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

	16/11/2018	
--	------------	--

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/01/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE FROTA ORIGINAL: 019065-2



MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SÉRINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml	frasc	06	AGULHA DE RAQUE Nº	und	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml	frasc		AGULHA PERIDURAL Nº	und	
SORO GLUCOSADO 50% - ml	frasc		AGULHA 25x7	und	
RINGER LACTADO - ml	frasc		AGULHA 30x7	und	
ÁGUA DESTILADA - ml	frasc		AGULHA 40x12	und	
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	amp		AGULHA DE INSULINA	und	
MANITOL 3% 2000 ml	frasc		ESCALP Nº	und	01
FORMOL - ml	ml		JELCO Nº	und	
ÁGUA OXIGENADA - ml	ml		SERINGA DE 60ml	und	
ALCOOL 70% - ml	ml		SERINGA DE 20 ml	und	
P.V.P.J. DEGERMANTE - ml	ml		SERINGA DE 10 ml	und	01
P.V.P.J. TÓPICO - ml	ml		SERINGA DE 5ml	und	
CLOROXIDINA - ml	ml		SERINGA DE 3ml	und	
BSS 800ml	frasc		SERINGA DE 1ml	und	
VOLUVEM 8% 500ml	frasc		DRENOS		
			DRENO DE PENROSE Nº	und	
			DRENO DE SUÇÃO Nº	und	
			DRENO DE TORAX Nº	und	
			DRENO DE KIER Nº	und	
FIOS			OUTROS MATERIAIS		
NAYLON Nº	Und		LAMINA DE BISTURI Nº 24	Und	
NAYLON Nº	Und		LAMINA DE BISTURI Nº	Und	
CAT GUT SIMPLES Nº	Und		GASES	pct	02
CAT GUT CROMADO Nº	Und		ESPARADRAPO	cm	
CAT GUT CROMADO Nº	Und		MICROPORÉ	cm	
ALGODÃO C/ AGULHA Nº	Und	02	COMPRESSAS	Und	01
ALGODÃO S/ AGULHA Nº	Und		ALGODÃO	Und	
VICRYL Nº	Und		EQUIPO MACROSOTAS	Und	
VICRYL Nº	Und		EQUIPO	Und	
PROLENE Nº	Und		EQUIPO P/ SANGUE	Und	
PROLENE Nº	Und		TORNERINHA	Und	
MONOCRYL Nº	Und		POLITEX	Und	
PDS Nº	Und		TRANSOFIX	Und	
LUVAS			ERIGOPLAS -/AS	Und	
PROCEDIMENTO	PAR	04	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	Und	
ESTÉRIL Nº	PAR	01	CATETER DUPLO "F"	Und	
ESTÉRIL Nº	PAR	02	CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	Und	
ESTÉRIL Nº	PAR	02	TUBO ORO TRQUEAL Nº	Und	
SONDAGEM			FILTRO BACTERIOLOGICO P/TOT	Und	
SONDA URETRAL Nº	Und		CAPA PARA VIDEO	Und	
SONDA DE FOLEY 2V Nº	Und		CAPA PARA MICROSCOPIO	Und	
SONDA DE FOLEY Nº 3V	Und		LENTE INTRA OCULAR Nº	Und	
SONDA NASOGÁSTRICA Nº	Und		<i>Campo Instrumental</i>		
SONDA NASOENTERAL Nº	Und		<i>Cerebral</i>		
COLETOR DE URINA FECHADO	Und				02
COLETOR DE URINA ABERTO	Und				03
XILOCAÍNA GEL 2%	tub				
SONDA RETAL Nº	Und				
VASELINA	tub				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Excedido Nº Consulto
The following
Código 002
CIRCULANTE-COREN

HORA

Maria
INSTRUMENTADORA-COREN

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 18/09/18
Edna Maria Andrade
CÓPIA DE PRONTO-SOLU MAT: 019065-9





0408050 896

BOLETIM DE CIRURGIA

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 1000 ml	frasc	05	AGULHA DE RAQUE Nº 25	und	01
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml	frasc		AGULHA PERIDURAL Nº	und	
SORO GLUCOSADO 50% - ml	frasc		AGULHA 25x7	und	01
RINGER LACTADO - ml	frasc		AGULHA 30x7	und	
ÁGUA DESTILADA - ml	frasc		AGULHA 40x12	und	01
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	amp		AGULHA DE INSULINA	und	
MANITOL 3% 2000 ml	frasc		ESCALP Nº	und	
FORMOL - ml	ml		JELCO Nº	und	
ÁGUA OXIGENADA	ml		SERINGA DE 60ml	und	
ALCOOL 70%	ml		SERINGA DE 20 ml	und	
P.V.P.J. DEGERMANTE	ml	300	SERINGA DE 10 ml	und	01
P.V.P.J. TÓPICO	ml		SERINGA DE 5ml	und	02
CLOROXIDINA	ml		SERINGA DE 3ml	und	
BSS 800ml	frasc		SERINGA DE 1ml	und	
VOLUVEM 8% 500ml	frasc				
Cloroxidina alcoolica	ml	150	DRENOS		
			DRENO DE PENROSE Nº	und	
			DRENO DE SUGALO Nº 3.2	und	01
			DRENO DE TORAX Nº	und	
			DRENO DE KHER Nº	und	
FIOS			OUTROS MATERIAIS		
NAYLON Nº 2-0	Und	02	LAMINA DE BISTURI Nº 24	Und	01
NAYLON Nº	Und		LAMINA DE BISTURI Nº 11	Und	01
CAT GUT SIMPLES Nº	Und		GASES	pct	02
CAT GUT CROMADO Nº	Und		ESPARADRAPO	cm	50
CAT GUT CROMADO Nº	Und		M. CROFONE	cm	
ALGODÃO C/ AGULHA Nº	Und		COMPRESSAS	Und	04
ALGODÃO S/ AGULHA Nº	Und		ALGODÃO	Und	
VICRYL Nº 1	Und	02	EQUIPO MACROGOTAS	Und	01
VICRYL Nº	Und		EQUIPO	Und	
PROLENE Nº	Und		EQUIPO P/ SANGUE	Und	
PROLENE Nº	Und		TORNEIRINHA	Und	
MONOCRYL Nº	Und		POLIFIX	Und	01
PDS Nº	Und		TRANSORIX	Und	
Ethibond 5			ERIOPLASMAVAS	Und	01
LUVAS			ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	Und	03
PROCEDIMENTO	PAR	04	CATETER DUPLO 1/2"	Und	
ESTÉRIL Nº 6.5	PAR	01	CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	Und	
ESTÉRIL Nº 7.5	PAR	02	TUBO ORO TRIQUEAL Nº	Und	
ESTÉRIL Nº 8	PAR	02	FILTRO BACTERIOLOGICO P/TOT	Und	
SONDAGEM			CAPA PARA VIDEO	Und	02
SONDA URETRAL Nº	Und		CAPA PARA MICROSCOPIO	Und	
SONDA DE FOLEY 2V Nº	Und		LENTE INTRA OCULAR Nº	Und	
SONDA DE FOLEY Nº 3V	Und				
SONDA NASOGÁSTRICA Nº	Und				
SONDA NASOENTERAL Nº	Und				
COLETOR DE URINA FECHADO	Und				
COLETOR DE URINA ABERTO	Und				
XILOCAÍNA GELÉIA 2%	tub				
SONDA RETAL Nº	Und				
VASELINA	tub				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Enviado para
CIRCULANTE-COREN

HORA 17:30

Maura
INSTRUMENTADORA-COREN

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/18
Edna Maria de Fátima
CÓPIA DE PRESTADOR: 019085-1

DEPARTAMENTO DE BENS
CIVIL
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 SET 2018
DENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lapa C
Centro, Niterói - RJ 24.090-000



BOLETIN DE CIRURGIA

091050160

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

INSTRUMENTADORA: Maura CIRCULANTE: Edicindei

TÉCNICA ELÁSTICA CIRÚRGICA: D. K. P. 204/1999

3) Reconstrução de LCA com
 perfis de infecção
 E) Infecção + cura

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Não 0

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: *2 mm*

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM (X) NÃO QUAL? 1

DATA 09 / 08 / 17 HORA 15:30'

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 – HGV



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE FRENTE/verso; MAT: 019065





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

01/08/2016

CLÍNICA: Ortopedia LEITO: 107-04 PRONTUÁRIO: 52880
NOME: Antonio Ferreira da Costa DATA NASC: 20/05/1978
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão de LCA

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Reconstrução de LCA Nº SALA: 11
CIRURGIÃO: Dr. Glaucio Nascimento CRM-PI: 2775
AUXILIARES: 2º Justiliano Louro 2º
INSTRUMENTADOR(A): Maua CIRCULANTE: Belchior de
TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1) Ponto de referência
2) Função de referência
3) Reconstrução de LCA com
perfeição de inserção
1) Função + curv

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Não

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: 2 mm

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL?

DATA: 09/08/17 HORA: 15:30 CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 - HGV



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 09/08/17
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO Nº: 019065-9



MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SÉRINGS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% ml	frasc	05	AGULHA DE RAQUE Nº	und	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% ml	frasc		AGULHA PERIDURAL Nº	und	
SORO GLUCOSADO 5% ml	frasc		AGULHA 25x7	und	
RINGER LACTADO ml	frasc		AGULHA 30x7	und	
ÁGUA DESTILADA ml	frasc		AGULHA 40x12	und	
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	amp		AGULHA DE INSULINA	und	
MANITOL 3% 2000 ml	frasc		ESCALP Nº	und	
FORMOL ml	ml		JELCO Nº	und	
ÁGUA OXIGENADA ml	ml		SE LINGA DE 60ml	und	
ALCOOL 70% ml	ml		SERINGA DE 20 ml	und	
P.V.P.J. DEGERMANTE ml	ml		SERINGA DE 10 ml	und	
P.V.P.J. TOPICO ml	ml		SERINGA DE 5 ml	und	
CLOREXIDINA ml	ml		SERINGA DE 3ml	und	
BSS 800ml	frasc		SERINGA DE 1ml	und	
VOLUVEM 8% 500ml	frasc				
			DRENOS		
			DRENO DE PENROSE Nº	und	
			DRENO DE SUÇÃO Nº	und	
			DRENO DE TORAX Nº	und	
			DRENO DE KHER Nº	und	
FIOS					
NAYLON Nº	Und				
NAYLON Nº	Und				
CAT GUT SIMPLES Nº	Und		OUTROS MATERIAIS		
CAT GUT CROMADO Nº	Und		LAMINA DE BISTURI Nº 24	Und	01
CAT GUT CROMADO Nº	Und		LAMINA DE BISTURI Nº	Und	
ALGODÃO C/ AGULHA Nº	Und		GASES	Und	02
ALGODÃO S/ AGULHA Nº	Und	02	ESPARADRAPO	cm	
VICRYL Nº	Und		MICROPOR	cm	
VICRYL Nº	Und		COMPRESSAS	Und	04
PROLENE Nº	Und		ALGODÃO	Und	
PROLENE Nº	Und		EQUIPO MACROGOTAS	Und	
MONOCRYL Nº	Und		EQUIPO	Und	
PDS Nº	Und		EQUIPO P/ SANGUE	Und	
			TOR-GERINHA	Und	
LUVAS			POLIRX	Und	
PROCEDIMENTO	PAR	04	TRANSORX	Und	
ESTÉRIL Nº	PAR	01	BR-CORLAS-VIAS	Und	
ESTÉRIL Nº	PAR	02	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	Und	
ESTÉRIL Nº	PAR	01	CATETER DUPLO 12"	Und	
			CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	Und	
			TUBO GLO TRIQUEAL Nº	Und	
SONDAGEM			FILTRO BACTERIOLOGICO P/TOT	Und	
SONDA URETRAL Nº	Und		CAPA PARA VÍDEO	Und	
SONDA DE FOLEY 2V Nº	Und		CAPA PARA MICROSCOPIO	Und	
SONDA DE FOLEY 3V Nº	Und		LENTE INTRA OCULAR Nº	Und	
SONDA NASOGÁSTRICA Nº	Und				
SONDA NASOENTRAL Nº	Und				
COLETOR DE URINA FECHADO	Und				
COLETOR DE URINA ABERTO	Und				
XILOCAÍNA GELÉIA 2%	tub				
SONDA RETAL Nº	Und				
VASELINA	tub				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS


 CIRCULANTE-COREN

HORA _____

Maria
 INSTRUMENTADORA-COREN

HOSPITAL GETÚLIO VAZ
 CONFERE COM O ORIGINAL

13/09/19
 E. Maria Andréa Silva
 A. 2004 DE REGISTRO Nº 01/19065-4

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
BOLETIM DE ANESTESIA

DATA	09/08/17	SALA
FRONT/UND	52880	

PACIENTE				DATA DE NASC.		IDADE	SESO	SESO
Antonio Ferreira da Costa				20/05/78			+65	Manc
PROCESSAMENTO				RECOMENDACAO		ESTADISTICO/ASA		
120x80				120x80		II		
HEMATOCRITO		HEMATOCRITO		TEMPERATURA		PULSO		OUTROS
120x80		120x80		36,5°C		120x80		
HEMATOCRITO		HEMATOCRITO		GLUCOSA		UREIA		CREATININA
120x80		120x80		120x80		120x80		120x80

[illegible]





























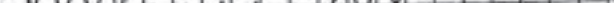

SHOWN
EXCISE - Fentanyl s/Con

$\epsilon_{\text{p}} = 97\%$

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

100
120
140
160
180
200
220
240
260
280
300
320
340
360
380
400
420
440
460
480
500
520
540
560
580
600
620
640
660
680
700
720
740
760
780
800
820
840
860
880
900
920
940
960
980
1000

$\rightarrow$ Kexamessing - also

120  Oudamitrons - 02

100
80
60
40
20
0

— Paratidius - 0.1

60 Day 1 - 05

02: 00/00

SIMBLOS DIURIESE

GRUPO ATRIBUÍDO: Resumo de Tópicos (S), L3-L4, LCR cloro: N/ver

[illegible]

Origen	2	02:00 Lm
--------	---	----------

[illegible]

MEDICAMENTOS UTILIZADOS					
Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp
			Amp	Nipride	Amp
				Ranitidina	Amp
				Glicose 50% Solução	

Adrenalina	Ans	Demoni	Ans	Noradrenalina	Ans	Reseracina	Ans
Adrenalina 10ml	Ans	Etiril	Ans	Neocina	Ans	Sufentanil	Ans

Cipro 500mg	03	Am	Eteldina	01	Am	Nocina	01	Am	5. Fenciona 0,275	01	Am
Fentanil 0,05ml	01	Am				Omeprazol	01	Am	5. Glucosado 5%	01	Am

Cetazolin	Am	Fenilfenol	Am	Trachum
Cidind	Am	Sovofurano	Am	Transamin

Coldire		Amp	Hidrocortisona	Fina	Propofol	Fina	Novabupr 0,5 v
Dexametasona	0,1	Amp	Isoflurano	NB	Propofol	Amp	Lidocaina 2% v

Diazepam	Asip	Protamina	Free
Dimorf	Asip	Quelcin	Free

Dipirona	Amp	Quetiapina	
Dobutamina	Amp	Narcan	

SILVIO ALVES - 1907

CONTÉUDO

20

20 SET 2018
GENTE S
Rosa

SEGUROSA
Centro de Reser
Centro-Norte

HOSPITAL

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 12/11/2011

Edna Maria Andrade

15



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDIMIO DA SILVA - 14/01/2019 21:22:13

 <https://pje.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011421221253800000003914657>
Número do documento: 19011421221253800000003914657



EXAME FÍSICO

AValiação de Enfermagem: 18:20 Paciente liberado da SEPA em PO5 de ICA. Hidratação adequada de fecho, sob efeito de Paracetamol, laboratório normal, dor controlada, orientado respirando em Ambuvente H2 em POSC. Iluminadamente com Oxigênio Suficiente, PA 110x70/60, Pulso 94, Sat. 100%.

Anestesiologista – CRM

1449 Cópia de Promissória MAT: 079085-2





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: ANTONIO FERREIRA DA COSTA		
Prontuário: 52880	Nascimento: 20/05/1978	Estado Civil: Casado
Cartão SUS: 898002311317697		

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal	
Nome: ANTONIO FERREIRA DA COSTA	
Estado Civil: Casado	CPF: 78446520397
Parentesco: O MESMO	

Eu, _____
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que será/será submetido, tais como:

1. Risco anestesia
2. Medicamento
3. Uso de sonda
4. Alívio
5. Reflexo

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 08/08/2017

Antonio Ferreira da Costa
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Dr. Thomás Carlos Ramalho
CRM 2758 TEGT 8374
Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/18
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO Nº: 919985-1

e) CABEÇA

Couro cabeludo: ☒ Sem anormalidades ☐ Ferimento ☐ Hematoma Alterações: _____
Face: ☒ Simétrica ☐ Assimétrica ☐ Ferimento ☐ Hematomas
Nariz: ☒ Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Sem anormalidades ☐ Secreção ☐ Lesão ☐ Epistaxe
Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Reativas ☐ Areflexivas ☐ Mióticas ☐ Midríaticas
☐ Puriformes ☐ Médias
Olhos: ☒ Normal ☐ Hemorragia ☐ Icterícia de esclerótica ☐ Baixa acuidade visual ☐ Lentes corretivas
☐ Processo inflamatório/infeccioso
Ouvidos: ☒ Normal ☐ Otorrágia ☐ Lesão Outros: _____
Boca: ☒ Sem anormalidades ☐ Cáries ☐ Faltas dentárias ☐ Prótese ☐ Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO

Padrão: ☒ Eupnéico ☐ Bradipnéico ☐ Taquipnéico ☐ Dispnéico
☐ Tiragem intercostal ☐ Traqueostomizado ☐ TOT ☐ VM
☐ Macronebulização ☐ O2 sob cateter nasal ☐ O2 venturi
Ausculta: Murmúrio vesicular ☒ Presente ☐ Diminuído ☐ Ausente
Ruídos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores ☐ Tosse
Tipo: _____
Alterações: _____

ACIONAR O
FISIOTERAPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR TRAJEN
INTERCOSTAL

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR

Perfusão Periférica: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Cianose Outros: _____
Ausculta cardíaca: ☒ Normal ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia Ritmo: ☐ Regular ☐ Irregular
Acesso Venoso: ☐ Sim ☒ Não Qual: _____
Faz uso de marcapasso: ☐ Sim ☒ Não Há quanto tempo: _____

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen: ☐ Flácido ☒ Tenso ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Escavado ☐ Distendido
☐ Timpânico ☐ Doloroso
Ruídos Hidroaéreos: ☐ Ausente ☒ Presente, tipo: ☒ Hiperativos ☐ Hipoativos
Estômas: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____
Tipo de Dieta: ☒ Enteral ☐ Parenteral Vias: ☒ Oral ☐ SNG ☐ SOG ☐ JSNE ☐ Jejunostomia ☐ Gastrostomia
Aceitação da dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente
Eliminações Intestinais: ☒ Normal ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Obstipação

i) MÚSCULO ESQUELÉTICO

Deambulação: ☐ Sem auxílio ☒ Com auxílio, Qual dispositivo? ☐ Muleta ☐ Andador
Utiliza prótese/órtese? ☒ Não ☐ Sim Tipo: _____
Sensibilidade: ☒ Não ☐ Sim Tipo: ☐ Parestesia Qual lateralidade? _____
Déficit motor: ☒ Não ☐ Sim Tipo: ☐ Hemiplegia ☐ Hemiparesia ☐ Direito
☐ Esquerdo ☐ Tetraplegia ☐ Paraplegia
Tonicidade: ☒ Rígido ☐ Flácido ☐ Direito ☐ Esquerdo
Imobilização: ☒ Não ☐ Sim Lateralidade? _____
Movimenta os quatro membros: ☒ Sim ☐ Não Risco de queda: ☐ Sim ☐ Não

ACIONAR O
FISIOTERAPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR PARALISIA
E/OU HEMIPARISIA

j) SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: ☒ Íntegra ☐ Desnuda ☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Normocrada ☐ Hipocrada ☐ Icterícia ☐ Edema
☐ Lesionada Local: _____ Escala de Braden: _____ Risco de pele
lesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável ()

k) APARELHO GENITOURINÁRIO

Urinar: ☒ Espontânea ☐ Incontinência ☐ Retenção Urinária ☐ Fresta
Dispositivo Urinar: ☒ Não ☐ Sim Tipo: ☐ Sonda de alívio ☐ Sonda de Foley ☐ Cistostomia
Alterações: ☐ Ardência ☐ Leucorréia ☐ Prurido ☐ Disúria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ Anúria ☐ Hematúria

l) PADRÃO DE SONO: ☐ Bom ☐ Regular ☒ Ruim ☐ Insônia ☐ Uso de sedativo-calemantes: ☐ Não ☐ Sim



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM				DATA: 14/01/2019			HORAS: 21:22	
I - IDENTIFICAÇÃO								
Nome: <u>Antonio Ferreira da Costa</u>				Data de Nascimento: <u>20/05/78</u>				
Cidade de origem: <u>Teresina - PI</u>								
II - ASPECTO SOCIOECONÔMICO E ESPIRITUAL								
Religião/Crença: <u>Católico</u>								
Profissão: <u>Professor</u>								
Escolaridade: () Analfabeto (X) Ensino fundamental () Ensino médio () Superior								
Barreira na comunicação: (X) Não () Sim								
Qual: _____								
Apresenta déficit: (X) Não () Sim - Tipo: () Visual () Auditivo () Motor								
() Outros: _____								
Transtorno mental: (X) Não () Sim								
Qual: _____								
III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)								
() Não possui (X) Hipertensão Arterial (X) Dislipidemia () Diabetes mellitus () Cardiopatias () Câncer								
() Tabagismo () Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outra Qual: _____								
Alergia (X) Sim () Não Qual: <u>ANADORE</u>								
Fez uso de medicamentos? () Não (X) Sim								
NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO		
Analgol	10mg	oral	7:00					
Diclofenaco	10mg	oral	8:00					
Amoxicilina	25mg	oral	21:00					
Omeprazol	20mg	oral	7:00					
Resultados de exames (virando com o paciente): () Não (X) Sim Quais: <u>ECG, Bioquímica</u>								
<u>Exame de urina de feição esquerda</u>								
IV - EXAME FÍSICO								
a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS								
Altura: <u>1,63</u> (m) Peso: <u>72</u> (Kg) IMC: _____								
Dor: () Não () Sim, Localização: _____								
Características: _____								
b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA								
(X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Torporoso								
ESCALA DE COMA GLASGOW: _____								
c) ASPECTO EMOCIONAL: (X) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico								
() Agressivo () Triste () Outra alteração Qual: _____								
d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS								
Perda de peso nos últimos 3 meses: (X) Não () Sim, Peso perdido: _____ (Kg)								
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nutropatia Obesidade mórbida III (IMC > 50 Kg/m²)								
(X) Não se aplica								

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/08/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PROTOCOLO Nº: 019055-0



Avaliação: 05 à 11 pontos = Risco Alto 12 à 17 pontos = Risco Moderado 18 à 20 pontos = Risco Baixo

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE
AÇÃO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta motora	Obedece comandos	6
	Dor localizada	5
	Reflexo da flexão	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
		15
PONTUAÇÃO: < 3 (probabilidade de morte) 3 a 8 (grave necessidade de intubação) 9 a 12 (moderada) 13 a 15 (leve)		

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/09/19
Edna Maria Aguiar de Silva
CÓPIA DE PRIORIDADE: 010065-0



m) SISTEMA REPRODUTOR: () Menarca () Menopausa () Primípara () Multipara (x) Não se aplica

V - CIRURGIAS: Você já realizou alguma cirurgia: () Não (x) Sim

Qual(is):

Qual o ano:

VI - EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional () Sim (x) Não

Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-alta () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária ()

Outro Especifique:

Pessoa a qual deve estar envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante () Familiar

Realiza algum tratamento especializado: () Sim Não (x)

Qual:

VII - PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? (x) Não () Sim () Não se aplica

() Criança

() Idosos debilitados

() Adolescente

() Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos

() Indígena

() Outro Qual:

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

() Alimentação

() Linguagem

() Deambulação/ Mobilidade

() Surdo e mudo

() Sono e repouso

() Comunicação

() Acompanhante

() Outros Qual:

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

VIII - OUTRAS INFORMAÇÕES:

O Sr. ou Srª gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Assinatura (Paciente ou Responsável)

Francisco da S. Rodrigues
Enfermeiro

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO				
	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO
	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	4. RARAMENTE MOLHADA
	1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	4. ANDA FREQUENTEMENTE
	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE
	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/02/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PROTOCOLO MAT: 019065-9



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO

NOME: Antonio Ferreira da Costa DN: 20/05/18
DO: CENTRO CIRÚRGICO
PARA CLÍNICA: Ortopedia DATA: 02/08/17 HORÁRIO: 18:00

Nº	ITENS A SER CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR À CLÍNICA	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento).	☒
2	Confirmar com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo.	☒
3	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário.	☒
4	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso).	☒
5	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário.	☒
6	Verificar se há solicitação de raio-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia.	☒
7	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor).	☒
8	Fazer o registro de enfermagem no prontuário.	☒
9	Solicitar o maqueiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	☒

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO.	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO.
	

OBS: O paciente deve ser encaminhado à clínica e radiologia obrigatoriamente de maca. O preenchimento deve ser feito pelo enfermeiro ou técnico do CC.

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86 - 3221-3040

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 322255-2



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

Francielly S. Rodrigues
Enfermeira
CONFERE COM O ORIGINAL
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Fatores Avaliados	1ª Reavaliação	2ª Reavaliação	3ª Reavaliação	4ª Reavaliação	5ª Reavaliação	6ª Reavaliação	7ª Reavaliação	8ª Reavaliação	9ª Reavaliação	10ª Reavaliação	11ª Reavaliação
DATA	08/08										
Inspeção da Pele	X										
Score de Braden	✓										
Avaliação da Unidade da Lesão	-										
Utilização da cobertura especial	-										
Mudança de decúbito	✓										
Utilização de superfície de apoio	-										
Surgimento de uma nova LPP	-										
Assinatura e Carimbo	Francielly S. Rodrigues Enfermeira CONFERE COM O ORIGINAL CONSELHO 020.544.981										

Fatores Avaliados	12ª Reavaliação	13ª Reavaliação	14ª Reavaliação	15ª Reavaliação	16ª Reavaliação	17ª Reavaliação	18ª Reavaliação	19ª Reavaliação	20ª Reavaliação	21ª Reavaliação	22ª Reavaliação
DATA											
Inspeção da Pele											
Score de Braden											
Avaliação da Unidade da Lesão											
Utilização da cobertura especial											
Mudança de decúbito											
Utilização de superfície de apoio											
Surgimento de uma nova LPP											
Assinatura e Carimbo											

Legenda: S - sim N - não NA - não se aplica

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
FM 19/08/13
Tárisa Aguiar de Silva
PROFESSOR MAT: 019005-1





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

AValiação e intervenções diárias para prevenção e acompanhamento de lesões por pressão - LPP

1. IDENTIFICAÇÃO:
Paciente: Antonio Ferreira da Costa Clínica: ortop. Enf./Leito: 107, 04 CM: 20.05.18 Med: 39
Data de Admissão: 08/08/17 Data de Admissão na Unidade: 08/08/17 Procedência: _____

2. AVALIAÇÃO

2.1. Admissão neste serviço com LP: () SIM (X) NÃO

2.1.2 Localização Anatómica: _____

2.1.3 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável

2.1.4 Data: ____/____/____

2.2. Risco de nova (a) LP (a): BASEADO NA ESCALA DE BRADEN (X) SIM () NÃO

2.3. Surgimento de LP neste serviço: () SIM (X) NÃO

2.3.1 Localização Anatómica: _____

2.3.2 Estágio: () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável

2.3.3 Data: ____/____/____

2.4. Condições Nutricionais: (X) Satisfatória () Não Satisfatória

2.5. Incontinência: () Urinária () Feecal () Ausente

2.6. Avaliação da Dor: () SIM () NÃO

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	PONTUAÇÃO
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	4
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	4
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à Cama	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	3
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações	3
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	3
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema	—	5
TOTAL:					20

3.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DA ESCALA DE BRADEN

* RISCO BAIXO (15 a 18 PONTOS)

- Mobilidade: Cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobilização e elevação da cabeceira a 30°.
- Higiene: Manter pele limpa e seca; manter roupas sem dobras e aplicar creme hidratante 2x ao dia.
- Nutrição: Observar ingestão da dieta; auxiliar na alimentação e comunicar intolerâncias.

* RISCO MODERADO (13 a 14 PONTOS)

- Continuar as intervenções do Risco Baixo.
- Dispositivos: Colocar colchão de ar; utilizar orelha e outras superfícies de apoio.
- Coberturas: Colocar espuma em região sacral e filme transparente em calcâneos.

* RISCO ALTO (10 a 12 PONTOS) e RISCO MUITO ALTO (8 PONTOS)

- Continuar intervenções do Risco Moderado.
- Supervisionar a mudança de decúbito de 2/2 horas.

4. MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DAS LPs

4.1 - Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LPPs: (X) Sim () Não

4.2 - Inspeção diária da pele: (X) Sim () Não

4.3 - Mudança de decúbito de 2/2 horas: (X) Sim () Não () Contraindicado

4.4 - Utilização de superfície de apoio: () Sim (X) Não Qual? () Colchão de ar () Cadeira () Almofada () Orelha () Espuma

4.5 - Utilização de curativo profilático: () Sim (X) Não Qual? () Hidrocolóide () Filme transparente () Espuma

5. MEDIDAS PARA TRATAMENTO DAS LPs

5.1 - Avaliação diária das LPs existentes: () Sim () Não (X) Não se aplica

5.2 - Avaliação da unidade da lesão: () Sim () Não (X) Não se aplica

5.3 - Utilização de cobertura especial: () Sim (X) Não Qual?



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/09/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE REGISTRO EM: 010065-9



SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:

419645

Prontuário: 52880 Nome: ANTONIO FERREIRA DA COSTA
Endereço: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO 1499 NOVA BRASÍLIA
Cidade: TERESINA UF: PI CEP: 64005-470

Sexo: M DT. Nasc: 20/05/1978 Idade: 39 Anos Estado Civil: C Profissão: PEDREIRO
Cadastro: 08/08/2017 Telefone: 86 -9958.73008 Cartão SUS: 898002311317897 CPF: 78446520397

Justificativa:

*Paralisação dos
ônibus devido
acompanhante*

Data	Assinatura
08/08/17	x
09/08/17	x
10/08/17	x
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	



Dr. Glauber Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEOT 10604
Ass. Médico Solicitante

Data: / /

Auditor

Data: / /

Carlos Francisco Almeida de Oliveira
Assessor de Administração - CRM-PI 1751
CPF: 191.054.134-00
CNS 108.000.000.000

ab/m/17/elt

Assinatura - CPF

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/08/17
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019065-9



Paciente: Antonio Souza da Costa

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

DATA DE NASCIMENTO: 20/05/78

Prontuário: 52880 Data: 09/08/19

Confirmar com o paciente: Identidade (nome e Data de nascimento): ☒ Sim () Não Idade? ☒ Sim - Quantas horas? <u>ICA</u> () Não Procedimento programado <u>ICA</u> Sítio demarcado () Sim ☒ Não () Não se aplica Usar dispositivo médico? () Sim () Não Está na sala e conferido? Consentimentos Informados preenchidos e assinados: Para a anestesia: ☒ Sim () Não Para a cirurgia: ☒ Sim () Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? ☒ Sim () Não () Não se aplica Atualização p.e. anestésica realizada (ficha no prontuário): () Sim () Não Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala? () Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? () Sim () Não O paciente possui alergia? () Sim ☒ Não Qual? <u>Nega</u> O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? () Sim () Não Equipamentos para assistência disponíveis? () Sim () Não O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (cirurgia > 7 ml/kg)? () Sim () Não Tem acesso endovenoso adequado () Sim () Não Tem reserva de sangue () Sim () Não		Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(s): () Identificação do paciente (nome e data de nascimento) () Procedimento programado () Sítio Cirúrgico demarcado Placa de bitum posicionada corretamente: () Sim () Não ☒ Não se aplica A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? () Sim () Não () Não se aplica Atualização de eventos críticos: Equipe dirigirá: alguma etapa crítica prevista? () Sim - Qual? () Não Equipe de anestesia: alguma preocupação especial com o paciente? () Sim - Qual? () Não Checkagem da equipe de enfermagem: Todos os instrumentais estão disponíveis? () Sim () Não Todos os instrumentais estão esterilizados? () Sim () Não Todos os equipamentos necessários estão disponíveis? () Sim () Não		Procedimento realizado: <u>ICA</u> Contagem das compressas correta? () Sim () Não ☒ Não se aplica Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta? () Sim () Não () Não se aplica Contagem de agulhas correta? () Sim () Não ☒ Não se aplica As amostras/biópsias para a anatomia patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento, local anatômico de origem, quantidade de amostras)? () Sim () Não ☒ Não se aplica Registros completos no prontuário: Do procedimento intraoperatório: ☒ Sim () Não Do procedimento anestésico: ☒ Sim () Não Todos os medicamentos administrados foram registrados e checados? <u>Ficha de anotação</u> () Sim () Não () Não se aplica Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritas? () Sim () Não Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? () Sim - Qual? () Não	
---	--	---	--	--	--

Chirurgião

Anestesiista

Instrumentador (a)

Enfermeira (a)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/08/19
Edna Maria Andrade Silva
Cirurgiã de Prontuário MAT: 0150654

Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 14/01/2019 21:22:13
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901142122125380000003914657
Número do documento: 1901142122125380000003914657

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: Antônio Moura da Costa

DATA DE NASCIMENTO: 20/05/78 Data: 09/08/17 Prontuário: 5880

Confirmar com o paciente:

Identidade (nome e data de nascimento): ☒ Sim () Não
Jéjum? ☒ Sim - Quantas horas? () Não

Procedimento programado

Sítio demarcado () Sim ☒ Não () Não se aplica
Usar dispositivo médico? () Sim () Não
Está na sala e conferido?

Consentimentos informados preenchidos e assinados:
Para a anestesia? ☒ Sim () Não
Para a cirurgia? ☒ Sim () Não

Exames de imagens essenciais estão disponíveis?
☒ Sim () Não () Não se aplica

Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário):
() Sim () Não

Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala?
() Sim () Não

Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando?
() Sim () Não

O paciente possui alergia?
() Sim ☒ Não

Quais? Nenhuma

O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?
() Sim () Não

Equipamentos para assistência disponíveis? () Sim ☒ Não
O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/kg)? () Sim () Não

Tem acesso endovenoso adequado () Sim () Não
Tem reserva de sangue () Sim () Não

Cirurgião

Anestesta

M00.135-HGV

Moura
Instrumentador (a)

Enfermeira (o)

Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função

Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(o):
() Identificação do paciente (nome e data de nascimento)
() Procedimento programado
() Sítio Cirúrgico demarcado

Placa de bisturi posicionada corretamente:
() Sim () Não ☒ Não se aplica

A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?
() Sim () Não () Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:
Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista?
() Sim - Qual?

Equipe de anestesia: alguma preocupação específica com o paciente?
() Sim - Qual?

Checkagem da equipe de enfermagem:
Todos os instrumentais estão disponíveis?
() Sim () Não

Todos os instrumentais estão esterilizados?
() Sim () Não

Todos os equipamentos necessários estão disponíveis?
() Sim () Não

Procedimento realizado: ICA

Contagem das compressas correta?
() Sim () Não ☒ Não se aplica

Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta?
() Sim () Não () Não se aplica

Contagem de agulhas correta?
() Sim () Não () Não se aplica

As amostras/biópsias para a anatomia patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento; local anatómico de origem; quantidade de amostras)?
() Sim () Não ☒ Não se aplica

Registros completos no prontuário:
Do procedimento intraoperatório ☒ Sim () Não
Do procedimento anestésico ☒ Sim () Não

Todos os medicamentos administrados foram registrados e checados? Ficha de anestesia
() Sim () Não () Não se aplica

Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritas?
() Sim () Não

Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?
() Sim - Qual? Conexão de oxigênio

() Sim - Qual?

() Não

Enfermeira
Circulante

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 09/08/17
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO Nº: 0190065-9



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

OTD opcl

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

Prontuário: 52880

Atendimento: 419645

Dt. Nasc.: 20/05/1978

Idade: 39a 2m 23d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: 64727

Data Pedido: 10/08/2017

Médico Solicitante: GLAUSON TUQUARRE MELO DO NASCIMENTO

Sector Solicitante: CL. ORTOPEDICA

Unid. Internação / Leito: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT107

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.06.012-5

Data do Laudo: 11/08/2017

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

RELATÓRIO: O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

- Avaliação radiológica pós-operatória imediata do reparo cirúrgico do joelho esquerdo caracterizada pela presença de parafusos de interferência no fêmur direito e de parafuso de interferência na tibia direita. Gás e edema nos tecidos moles adjacentes.

Conclusão: Controle radiológico pós-operatório (joelho esquerdo).



MANOEL ANTONIO GOMES DE CASTRO
8051

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-1





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafin, 2352 Centro - Fone: 85 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 64000000 CNPJ: 06.553.584/0104-43

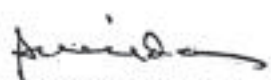
Paciente: **ANTONIO FERREIRA DA COSTA**
Prontuário: **52880** Atendimento: **419645**
Dt. Nasc.: **20/05/1978** Idade: **39a 2m 20d** Sexo: **M**
Pedido: **61753** Data Pedido: **08 de Agosto de 2017**
Médico Solicitante: **GLAUSON TUQUARRE MELO DO NASCIMENTO**
Setor Solicitante: **CL. ORTOPEDICA**
Unid. Internação / Leito: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT107**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 08 de Agosto de 2017

CREATININA : **1,58 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,3 mg/dl

UREIA : **40,00 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
10 a 50 mg/dl




ANTONIO MARTINS DE ALMEIDA
2775

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM **13/09/18**
Edna Maria Andrade Silva
Cópia de Prontuário MAT: 019088-4





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 64000000 CNPJ: 06.563.564/0104-43

Paciente: ANTONIO FERREIRA DA COSTA
Prontuário: 52880 Atendimento: 419645
Dt. Nasc.: 20/05/1978 Idade: 39a 2m 20d Sexo: M
Pedido: 61753 Data Pedido: 08 de Agosto de 2017
Médico Solicitante: GLAUSON TUQUARRE MELO DO NASCIMENTO
Setor Solicitante: CL. ORTOPEDICA
Unid. Internação / Leito: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT107
Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 08 de Agosto de 2017

COAGULOGRAMA

TEMPO DE SANGRIA.....: 1,30min
VALOR DE REFERENCIA: 1 A 4 MINUTOS

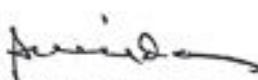
TEMPO DE COAGULACAO.....: 9,0 min
VALOR DE REFERENCIA: ATÉ 12 MINUTOS

PROVA DO LAÇO.....: NEGATIVO
VALOR DE REFERENCIA: NEGATIVO

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL
VALOR DE REFERENCIA: RETRAÇÃO TOTAL

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....:
VALOR DE REFERENCIA: 150.000 A 450.000 /mm3




ANTONIO MARTINS DE ALMEIDA
2775

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 13/09/18
Edna Maria Afraide Silva
CÓPIA DE PROPOSTA MAT: 015065-1





ort

HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.554/0104-43

Paciente: **ANTONIO FERREIRA DA COSTA**

Prontuário: **52880**

Atendimento: **419645**

Dt. Nasc.: **20/05/1978**

Idade: **39a 2m 20d**

Sexo: **M**

Pedido: **61753**

Data Pedido: **08 de Agosto de 2017**

Médico Solicitante: **GLAUSON TUQUARRE MELO DO NASCIMENTO**

Sector Solicitante: **CL. ORTOPEDICA**

Unid. Internação / Leito: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT107**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **08 de Agosto de 2017**

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Referências

Mulher

Hemácias em milhões/ml.....: **3,86**

Hemoglobina em g/dl.....: **11,30**

Hematócrito em %.....: **30,20**

Vol. Glob. Média em u3.....: **98,69**

Hem. Glob. Média em uug.....: **36,93**

C.H. Glob. Média em %.....: **37,42**

OBS: **DISCRETA MACROCITOSE E ANISOCITOSE**

Valores de

Homem

4,3 - 6,5	3,9 -
5,8	
13,5 - 18,0	11,5 -
16,4	
40,0 - 54,0	36,0 -
47,0	
	76,0 - 96,0
	27,0 - 32,0
	32,0 - 36,0

LEUCOGRAMA

Valores Encontrados

Leucócitos por ml.....: **3710**

Promielocitos.....: **0,00**

Mielocitos.....: **0,00**

Metamielocitos.....: **0,00**

Bastões.....: **0,00**

Segmentados.....: **50,00**

Eosinófilos.....: **1,00**

Basófilos.....: **0,00**

Linfócitos.....: **41,00**

Monócitos.....: **8,00**

OBS: **DISCRETA LEUCOPENIA**

Plaquetas.....: **109.000 mm³**

OBS:

4.000 - 10.000

0

0 - 1

1 - 3

40 - 75

1 - 6

0 - 1

20 - 45

2 - 10

142.000 mm³

mm³

450.000

mm³

20 SET 2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

OPVAT

GENITE SEGURADORA S.A.

Rua Castro de Resende, 455 Lapa C

Centro-Norte CEP: 04.552-470

Teresina-PI

ANTONIO MARTINS DE ALMEIDA
2775

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 10/08/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE FOTOCOPIA MAT: 519665-4





CENTRO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

**MEDICARDIO CENTRO CLÍNICO CARDIOLÓGICO
LTDA**

ANTONIO FERREIRA DA COSTA
CENTROCOR/ULTRA EXAME
Dr. GLAUSON NASCIMENTO
027277.01

Idade: 39 anos
Sexo: MASC
Data: 21/06/2017 13:12:00

Emissão:
21/06/2017
16:59:31

Página...: 1/1

RAIO-X DO PÉ DIREITO

Achados:

Fixação das articulações dos ossos do tarso com os metatarsais, na região da articulação de Lysfranc, com imagens radiodensas peri-articulares que podem corresponder a fragmentos ósseos ou calcificação / ossificação de partes moles.

Aspecto sugestivo de artropatia degenerativa tibiotalar, com osteofitose marginal.

Demais estruturas ósseas com morfologia e densidade normal.

Aumento difuso nas partes moles do pé direito.

Conclusão:

Raio-x do pé direito evidencia fixação das articulações dos ossos do tarso com os metatarsais, na região da articulação de Lysfranc, com imagens radiodensas peri-articulares que podem corresponder a fragmentos ósseos ou calcificação / ossificação de partes moles.

Aspecto sugestivo de artropatia degenerativa tibiotalar, com osteofitose marginal.

Documento assinado digitalmente em 21/06/2017 por:
Dr. Fabio Augusto Costa Martins



DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS
CRM 111.208

Rua Olavo Bilac, 1660 Centro-Sul / CEP: 64.001-280 - Teresina, Piauí
3303-1256 / 3303-4401 / 999-150-202 / 995-255-133 / 988-554-161 / CNPJ: 08.955.702/0001-30
medicardio-pi@hotmail.com www.medicardio.com.br

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/02/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO / MAT: 019085-1



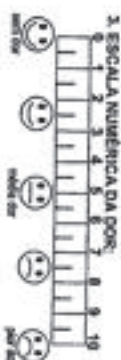
FOLHA DE CONTROLE

NOME <i>Antonio Ferreira da Costa</i>	DATA DO NASC. 10/04/1972	PESO 0	PRONTUÁRIO 1218112
DIAGNÓSTICO	DATA 12/08/12	Q.S. / F. RH	

Nº	SINAIS VITAIS					ENTRADAS					SAÍDAS		
	T	P	R	PR	OCM	PRC	SAT	P	C	Q	PR	PLASMA	SANGUE
A													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
SOMA PARCIAL													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
SOMA PARCIAL													
23													
24													
01													
02													
03													
04													
05													
06													
SOMA PARCIAL													
SOMA TOTAL													

LEGENDA: 1. EVACUAÇÃO: (-) Ausente
(+) Pequena quantidade
(++) Média quantidade
(+++) Grande quantidade

2. MUDANÇA DE DECUBITO: DD - Decúbito Dorsal
DL - Decúbito Lateral Direita
DV - Decúbito Lateral Esquerda



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 12/08/12
Maria Andrade Silva
IE PRONTUÁRIO Nº: 1218112

AValiação de enfermagem

Uso de oxigênio em 8L6 wch até hospitalização
 10/01/2019 21:22:13

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Realizado curativo com K.O. e curativo
 10/01/2019 21:22:13

DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO
 E PVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 20 SET 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Carlos de Resende, 455 - 1º andar
 Centro - Nova CEP: 64.002-470
 Teresina - PI

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERE COM O ORIGINAL
 EM 10/01/19
 Edina Maria Andrade Silva
 COPIA DE AUTENTICAÇÃO: 0100554

PACIENTE

ANTONIO FERREIRA DA COSTA

CLINICA

ORTOPEDIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3° DPO, BEG

ALTA HOSPITALAR APÓS CURATIVO

Dr. Patricia A. Williams
Criminal Justice
Criminal Justice
Criminal Justice

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/08/15
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PROTOCOLO NAT. 019085-1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
2º SET 2018
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 405 Lapa C
Cidade - Belo Horizonte - MG
CNPJ nº 06.908.000/0001-91
Fone: (31) 3222-1111

DATA DE NASCIMENTO

GLAUSON

ENFERMARIA

04

PRONTUÁRIO

OBSERVAÇÃO INTERDISCIPLINAR





SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 08.553.564/0104-43

Atendimento:
419645

Paciente:	ANTONIO FERREIRA DA COSTA			Idade:	39 Anos 4 Meses 22 Dias	Sexo:	M	Prontuário:	52880
Endereço:	RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO			Número:	1482	Bairro:	NOVA BRASÍLIA	Cidade:	TERESINA
UF:	PI	DT. Nasc:	20/05/1978	Profissão:	PEDEIRO	Telefone:	86 - 9958.73008	CPF:	784.465.203-97
								Cartão SUS:	898002311317097

Internação:	08/08/2017	Alta:	12.08.17	às		Permanência:	4 dias
-------------	------------	-------	----------	----	--	--------------	--------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal: ☐ ☐ ☐ ☐	
CID Secundário: ☐ ☐ ☐ ☐	
CID Causa Morte: ☐ ☐ ☐ ☐	

Evolução e Situação na Alta:

Desempenho satisfatório

Medicações Utilizadas:

Cefotaxima

Cirurgia: Data: ___/___/___ Tipo: ___

Ortopedia

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

Curativo + Tobac



Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☐ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

Transferência:

Vaga cedida por: ___

Transporte: ___

Nome: ___

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 13/09/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 919085-1







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

NOME: Antonio Ferreira Costa SEXO ☒ M ☐ F Idade: 34 Data Nasc. 11/11/80
Cirurgia Proposta: ANESTESIA GERAL
Cirurgião: _____

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

SISTEMA CARDIOVASCULAR	☒ HAS	☐ Palpitação	☐ Edema MMII	☐ Dor precordial	☐ Marcapasso	☐ Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO	☐ Dispneia	☐ Tosse	☐ Asma	☐ Cianose	☐ Hemoptise	☐ Apnéia P.M.
SISTEMA DIGESTIVO	☐ Dor epigástrica	☒ Gastrite	☐ Refluxo	☐ Hepatite	☐ Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	☐ Disúria	☐ Polúria	☐ Dor lombar	☐ DUM (mulher)		
SISTEMA ENDÓCRINO	☐ Diabetes	☐ Doenças da tireóide				
SISTEMA HEMATOLÓGICO	☐ Anemia	☐ Sangramentos	☐ Transfusão sanguínea			
SISTEMA IMUNOLÓGICO	☐ Alergias	☐ Herpes	☐ Transfusão sanguínea			
SISTEMA LOCOMOTOR	☐ Fraq. muscular	☐ Dor articular	☐ Patol. coluna	☐ Déficit locomoção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	☐ Convulsão	☐ Desmaio	☐ Cefaléia	☐ Parastesias		

OBS: EM TRT PARA HALLERASE / HERNIA DE DISCO

Medicamentos em Uso: GRANIPRIL 10mg 1x/dia; OMEPRAZOL 20mg 1x/dia; AMITRIPTILINA 25mg 1x/dia

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

Cirurgias / Anestésias anteriores: TTO CERVICAL TANTUM PÓ 10 dias 2 meses / LAS HA 2 anos

Intercomúncias: 1

Hemotransfusão: 1

Antecedentes Familiares:

☐ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Uso de Tóxicos ☐ Alergias NEGA

EXAME FÍSICO

Estado Físico: EG: BOM Peso: 72 kg Altura: 1,70m FC: 72
Avaliação via aérea: Mallampati II Mobilidade pescoço: OK Limitação ATM: ☐
Distância esterno/mento: < 12,5cm ☐ > 12,5cm ☒ Coluna Vertebral: _____
SCV: _____
SR: _____
Outros: _____

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT: _____ (%) HB (g%): _____ Plaquetas (mm³): _____ TTPa: _____ TP: _____ INR: _____
Ionograma (K): _____ Na: _____ Ca: _____ K: _____ Outros: _____
Glicemia: _____ Uréia: _____ Creatinina: _____
Rx do Tórax: _____
ECG: _____
Risco Cirúrgico: _____
Parecer Cardiológico: _____
Outros Exames: _____

CONDUTA:

Liberado: ☐ SIM ☒ NÃO Observação: FALTAM EXAMES LABORATORIAIS

ORIENTAÇÃO:

Jejum: 8h2m

Medicação: _____

Cuidados: _____

Anestesia Proposta: GA

Data consulta: 03/08/12 Hora: _____

Assinatura Médico / CRM / Carimbo: _____

Walter N. Eulálio Neto
Médico Anestesiologista
CRM-PI 4585

MOD. 05-HGV





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA TRATAMENTO CLÍNICO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO/ANESTESIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: <u>ANTONIO FERNANDES OLIVEIRA</u>
Nascimento: <u>11/11/1971</u>

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

RESPONSÁVEL LEGAL
Nome: _____
Parentesco: _____

Eu, _____
paciente ou responsável pelo paciente acima citado, que sou/é portador da doença _____
devido ser submetido ao tratamento clínico/procedimento cirúrgico/ anestesia:

DECLARO ter recebido e compreendido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha/sua doença e ao tratamento/procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. CEFALEX

2. Penicilina

3. Amoxicilina

4. Pin

5. Soro

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Consentimento Informado está em conformidade com a Lei 8.078/90 e com o Código de Ética Médica nos seus artigos 46 e 90.

☒ OBS: Este Termo de Consentimento deverá ser usado para todos os tipos de sedação e anestesia, inclusive anestesia local.

Teresina (PI), 03 de 03 de 20 17 às _____ horas
Antonio FERNANDES OLIVEIRA
Paciente ou Responsável legal

Walter N. Eulálio Neto
Médico Responsável - CRM
CRM-PI 4885

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86-3221-3040



52

880

X

X



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TE. 17.09.18

JUNHO/18

Exames externos
na escola.

Antonio Ferreira da Costa

Dr. Glaudson

107-2

PRONTUÁRIO MÉDICO 653534

Alta - 19.05.18

ELETCARDIOGRAMA
EXAME REALIZADO
EM 09/05/18 HORA: 16:
TÉCNICO:

Isilene Braga
ANEXAR EM ENFERMAGEM
COREN-PI 14326 AE

Exames anexos
ao prontuário
& furos origin

ORTOP
05/18

MOD. 01 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/05/18
Edna Maria da Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 0150664

05 JUL 2018

OPM



AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
653534

Prontuário: 52880 **ANTONIO FERREIRA DA COSTA**
Endereço: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO 1499 NOVA BRASÍLIA
Cidade: TERESINA UF:PI CEP: 64005-470

Sexo: M DT. Nasc: 20/05/1978 (Idade: 39 Anos 11 Meses 19 Dias Estado Civil: C Profissão: PEDREIRO
Cadastro: 09/05/2018 Telefone: 86 9958.73008 Cartão SUS: 898002311317697 CPF: 78446520397

Pai: RAIMUNDO LUIZ DA COSTA
Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO COSTA
Cônjuge:

Responsável: ANTONIO FERREIRA DA COSTA
Endereço: ARTUR FURTADO 1499 NOVA BRASÍLIA
Cidade: 2975 UF:PI CEP: 64005-470

fatima
Funcionário do SAME

Unidade Principal:	<i>Don joelho E</i>
I.D.A.	<i>Don edema joelho E</i>
Ant. Pessoais:	<i>NON</i>
Ant. Hereditários:	<i>NON</i>
Exames Físicos:	<i>Don edema</i>
Geral:	<i>limpeza em joelho</i>
Cabeça e Pescoço:	<i>espuma</i>
Tórax:	
Abdomen:	
Membros:	
Genitais:	
Específicos:	
Diagnóstico:	<i>lesão intra joelho E</i>
Plano Terapêutico:	<i>Hs limpeza</i>



Dr. Gerson Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12751-TER

Data / Hora: / / :

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 18/09/18
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 919065-9





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Órgão Emissor: M221100001

AIH : 221810101437-1
UNI : H6V

NASCIMENTO
20/05/1978

ento

14

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

ANTONIO FERREIRA DA COSTA

D. LIBERA: 21/05/2018

DT. LAUDO: 09/05/2018

PROCED.: 0413020069 PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

OP. 31ST: J. SANTOS

CIO: T818

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

5 - Nome: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

6 - Prontuário: 52880

7 - CNS: 888002311317697

8 - Nascimento: 20/05/1978

9 - Sexo: M

CPF: 784.465.203-97

11 - Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO COSTA

12 - Fone: 86-9.95873008 / 968996864

13 - Resp: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

14 - Cor: PARDA

15 - Ender.: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO 1499 NOVA BRASIL 19 - CEP: 64005-470

16 - Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100

18 - UF: PI

RQ: 16038-24

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

foram encontrados
em joelho esquerdo +
inimile

21 - Condições que justificam a internação:

Lesões joelho

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rxist + RUM

23 - Diagnóstico inicial:

24 - Cid Princ.: T818

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C. Ass.: _____

OUTRAS COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE

Procedimento Solicitado

27 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

308049015 TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS

29 - Clínica:
CL. VASCULAR

30 - Carater.:
02

Ident.:
1

31 - Documento:
CPF: 69572110320

32 Doc. Med. Solic.
69572110320

33 - Nome Profissional / Assistente
GLAUSON TUQUARRE MELO DO NASCIMENTO

34 - Data de Solicitação:
09/05/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

43 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE Empresa

44 - CBOR

38 - () Acidente de Trabalho Trajetos.

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Pagarado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

21/05/18

48 - Documento

49 - Núm. Documento

50 - Assinatura (RG Consultar)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável

Antonio Ferreira da Costa

FATIMA SANTOS

Carteira Local:

Consulta SUS:

Imprimada 12:38:32

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 11/09/18

Edna Maria Andrade Silva

CÓPIA DE PRONTUÁRIO Nº: 018065-0





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

2 - CNES

2726971

Atendimento

4 - CNES

2726971

653534

Identificação do Paciente

5 - Nome: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

6 - Prontuário: 52880

7 - CNS: 898032311317697

8 - Nascimento: 29/05/1978

9 - Sexo: M CPF: 784.465.203-97

11 - Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO COSTA

12 - Fone: 86-9.95873008 / 988968864

13 - Respc: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

14 - Cor: PARDA

15 - Ender.: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO 1499 NOVA BRASIL 13 - CEP: 84005-470

17 - Cod. IBOGE: 221109

18 - UF: PI RG: 16038-24

16 - Munic: TERESINA

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Doença infecciosa

21 - Condições que justificam a internação:

Lesão infecciosa

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Reio X

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: T818

25 - Cid Sec.:

OUTRAS COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

308040015

TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS

29 - Clínica:

30 - Caracter:

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solid.

CPF: 69572119320

VASCULAR

02

1

33 - Nome Profissional / Assistente

34 - Data de Solicitação:

09/05/2018

CLAUSON TUQUARRE MELO DO NASCIMENTO

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

38 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bólula.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE, Empresa

44 - CBOE

39 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

41 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE, Empresa

44 - CBOE

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Carimbo)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: FATIMA SANTOS
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão: 12:38:32

Antonio Ferreira da Costa

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 10/05/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO Nº: 91066-7





Ministério
da
Saúde

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA
HOSPITAL

AIH : 221810101437-1
UNI : HGV

Órgão Emissor: M221109601

171

NOME DO PACIENTE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

CNS: 898002311317697

DATA NAS

ANTONIO FERREIRA DA COSTA

RAÇA/COR: PARDA

ETNIA DO

NOME DA MÃE: MARIA JOSE DO NASCIMENTO COSTA

D. LIBERA: 21/05/2018

DT. LAUDO: 09/05/2018

RESPONSÁVEL: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

PROCED.: 0415020069 PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

ENDEREÇO: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO

OP. SIST: J. SANTOS

CID: T81B

MUNICÍPIO: TERESINA

UF: PI

ASS. M221109601
171
64005470

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☒ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS

COD. PROCEDIMENTO
0308040015

COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

COD. PROCEDIMENTO
0415020069

CID PRINCIPAL

OUTRAS COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE

CID SECUNDÁRIO

CID: PROCED

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

Paciente submetido a:

- RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) - CID: S935
- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL - CID: M283.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

GLAUSON TUQUARRE MELO DO NASCIMENTO

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☒ CPF ☐ 190106947740003

AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 15/09/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE FRENTE MAT. 018065-2





Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA PRONT.: 0000052880 ATEND.: 0000653534

CNS: 098002311317697 DATA NASCIMENTO: 20/05/1978 SEXO: Masculino
RAÇA/COR: PARDAS ETNIA DO PACIENTE: CPF: 78446520397
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DO NASCIMENTO COSTA FONE: 995873008
RESPONSÁVEL: ANTONIO FERREIRA DA COSTA FONE: 995873008
ENDEREÇO: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO N.º: 1499
MUNICÍPIO: TERESINA UF: PI CEP: 64005470

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☒ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null
CL. PRINCIPAL	CID SECUNDARIO
CID REL. PROCED	null

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA DE TITÂNIO	0702030716	2
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PACIENTE NÃO NECESSITA DE OPME

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

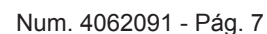
DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE FOMENTÁRIO MAT: 019665-2





Edna Maria Andrade Silva
T009A DE FUNDACAO MAT: 89665-7

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DE VOT
CONTROLE E REGISTRO
20 SET 2010
GENTE SEGURANÇA S.A.
Rua Centro de São Paulo, 440 - Lapa C
Centro, 05053-000 - São Paulo, SP
05053-000

HORA _____ INSTRUMENTO ADORA-COREN

CHOUILLANT-COREN

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

[illegible]

MATERIAL: UTILIZADO NO PROCEDIMENTO





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
BOLETIM DE CIRURGIA

040805016

CLÍNICA: Ortopedia - 107-2 PRONTUÁRIO 52880
NOME: Antônio Ferreira da Costa DATA NASC: 20/05/78
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Complicação pós-operatória

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Reparo de PEA
CIRURGIÃO: Dr. Glaucio
AUXILIARES: Dr. Fátima
INSTRUMENTADOR(A): Dalva
TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: paciente em decúbito dorsal
com a cabeça elevada e o membro superior direito
fixado ao corpo com uma tala. A PEA foi encontrada
com uma lesão de 10cm x 5cm, com perda de sangue
durante a cirurgia. Foi realizada a sutura com fio
absorvível 3/0 e fechada com fio 4/0. Foi colocada uma
curativo e o paciente foi encaminhado para o
serviço de observação.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Com

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO QUAL?

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL?

DATA 17/05/18 HORA 15:30

MOD. 14 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/05/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019965-2



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Ortopedia LEITO: 107/02 PRONTUÁRIO: 52880

NOME: Antonio Ferreira da Costa DATA NASC: 30/05/1978

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão meniscal joelho E

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

OK

CIRURGIA:

Reparo meniscal joelho

Nº SALA 11

CIRURGIÃO:

Dr. Glaudson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEOT 10804

CRM-PI:

AUXILIARES: 1º

2º

11

INSTRUMENTADOR(A):

Getúlio

CIRCULANTE:

Elvando

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

1) Paralisar no membro inferior
2) Abertura de portais de artroscopia
3) Reparo meniscal menisco medial, obres
4) Rotação de enxerto LCA 5) Sutura +
metabólico.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

OK

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO:

OK

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM NÃO ESTIMADA

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM NÃO QUAL?

Dr. Glaudson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEOT 10804

DATA 14/05/2018 HORA 17:00hs

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 16/09/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE REGISTRO EM 01/09/2018



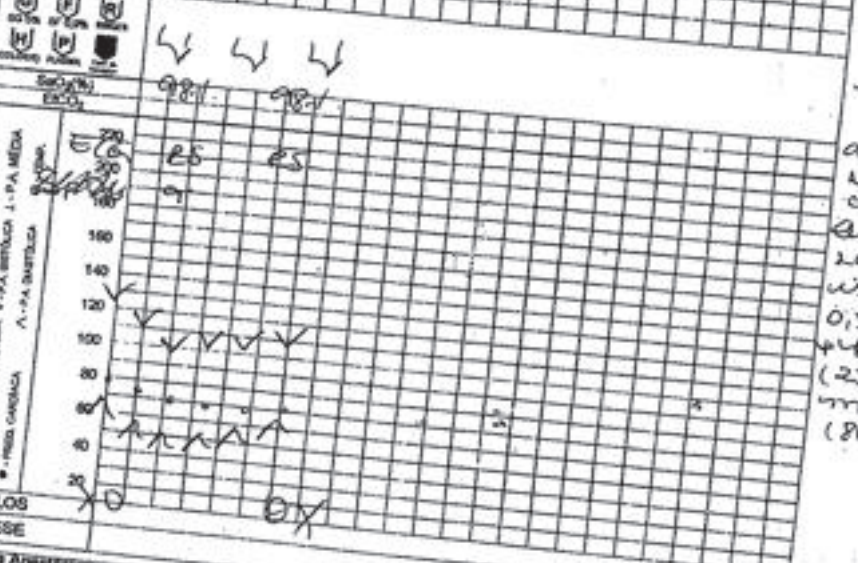
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
BOLETIM DE ANESTESIA



DATA 14/05/18
PRONTO

PAC
DAT
CIR
TIP

PACIENTE Antonio Ferreira da Costa IDADE 1 DATA 14/05/18
PROCEDIMENTO complicação cirúrgica
PRESSÃO ARTERIAL 15.80 RESPIRAÇÃO 18 TEMPERATURA 36.5 PESO 70 ALTURA 1.70
HEMOGLOBINA 15.80 HEMATÓCRITO 45 GLICEMIA 100 UREIA 10 CREATININA 1.0
COXÍGENO 100 SEVOFLURANO 0.5



SEQ
midazolam
5mg
anestesia
L3-L4, umi
ca. 10g
curare 25g
2cc @, bupiv
urobarica
0.5-1. (15ml)
+ fentanyl
(25ug) +
morfina
(80ug)

Técnica Anestésica: Raqui-anestesia
Observações:

☒ ECG ☐ PVC ☒ Oxigênio ☒ PAM ☒ PANI ☐ Capnógrafo ☐
GASES
Oxigênio 3 l/min Início 15.30 Fim 16.30 Tempo 1h
Ar Medicinal 15.30

MEDICAMENTOS UTILIZADOS		
Atropina		Amp
Adrenalina		Amp
Água dest. 10ml		Amp
Cipro 500mg		Amp
Cefazolina 1g	<u>02</u>	Fras
Clonidine		Amp
Colbide ()		Amp
Dexametasona	<u>02</u>	Amp
Diazepam		Amp
Dimorf	<u>02</u>	Amp
Dipirona		Amp
Dobutamina		Amp
Dopamina		Amp
Dormonid		Amp
Eferol	<u>01</u>	Amp
Efedrina		Amp
Fentanyl (ar. 100)	<u>01</u>	Amp
Fentanyl (ar. 100)		Amp
Sevoflurano		Fras
Hidrocortisona		Fras
Isoflurano		Fras
Manitol		Fras
Metronidazol		Fras
Narcan		Fras
Neostigmina		Amp
Nipride		Amp
Noradrenalina		Amp
Neocaina 1% (ar. 100)		Amp
Neocaina 1% (ar. 100)	<u>01</u>	Amp
Omeprazol		Fras
Pancurônio		Fras
Propofol	<u>01</u>	Amp
Propofol		Amp
Protarina		Fras
Quelçin		Fras
Quetamina		Fras
Ramifentani		Fras
Renitidina		Fras
Ringer-Lactado		Fras
Sufentanil		Fras
S. Fisiol. 0.9%		Fras
S. Glicosado 5%		Fras
Tetracim		Fras
Transamin		Amp
Novabup 0.5 v		Fras
Lidocaina 2% v		Fras
Nausea 0.5		Fras

MOD. 96 - HGV

DEPARTAMENTO DE ANESTESIA
CONTROLEADO VERIFICADO
20 SET 2018
CENTRO SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 400 Laje C
Centro - Niterói RJ 24.090-478
Telefone: 021-2400-478

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/05/18
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTO-SOLAR MAT: 0190554



Enzo di Stefano
Knox: 10/19/40

Andriaskiolska - CRM

20 SET 2017
CENTE SECURE
RUE COLOMBE DE
CHATELAIN
10-11

[illegible]

ADN - 00.000





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
BOLETIM DE ANESTESIA

Alergias: Dipirona. Jejum completo. Nega

consciência

DATA 14/05/18 SALA 11
PRONTUÁRIO 59880

PACIENTE: ANTONIO FERREIRA DA COSTA		DATA DE NASC.: 20/05/1978	IDADE: 40A	PESO: 70kg	SEXO: Masculino
PROCEDIMENTO: Anestesia Total		ESTADO FÍSICO ASA			
PRESSÃO ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
120/80	100	15L	36.1	70kg	1.70m
HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA	OUTROS
12	35	100	1.5	0.8	
OXIGÊNIO					
SEVOFLURANO					
SEQUÊNCIA					
1) CEFALOXIMA 2g					
2) Decadron 8mg					
3) ON-DANSETRON 4mg					
4) Tramal 100mg					
5) CATAMORFON 100mg					
6) Midazolam 5mg					

Técnica Anestésica: RAQUIANESTESIA + Sedação
Observações: Raqui anestesia Técnica oxiplex 1mg/kg
injeção mediana 4-5. Bloqueio de ligamento
Ligamento 17.5mg Dipirona 100mg + 80mg
Morfina.

☒ ECG	☐ PVC	☒ Oxigênio	☐	
☐ PAM	☒ PANI	☐ Capnógrafo	☐	
GASES	l/min	Início	Fim	Tempo
Oxigênio				
Ar Medicinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Ramifentanil	Fras
Adrenalina	Amp	Domonid	Amp	Nitride	Amp	Ranitidina	Amp
Água dest. 10ml	Amp	Efedrina	Amp	Noradrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Cipro 500mg	Fras	Efedrina	Amp	Neocaina 0.5%	Amp	Sufentanil	Amp
Cefazolina 1g	Amp	Fentanil brand	Amp	Neocaina 0.5%	Amp	S. Fisilog. 0.9%	Fras
Clonidina	Amp	Fentanil brand	Fras	Neocaina 0.5%	Amp	S. Glicosado 5%	Fras
Colide ()	Fras	Sevoflurano	M	Omeprazol	Amp	Traorlum	Amp
Dexametazona	Amp	Hidrocortisona	Fras	Pancurônio	Amp	Transamin	Amp
Diazepam	Amp	Isotufurano	M	Propofol	Fras	Novabup 0.5 v	Fras
Dimorf	Amp	Manitol	Fras	Protamina	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Dipirona	Amp	Metronidazol	Fras	Quelidol	Fras		
Dobutamina	Amp	Narcan	Amp	Quetamina	Fras		



Anestesiologista - CRM

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/05/18
C. de Anestesia
SILVIA DE FROTA MATEUS NAT. 019065-5





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: ANTONIO FERREIRA DA COSTA		
Prontuário: 52880	Nascimento: 20/05/1978	Estado Civil: Casado
Cartão SUS: 898002311317697		

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal	
Nome: ANTONIO FERREIRA DA COSTA	
Estado Civil: Casado	CPF: 78446520397
Parentesco: O MESMO	

Eu, _____
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento cp _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 09/05/2018

Antonio Ferreira da Costa
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Durval Tercio Naves Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM PI 1800 - SUSCUL 200
Assinatura do Médico Responsável - CRM



Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86-3221-3040

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 12/05/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE ARQUIVADO MAT: 919065-2





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
CLÍNICA ORTOPÉDICA/CIRURGIA VASCULAR

DADOS DO PACIENTE	
Nome:	_____
Nascimento:	____/____/____

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

RESPONSÁVEL LEGAL	
Nome:	_____
Parentesco:	_____

Eu, _____
(paciente) e/ou responsável pelo paciente acima citado, necessitando de realizar procedimento cirúrgico para amputação de membro(s) _____

Declaro que:

1. Recebi todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a sua doença e ao procedimento que está submetido, tais como: _____
2. Esta autorização é dada ao médico responsável, bem como ao(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) e de acordo com seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;
3. Estou ciente ainda de que o presente TERMO DE CONSENTIMENTO com cláusulas pré estabelecidas, foi elaborado na conformidade de lei 8.078/90, pelo Código de Ética Médica nos seus artigos 46 e 90.

Teresina(PI), _____ de _____ de 20____

Paciente ou Responsável

Médico Responsável - CRM

Dr. Wilson Rodrigues
COORDENADOR CLÍNICA ORTOPÉDICA-HGV
CRM-PI: 2847 TEOT-5764

Clara
Clara Francisco dos Santos Leal
DIRETORA GERAL DO HGV
CPF: 142.886.693-72

Av. Frei Sarney, 2342 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 06-3221-3040

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/19
Edna Maria Aguiar de Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019085-5



e) CABEÇA
 Couro cabeludo: ☒ Sem anormalidades () Ferimento () Hematoma Alterações: _____
 Face: ☒ Simétrica () Assimétrica () Ferimento () Hematomas
 Nariz: ☒ Simétrico () Assimétrico () Sem anormalidades () Secreção () Lesão () Epistaxe
 Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () Reativas () Areflexivas () Mídicas () Midríicas
 () Funiliformes () Médias
 Olhos: ☒ Normal () Hemorragia () Ictérica de esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas
 () Processo inflamatório/infeccioso
 Ovíduos: ☒ Normal () Otorrágica () Lesão Outros: _____
 Boca: ☒ Sem anormalidades () Úlcera () Falhas dentárias () Prótese () Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO
 Padrão: ☒ Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico
 () Traqueíte intercostal () Traqueostomizado () TOT () VM
 () Macronebulização () O2 sob cateter nasal () O2 venturi
 Ausculta: Murmúrio vesicular ☒ Presente () Diminuído () Ausente
 Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Esteriores () Tosse
 Tipo: _____
 Alterações: _____

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR
 Perfusão Periférica: ☒ Normal () Diminuída () Cianose Outros: _____
 Ausculta cardíaca: ☒ Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: () Regular () Irregular
 Acesso Venoso: () Sim ☒ Não Qual: _____
 Faz uso de marcapasso: () Sim () Não Há quanto tempo: _____

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL
 Abdomen: ☒ Flácido () Tenso () Plano () Globoso () Simétrico () Assimétrico () Escavado () Distendido
 () Timpânico () Doloroso
 Ruídos Hídricos: ☒ Ausente () Presente, tipo: () Hiperativos () Hipostivos
 Estômas: ☒ Não () Sim Qual: _____
 Tipo de Dieta: () Enteral () Parenteral Vias: ☒ Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia
 Aceleração da dieta: ☒ Sim () Não () Parcialmente
 Eliminação Intestinal: ☒ Normal () Constipação () Diarréia () Melena () Enterorragia () Obstipação

i) MUSCULO ESQUELÉTICO
 Deambulação: ☒ Sem auxílio () Com auxílio, Qual dispositivo? () Muleta () Andador
 Utiliza prótese/órtese? () Não () Sim Tipo: _____
 Sensibilidade: ☒ Não () Sim Tipo: () Parestesia Qual lateralidade? _____
 Déficit motor: ☒ Não () Sim Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () Direito
 () Esquerdo () Tetraplegia () Paraplegia
 Tonicidade: () Rígido () Flácido () Direito () Esquerdo
 Imobilização: ☒ Não () Sim Lateralidade? _____
 Movimenta os quatro membros: ☒ Sim () Não Risco de queda: () Sim () Não

j) SISTEMA TEGUMENTAR
 Pele: ☒ Íntegra () Desnutrida ☒ Hidratada () Desidratada ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Edema
 () Lesionada Local: _____ Escala de Braden: _____ Risco de pele
 lesão por pressão: () Sim () Não Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável ()

k) APARELHO GENITOURINÁRIO
 Urina: ☒ Espontânea () Incontinência () Retenção Urinária () Fraída
 Dispositivo Urinário: () Não () Sim Tipo: () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia
 Alterações: () Ardência () Leucorréia () Prurido () Disúria () Oligúria () Polúria () Anúria () Hematúria

l) PADRÃO DE SONO: () Bom ☒ Regular () Ruim () Insônia () Uso de sedativo-calmanes: () Não () Sim

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERE COM O ORIGINAL
 EM 13/09/19
 Edna Maria Andrade Silva
 PROFISSIONAL: MAT: 019885-1



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO
Nome: Antônio Ferreira da Costa Data de Nascimento: 20/05/1978
Cidade de origem: Tererina

II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL
Religião/Crença: Católica
Profissão: Futebolista
Escolaridade: () Analfabeto (x) Ensino fundamental () Ensino médio () Superior
Barreira na comunicação: (x) Não () Sim
Qual: _____
Apresenta déficit: () Não () Sim - Tipo: () Visual () Auditivo () Motor
() Outros: _____
Transtorno mental: () Não () Sim
Qual: _____

III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)
() Não possui (x) Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes mellitus () Cardiopatias () Câncer
() Tabagismo () Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outra Qual: _____
Alergia () Sim (x) Não Qual: _____

Faz uso de medicamentos? () Não (x) Sim

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO
Enalapril	10mg	Oral	2x/dia			
Amisulprida	150mg	Oral	1x/dia			
Omeprazol	20mg	Oral	1x/dia			

Resultados de exames (virando com o paciente): () Não (x) Sim Quais: Ressonância

IV - EXAME FÍSICO

a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS
Altura: 1,60 (m) Peso: 72 (Kg) IMC: _____
Dor: (x) Não () Sim Localização: _____
Características: _____

b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
(x) Consciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Intoxicado
ESCALA DE COMA GLASGOW: _____

c) ASPECTO EMOCIONAL: (x) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico
() Agressivo () Triste () Outra alteração Qual: _____

d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS
Perda de peso nos últimos 3 meses: (x) Não () Sim, Peso perdido: _____ (Kg)
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Neoplasia Obesidade mórbida III (IMC > 50 Kg/m²)
() Não se aplica

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 18/09/19
Edna Maria Andrade Silva
Cópia de prontuário MAT: 019066-1



Avaliação: 05 à 11 pontos = Risco Alto 12 à 17 pontos = Risco Moderado 18 à 20 pontos = Risco Baixo

ESCALA DE COMA DE GOSWAMI		ESCORE
AÇÃO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras Inapropriadas	3
	Sons Incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta motora	Obedece comandos	6
	Dor localizada	5
	Retirada da flexão	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
		15
PONTUAÇÃO: < 3 (probabilidade de morte) 3 a 8 (grave necessidade de intubação) 9 a 12 (moderado) 13 a 15 (leve)		

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERE COM O ORIGINAL
 EM 10/01/19
 Edna Maria Andrade Silva
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 015065-9



m) SISTEMA REPRODUTOR: () Menarca () Menopausa () Primípara () Multipara () Não se aplica

V - CIRURGIAS: Você já realizou alguma cirurgia: () Não (X) Sim

Qual(is): Cirurgia em M&E

Qual o ano: 2017

VI - EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional () Sim (X) Não

Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-alta () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária ()

Outro Especifique: _____

Pessoa a qual deve estar envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante () Familiar

Realiza algum tratamento especializado: () Sim Não ()

Qual: _____

VII - PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? (X) Não () Sim () Não se aplica

- () Criança () Idosos debilitados
() Adolescente () Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos
() Indígena () Outro Qual: _____

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

- () Alimentação () Linguagem
() Deambulação/ Mobilidade () Surdo e mudo
() Sono e repouso () Comunicação
() Acompanhante () Outros Qual: _____

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

VIII - OUTRAS INFORMAÇÕES:

O Sr. ou Srª gostaria de fazer alguma pergunta?

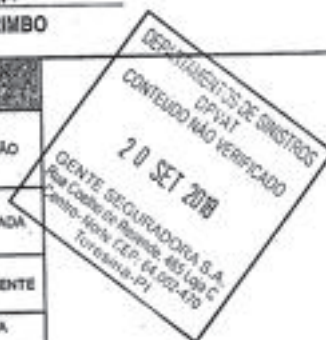
DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA
Assinatura (Paciente ou Responsável)

Dr. Ed. Duimayrivas
ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A) CARIMBO

Atuação Profissional: Enfermeiro
COREN-PI 393395 ENF

AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE PROBLEMAS			
PRESSÃO			
1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO
1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	4. RARAMENTE MOLHADA
1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	4. ANDA FREQUENTEMENTE
1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE
1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 16/09/18
Edna Maria Andrade Silva
Cópia de prontuário MAT: 0190659





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 01

MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME COM RISCO							
BAIXO RISCO	DATA 09/05	DATA 11/05	DATA 12/05	DATA 1/6	DATA 2/6	DATA 3/6	DATA 4/6
Não deixar o ambiente totalmente escuro	✓	✓	✓				
Pacientes que deambulam: utilização de calça dos antiderrapantes	✓	✓	✓				
Orientar para que o paciente não se levante sozinho da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura	✓	✓	✓				
MODERADO							
Orientar para que toda saída do leito deva ser orientada pela enfermagem.							
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta.							
Orientar necessidade de acompanhamento.							
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito.							
Mantiver ao alcance do paciente suas pertences e objetos mais utilizados.							
ALTO RISCO							
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período.							
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhamento.							
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições.							
Orientar sobre a leitura do folheto para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro.							
DECLARAÇÃO							
Declaro que recebi as orientações quanto a Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar, ao uso de vestimentas e calçados adequados, bem como o folheto educativo na primeira avaliação. Estou ciente do risco de queda avaliado e que entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.							
Assinatura (paciente/acompanhante): <i>Antônio Carlos de Costa</i>							
Observação: O paciente e acompanhante devem seguir as orientações fornecidas.							

* O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.

Edna Maria Antunes da Silva

Enfermeiro /Coren

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/2019
Edna Maria Antunes da Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 015065-1
MOD. 131-HGV



BR.

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 01





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

Prescrita unidades para banho veio.

Durizimar J. B.

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Fatores Avaliados	1ª Reavaliação	2ª Reavaliação	3ª Reavaliação	4ª Reavaliação	5ª Reavaliação	6ª Reavaliação	7ª Reavaliação	8ª Reavaliação	9ª Reavaliação	10ª Reavaliação	11ª Reavaliação
DATA	11/05	12/5									
Inspecção da Pele	S	S									
Score de Braden	19	19									
Avaliação da Unidade de Leito	B	S									
Utilização de cobertura especial	N	N									
Mudança de decúbito	S	S									
Utilização de superfície de apoio	N	N									
Suprimento de uma nova LPP	N	N									
Assinatura e Carimbo											

Fatores Avaliados	1ª Reavaliação	2ª Reavaliação	3ª Reavaliação	4ª Reavaliação	5ª Reavaliação	6ª Reavaliação	7ª Reavaliação	8ª Reavaliação	9ª Reavaliação	10ª Reavaliação	11ª Reavaliação
DATA											
Inspecção da Pele											
Score de Braden											
Avaliação da Unidade de Leito											
Utilização de cobertura especial											
Mudança de decúbito											
Utilização de superfície de apoio											
Suprimento de uma nova LPP											
Assinatura e Carimbo											

Legenda: S - sim N - não NA - não se aplica



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 10/09/18
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019085-1



Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
653534

Prontuário: 52880 Nome: ANTONIO FERREIRA DA COSTA
Endereço: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO 1499 NOVA BRASÍLIA
Cidade: TERESINA UF: PI CEP: 64005-470

Sexo: M DT. Nasc: 20/05/1978 Idade: 39 Anos Estado Civil: C Profissão: PEDREIRO
Cadastro: 09/05/2016 Telefone: 86 - 9958.73008 Cartão SUS: 898002311317697 CPF: 78446520397

Justificativa:

Parasit von der
weisse Leuchtent

Data	Assinatura
/ /	X
/ /	X
/ /	X
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

Dr. Glauson Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-P1 2773 / TEOT 10604

Data: / /

Ass. Médico Solicitante

Auditor

Data: 1 1

Assinatura - CPF

DEPARTAMENTO DE ESTUDOS
OFICIAL
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
20 SET 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Casimiro de Roraima, 100 - Lado C
Centro - 30130-010 - Belo Horizonte - MG
Tel: (31) 3241-4100
www.gente.com.br

Dr. Glauson Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEOT 10804

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 12/02/12
Arlene Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PROMISSÃO MAT. 0190652





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente:

Antônio Pereira da Costa

DATA DE NASCIMENTO: 2005-18

Prontuário: 52880

DATA: 14/05/18
CHECAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

Identificação (SIGN-IN)	Responsáveis: Cirurgião (a), Auxiliar, Anestesiista, Enfermeira (a), Instrumentador(a) e Circulante	Confirmações (TIME-OUT)	Procedimento realizado: <u>Verificação de segurança</u>	Registros (CHECK-OUT)
Confirmar com o paciente: Identidade (nome e data de nascimento): ☒ Sim () Não Jejum? ☒ Sim - Quantas horas? <u>8</u> () Não Procedimento programado: <u>Prostatectomia</u> Sítio demarcado: ☒ Sim () Não () Não se aplica User dispositivo médico? ☒ Sim () Não Está na sala e conferido? Consentimentos informados preenchidos e assinados: Para a anestesia: ☒ Sim () Não Para a cirurgia: ☒ Sim () Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? ☒ Sim () Não () Não se aplica Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário): ☒ Sim () Não () Não Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala: ☒ Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente funcionando? ☒ Sim () Não O paciente possui alergia? ☒ Sim () Não Qual? <u>Não</u> O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? ☒ Sim () Não Equipamentos para assistência disponíveis? ☒ Sim () Não O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (orçã > 7 ml/kg)? ☒ Sim () Não Tem acesso endovenoso adequado? ☒ Sim () Não Tem reserva de sangue: ☒ Sim () Não	Identificação (SIGN-IN) Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(o): () Identificação do paciente (nome e data de nascimento) () Procedimento programado () Sítio Cirúrgico demarcado Placa de bisturi posicionada corretamente: () Sim () Não () Não se aplica A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? () Sim () Não () Não se aplica Antecipação de eventos críticos: Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista? () Sim - Qual? () Não Equipe de anestesia: alguma preocupação específica com o paciente? () Sim - Qual? () Não Checagem da equipe de enfermagem: Todos os instrumentais estão disponíveis? () Sim () Não Todos os instrumentais estão esterilizados? () Sim () Não Todos os equipamentos necessários estão disponíveis? () Sim () Não	Confirmações (TIME-OUT) Contagem das compressas corretas? () Sim () Não () Não se aplica Contagem dos instrumentais cirúrgicos corretos? () Sim () Não () Não se aplica Contagem de agulhas corretas? () Sim () Não () Não se aplica As amostras/biópsias para a anatomia patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento; local anatómico de origem; quantidade de amostra)? () Sim () Não () Não se aplica Registros completos no prontuário: Do procedimento intraoperatório () Sim () Não Do procedimento anestésico () Sim () Não Todos os medicamentos administrados foram registrados e checados? () Sim () Não () Não se aplica Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritas? () Sim () Não Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? () Sim - Qual? () Não	Procedimento realizado: <u>Verificação de segurança</u> <u>for plus</u>	Registros (CHECK-OUT)

Cirurgião

Anestesiista

Instrumentador (a)

Circulante

Enfermeira (a)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM

Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-1

Antonio Ferreira da Costa

398

hora: 16:40 09/05/18



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019065-7

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PACIENTE
ANTONIO FERREIRA DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO

IDADE	CLÍNICA	ORTOPEDIA	ENFERMARIA 107	LEITO 02	PRONTUÁRIO	MÉDICO ASSISTENTE	OBSERVAÇÃO INTERDISCIPLINAR
DATA			QUANT	HORÁRIOS			
19/05/18	3º DPO, BEG;						
	1- DIETA PARA HAS						
	2- SF 0.9% 1000 ml EV p 24hs						
	3- Cefalotina 1G - 1FR + AD IV 6/8h						
	4- Ranitidina 50mg - 2ml + AD EV 12/12 H						
	5- Dipirona 500mg/ml- 1 amp + AD, EV, 6/6HS, SOS						
	6- Tramal 100mg - 1 amp +100ml SF 0.9% EV 8/8HS SOS						
	7- Plasil 10mg- 1 amp + AD, EV, até de 8/8h, se náuseas ou vômitos						
	8- LIQUEMINE 5000UI/0.25ML SC 12/12H						
	9- ENALAPRIL 10MG VO 1X AO DIA						
	10- Fisioterapia Motora e Respiratória						
	11- Sinais vitais e Cuidados gerais						
	12- CURATIVO DIÁRIO						
	13- RETIRADA DRENO						
	14- alta HOSPITALAR						



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/2018
Edna Maria da Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-1

Dr. Frederico Araújo Leite
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM 413718 TEOT 12489





SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 88 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
653534

Paciente: ANTONIO FERREIRA DA COSTA		Idade: 39 Anos 11 Meses 19 Dias	Sexo: M	Prontuário: 52880
Endereço: RUA PROFESSOR ARTUR FURTADO		Número: 1499	Bairro: NOVA BRASÍLIA	Cidade: TERESINA
UF: PI	DT. Nasc: 20/05/1978	Profissão: PEDREIRO	Telefone: 86 - 9958.73008	CPF: 784.465.203-97
			Cartão SUS: 898002311317897	

Internação: 09/05/2018	19, 05, 18 às 10 dias	Permanência:
-------------------------------	-------------------------------------	--------------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal: M88.2	Lesão ligamentar joelho E
CID Secundário: M19.9	
CID Causa Morte:	

Evolução e Situação na Alta: **Realizado reconstrução LCA sem intercondrais**

Medicações Utilizadas:

Cirurgia: Data: **14, 05, 18** - **Artroscopia**
17, 05, 18 Tipo: **Reconstrução LCA**

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência: **Alta c/ seguimento Ambulatorial**

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☐ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☒ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac. agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

Transferência:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



Dr. Frederico Augusto Leite
Ortopedia e Traumatologia
Especialista Coluna Vertebral
CRM - PI 17407/17 - 7489

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM **19/09/18**
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019965-7





Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2017

Carta nº: 11410588

A/C: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170408218 ASL-0283955/17

Vítima: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

Data Acidente: 23/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00929/00930 - carta_01



Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2017

Carta nº: 11426629

A/C: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

Sinistro: 3170408218 ASL-0283955/17
Vítima: ANTONIO FERREIRA DA COSTA
Data Acidente: 23/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01771/01772 - carta_02



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11555311

A/C: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

Sinistro: 3170408218 ASL-0283955/17
Vítima: ANTONIO FERREIRA DA COSTA
Data Acidente: 23/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01975/01976 - carta_02



Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2017

Carta nº: 11615868

A/C: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

Sinistro: 3170408218 ASL-0283955/17
Vitima: ANTONIO FERREIRA DA COSTA
Data Acidente: 23/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO FERREIRA DA COSTA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003963

Conta: 000001675-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01781/01782 - carta_15R



00010891



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FERREIRA DA COSTA**

Sinistro: **3170408218**

Vítima: **ANTONIO FERREIRA DA COSTA**

Data do Acidente: **23/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170408218** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01861/01862 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13490783



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FERREIRA DA COSTA**

Nº Sinistro: **3170408218**

Vítima: **ANTONIO FERREIRA DA COSTA**

Data do Acidente: **23/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170408218**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00399/00400 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13517812

