



PROCURAÇÃO AD-JUDICIA
ESCRITÓRIO DA ADVOGACIA

DR. SÉRGIO LUIZ OLIVEIRA LOBÃO (OAB/PI Nº 2709)
WASHINGTON LUIS M. SOARES JUNIOR - 1888(E)
RUA BENEDITO REGO - 1254 - CENTRO - FONE 94253662

OUTORGANTE (S): Maria de Fátima Viana Souza
Brasileira, Solteira, Brasileira, Brasileira e Brasileira
Residente na Rua Lúcia, 191, Bairro São Francisco
1254 - Centro - Teresopolis - RJ.

OUTORGADOS: SÉRGIO LUIZ OLIVEIRA LOBÃO, brasileiro, casado, Advogado, devidamente cadastrado na ordem dos Advogados do Brasil - Sob Matrícula Nº 2709-PI e WASHINGTON LUIS MESQUITA SOARES JUNIOR, Nº 1888-E com Escritório Profissional nesta cidade na Rua Benedito Rego Nº 1254 - Centro, onde receberá intimações de estilo.

PODERES: Especiais e irrevogáveis para junto a este Juízo e Cartório Competente, Autarquias, Repartições Municipais, Estaduais, Federais, ingressar com **AÇÃO DE 1125**, firmar compromissos, exigir e transigir, apresentar documentos comprobatórios e finalmente praticar todos os demais atos, para o mais amplo e fiel cumprimento mandato. O que tudo feito darei por bom, firme e valioso. É para este pedido.

União (PI) .. 02 de 06 de 2018.

Maria de Fátima Viana Souza
= OUTORGANTE =

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro-Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.740/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.303-5
Núcleo Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Serviço A-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 008246546

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é concedida
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAS EM	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	16/07/2018	30	22,48

MARIA DE FATIMA VIANA
R. BELA S/N 265 CENTRO
CPF: 00022784624315
CEP: 64.120-000 - UNIAO

TIPO DE TENDIMENTO	KWH	DATA DE TENDIMENTO
Atual:	6229	09/07/2018
Anterior:	6229	11/06/2018
Consumo de Mult. (p/cont.)	1,000	09/08/2018
Consumo Medido:	0	06/07/2018
Consumo Faturado:	30	09/07/2018

MINIMO

28

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fát.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A285420		1.1.1.1	39

Mês/Ano	Consumo	Valor R\$
JUN/18	5	0,16
MAI/18	54	1,16
ABR/18	9	0,16
MAR/18	0	0,00
FEV/18	2	0,04
JAN/18	16	0,34
DEZ/17	22	0,47
NOV/17	54	1,16
OUT/17	80	1,73
SET/17	90	1,95

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,604090

CONSUMO 30 A R\$ 0,638707 = 19,16
BONUS IMPORTE - LUZ POPULAR 19,16-
PARCELAMENTO DE DEBITOS 13/15 22,48
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,49

Mês/Ano	Valor R\$	Observações
06/2018	22,48	Valor de consumo de 30 KWH a R\$ 0,638707 = 19,16 + Bônus Importe - Luz Popular 19,16 - Parcelamento de Debitos 13/15 22,48 + Adicional Bandeira Vermelha 1,49

LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 30C4.9E34.65CB.4952.873C.DA71.0678.57E1

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TAXAS	
Distribuição:	5,19	Base de Cálculo:	
Energia:	9,84	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,54	Valor do ICMS:	0,18
Encargos:	1,56	Valor do IPI:	0,85
Tributos:	1,03		

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14	
0,00			0,00			0,00	

UNIAO

05/2018

15,75



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Maria de Fátima Viana Sousa
1421013
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 560.467 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/17

NOME MARIA DE FÁTIMA VIANA SOUSA

FILIAÇÃO CÂNDIDA DOS SANTOS

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 12/12/1962

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 4016 L 50 F 192

EXP. UNIÃO-PI 21/06/88

DEF 227.846.243-15

1421013

Francisco das Chagas Pinheiro Marins
Perito Policial

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

BU CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2018

FEVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 012427743633

0120170479300

71549163065

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

09160064 F01 F56 0125 F112 532 052 240 F01 F112 31517

VIA	COD. RENAVAM	ENTR
1	00585279442	

NOME/ENDEREÇO
CLEANE DE SALES PEREIRA

RUA NOVA	02222
SAO PEDRO	PI

OPF/ONPJ	PLACA
04910009361	QUB-1615

NOME ANTERIOR
ELAVIA ELAYNE CAMPOS DE MORAIS

PLACA ANT./UF	CHASSI
	9C2HQ0210DR426505

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/PORTO	2013	2013

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
035/0007CC	PARTIC	PRETA

OBSERVAÇÕES
0 PET: 000.B5 SEM RESTRICÖES

LOCAL	DATA
UNIAO	05/12/2017

3.º DEPARTAMENTO DO REG.º CIVIL
DIRETOR GERAL DE REGISTROS - PI

30 JUL 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000910/2018-82

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Roberto Carlos Gomes Da Silva

Data/Hora: 12/07/2018 - 09:52

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

20º DP - UNIÃO

29/03/2018 - 07:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

RUA 7 DE SETEMBRO, Nº:

Complemento

PROXIMO AO COMERCIO BARUC

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

Nome: CAIO CESAR NERY DE SOUSA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 3482910

Mãe: MARIA DE FÁTIMA VIANA SOUSA

Pai: EDIMILSON NERY DE SOUSA

Endereço: RUA BELA, Nº 185

Bairro: SÃO FRANCISCO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 88-9516-2583

Nome: MARIA DE FÁTIMA VIANA SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 560467

Mãe: CANDIDA DOS SANTOS

Endereço: RUA BELA, Nº 265

Bairro: CENTRO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 88-8432-1157

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

QUE NA DATA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA POP 100, COR PRETA, PLACA OUB-1615, CHASSIS 9C2HB0210DR428803, DE PROPRIEDADE DE CLEANE DE SALES PEREIRA, CPF 049.100.093-61, TENDO COMO GARUPA SUA MÃE, MARIA DE FÁTIMA VIANA SOUSA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E SOFRERAM UMA QUEDA QUE PROVOCOU UMA FRATURA NA PERNA ESQUERDA DA SENHORA MARIA DE FÁTIMA. QUE O DECLARANTE NÃO SOFREU NENHUMA LESÃO. QUE A SENHORA MARIA DE FÁTIMA ENCONTRA-SE IMOBILIZADA, SEM CONDIÇÕES DE COMPARECER A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA. QUE O CITADO ACIDENTE FOI TESTEMUNHADO POR ANA CELIA IRIENE DA SILVA, RG 1.424.352, CPF 822.554.603-00, RESIDENTE NA RUA BELA 460, BAIRRO CENTRO, UNIÃO-PI E POR CRISTIANE DE ASSIS RODRIGUES, RG 1.987.369, CPF 020.976.423-65, RESIDENTE NA RUA TIMBIRAS 1856/BAIRRO SÃO PEDRO, UNIÃO-PI.

Roberto Carlos Gomes Da Silva - Mat. 1084658
AGENTE DE POLÍCIA

Caio Cesar Nery de Sousa
CAIO CESAR NERY DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Ricardo Moura Leiros de Oliveira
Delegado de Polícia
Mat. 27 1224-5



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000910/2018-82

Ricardo Moura das Neves
Delegado de Polícia
Mat. 27 1224-5



(99404-1332)
(99404-9133)

HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3263 1116
CNPJ: 18.483.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

(25)
Doc

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE:	SERVIDOR: <i>gplm</i>	DATA: <i>29/03/18</i>	HORA: <i>08:35</i>
01. DADOS DO PACIENTE.			
NOME: <i>Manuel de Fátima Viana Sousa</i>	DN: <i>12/12/62</i>	ID: <i>55</i>	SEXO: <i>F</i>
NOME DA MÃE: <i>Antônia da S. Santos</i>			
CNS:	RG: <i>560467</i>	CONTATO: <i>99515-7563</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Flor Belo</i>	CEP: <i>64120000</i>		
BAIRRO: <i>São Francisco</i>	CIDADE: <i>União</i>	UF: <i>PI</i>	
FORMA DE ENCAMINHAMENTO:			
☐ DEMANDA ESPONTANEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS			
02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.			
TIPO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA			
S. VITAIS/FC: <i>110x88</i>	PA: <i>110x88</i>	SAT O2:	T: <i>36,5</i>
DOR:	ECG:	GLICEMIA:	PESO:
ALTURA:			
DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA: <i>hipertensão</i>			
OBSERVAÇÕES: <i>Pac. refere dor em Joelho @ esquerda queda de</i>			
VERMELHO ☐	LARANJA ☐	AMARELO ☐	VERDE ☐
AZUL ☐			
HORARIO:	ENFERMEIRO(A): <i>Daph</i>	CONSELHO/REGISTRO: <i>15746</i>	
03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO			
<i>Pac. vítima de acidente automobilístico, e dor em Joelho E. Nega sangra.</i>			
04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US			
DIAGNÓSTICO			
06. PRESCRIÇÃO MÉDICA			
CONFERE COM O ORIGINAL			
DATA: <i>11/03/18</i>			
<i>Antônia R. Viana da Silva</i>			
<i>Soluto raso - e de joelho E</i>			
<i>Trombolítico - 100mg + 100ml SF 0,9% E</i>			
07. CONDUTA			
☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE			
08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA			
MÉDICO/CRM:	ENFERMEIRO(A)/COREN:		PACIENTE:
<i>Dr. José Nelson Macedo C. Júnior</i>	<i>Antônia R. Viana da Silva</i>		
MÉDICO CRM: <i>PI 6817</i>	ENFERMEIRO(A) COREN:		
PJ CORRETORA DE SEGUROS		30 JUL 2018	

DPVAT



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **Maria de Fátima Viana Sousa**, deu entrada neste hospital no dia 29 de março de 2018, às 08h33min, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo chegou ao hospital por conta própria.

União (PI), 11 de julho de 2018.



Antônia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU.

358
069
X
X

PRESENTE

Ortopedia



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



101-3

Maria de fatima Viana souso

D^{re} Themistocles

631308

21.04-18

PRONTUÁRIO MÉDICO

ELETROCARDIOGRAMA
EXAME REALIZADO
EM 17/04/18 HORA:
TÉCNICO: X

Maria Lúcia Alves Xavier
AUXILIAR EM ENFERMAGEM HGV

Isilene Braga Campos
AUXILIAR EM ENFERMAGEM HGV

INTERNAÇÃO REGULAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE 21/04

SECRETARIA
DE SEGUROS

30 JUL 2018

ORTOP.
04/18

29 MAI 2018

ANEX
29/05/18

MOD. 01 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 20/06/18
Edna Maria Anacleto Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO (MST 000004)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNL DE CONTROLE, AVLIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA-DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

DATA 29/03/18 HORA: 9:40 Nº DO TELEFONE:

HOSPITAL SOLICITANTE HAVU MUNICÍPIO União - PI

MÉDICO: Dr. José Nairton Maciel CRM: 6817

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria () Trauma () Cirúrgico () Pediatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Maria de Fátima Vieira Sousa

Data de Nascimento: 12/12/62 Idade: 55 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino

CPF: Cartão Nacional de Saúde

Município de Procedência União - PI

HDA: Portadora de acidente automobilístico, com lesão da base da coluna cervical e fratura de fêmur E. Na ambulância foi evidenciado o de nível distal

HD:

ESCALA DE GLASGOW 15

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - Espontânea	5 - Orientado	6 Obedece a comandos
3 - Comandos	4 - Confusa	5 - Localiza dor
2 - À dor	3 - Palavras inapropriadas	4 - Movimento de retirada
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - flexão anormal
	1 - Nenhuma	2 - Extensão anormal
		1 - Nenhuma

Dr. José Barcellos Moraes
Clínica Médica / Nefrologia
CRM-PI 4463

SB2.4
040805054

SINAIS VITAIS

Temperatura: 36.5°C Pulso: 80 bpm Pressão Arterial: 110x80 mmHg As: O: Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração () Medicação (especificar)
() Curativo () Outros

Serviço Social
Autorizo abertura de prontuário
Teresina, 16/04/2018
Gracia Murada
Marta das Graças C. Murada
Assistente Social
CRESS/PI 529

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Dr. José Nairton Maciel
Médico
CRM-PI 6817
Assinatura e carimbo do Médico

30 JUL 2018

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HAVU

Clínica/Posto: Senha: 2018032952924

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 29/03/2018
Edna Maria Almeida
CÓPIA DE PRONTUÁRIO Nº 010065-9

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:

631308

Prontuário: 359069 **MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA**

Endereço: RUA BELA

Cidade: UNIAO

185 SAO FRANCISCO

UF:PI CEP: 64120-970

Sexo: F DT. Nasc: 12/12/1962 (Idade: 55 Anos 4 Meses 4 Dias Estado Civil: V Profissão:PROFESSOR (A)

Cadastro: 16/04/2018 Telefone: 86 9951.62563 Cartão SUS: 707607277761991 CPF: 22784624315

Pai:

Mãe: CANDIDA DOS SANTOS

Cônjuge:

Responsável: CAIO CESAR NERY DE SOUSA

Endereço: GURGUEIA

Cidade: 2976

185 CENTRO

UF:PI CEP: 64120-970

Jesus

Funcionário do SAME

Queixa Principal:

H.D.A.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Data / Hora: ____ / ____ / ____ : ____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERIR COM O ORIGINAL
EM 20/06/18
Dr. Raul R. de Menezes Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 3849



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOS

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

AIH : 221810105832-7
UNI : HGV

MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA

D.LIBERA: 26/04/2018

PROCED. : 0408050551 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIB

OP.SIST: GIMONE

CID : S821

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Orgão Emissor: W221100001

NASCIMENTO
12/12/1962

Dr. LAUDO : 16/04/2018
Plínio dos Santos Macedo
Assessoria Jurídica - DRECA/MS
Médico Responsável
C.R.A. 27981-1/OT 8374
C.M.E. 110-RESPONSÁVEL

Identificação do Paciente

5 - Nome: MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA

6 - Prontuário: 359069

7 - CNS: 707607277761991

8 - Nascimento: 12/12/1962

9 - Sexo: F

CPF: 227.846.243-15

11 - Mãe: CANDIDA DOS SANTOS

12 - Fone: 86-9.95162563 / 994321157

13 - Resp: CAIO CESAR NERY DE SOUSA

14 - Cor: sem ident

15 - Ender.: RUA BELA

185 SAO FRANCISC 19 - CEP: 84120-970

16 - Munic: UNIAO

17 - Cod. IBGE: 221110

18 - UF: PI

RG: 56048-7

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Trauma no joelho esquerdo com dor e perda funcional.

21 - Condições que justificam a Internação:

Conduta ortopédica.

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

Amoixa Ex fisio T moque

23 - Diagnostico Inicial:

24 - Cid Princ.: S821

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

9 0 JUL 2018

Procedimento Solicitado

- Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408050551 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

29 - Clínica:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

30

Carater.:

02

Ident.:

1

31 - Documento:

CPF

32 Doc. Med. Solic.

38673924391

33 - Nome Profissional / Assistente

THEMISTOCLES RAMOS NETO

34 - Data de Solicitação:

16/04/2018

35 - Ass. Carimb. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajet.

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

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

26/04/18

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Caio Cesar Nery de Sousa

Usuário: JESUS.SOLISA

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão 18:04:48

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 20/04/18
Liliana Maria de Fátima Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO Nº: 359069-9



Ministério
da
Saúde

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



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA PRONT.: 0000359069 ATEND.: 0000631308
CNS: 707607277761991 DATA NASCIMENTO: 12/12/1962 SEXO: Feminino
RAÇA/COR: ETNIA DO PACIENTE: CPF: 22784624315
NOME DA MÃE: CANDIDA DOS SANTOS FONE: 995162563
RESPONSÁVEL: CAIO CESAR NERY DE SOUSA FONE: 995162563
ENDEREÇO: RUA BELA N.º: 185
MUNICÍPIO: UNIAO UF: PI CEP: 64120970

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

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

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

PROCEDIMENTO PRINCIPAL TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	PROCEDIMENTO 0408050551	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	PROCEDIMENTO 0702031003	QTD 1
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:
PACIENTE NECESSITA DE OPME

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Nº DOCUMENTO DO MED. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

Dr. Raul R. de Macedo Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
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)

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE O ORIGINAL
Em 20/06/2013
Edna Maria Almeida Silva
CÓPIA DE SOLICITAÇÃO PARA ASSINATURA



Ministério
da
Saúde

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



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA

PRONT.: 0000359069

ATEND.: 0000631308

CNS: 707607277761991

DATA NASCIMENTO: 12/12/1962

SEXO: Feminino

RAÇA/COR:

ETNIA DO PACIENTE:

CPF: 22784624315

NOME DA MÃE: CANDIDA DOS SANTOS

FONE: 995162563

RESPONSÁVEL: CAIO CESAR NERY DE SOUSA

FONE: 995162563

ENDEREÇO: RUA BELA

N.º: 185

MUNICÍPIO: UNIAO

UF: PI

CEP: 64120970

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

COD. PROCEDIMENTO

COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO

COD. PROCEDIMENTO
null

CID PRINCIPAL

CID SECUNDARIO

CID REL. PROCED null

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO

QTD

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

0408050551

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)

0802010016

3

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM
COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

0302040013

6

PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROCEDIMENTO

QTD

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-
FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

0302050022

6

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PACIENTE NECESSITA DE ACOMPANHANTE E FISIOTERAPIAS

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

Dr. Raul R. de Macedo
ORTOPEDISTA
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)

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 20/06/18
Edna Maria da Silva
CÓPIA DA PRONTUÁRIO Nº 0000359069

300 02105



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

NOME: Cláudia de Fátima Nogueira Silva SEXO ☐ M ☒ F Idade: 55 Data Nasc. 18/04/1962
Cirurgia Proposta: Fratura da bacia
Cirurgião: Dr. Manoel José de Sá

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

SISTEMA CARDIOVASCULAR	☒ HAS	☐ Paipitação	☐ Edema MMII	☐ Dor precordial	☐ Marcapasso	☐ Var
SISTEMA RESPIRATÓRIO	☐ Dispnéia	☐ Tosse	☐ Asma	☐ Cianose	☐ Hemoptise	☐ Apr
SISTEMA DIGESTIVO	☐ Dor epigástrica	☐ Gastrite	☐ Refluxo	☐ Hepatite	☐ Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	☐ Disúria	☐ Poliúria	☐ 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	☐ Deficit locomoçã		
SISTEMA NEUROLÓGICO	☐ Convulsão	☐ Desmaio	☐ Cefaléia	☐ Parestesias		

Medicamentos em Uso: Insulina e Aspirina

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

Cirurgias / Anestesias anteriores: Nenhuma

Intercorrências: Nenhuma

Hemotransfusão: Nenhuma

Antecedentes Familiares:

☒ Tabagismo

☒ Etilismo

☐ Uso de Tóxicos

☒ Alergias: Nenhuma

EXAME FÍSICO

Estado Físico: Bom EG: Bom Peso: 60 kg Altura: 1,60 m PA: 120/80 FC: 72
Avaliação via aérea: Bom Matilampati: 1 Mobilidade pescoço: Bom Dentes: Presença Limitação ATM: ☐
Distância esterno-mento: ☐ < 12,5cm ☒ > 12,5cm Coluna Vertebral: Bom
SCV: Bom
SR: Bom
Outros: Nenhuma

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS: (10/04/18)

HT: 120/80 (%) 120/80 HB (g%): 15,0 Plaquetas (mm3): 350.000 FTPa: 15 TP: 15 INR: 1,2
Ionograma (K): 4,0 Na: 135 Ca: 1,0 K: 4,0
Glicemia: 110 Uréia: 30 Creatinina: 0,8
RX do Tórax: Bom

ECG: FS, AD, RV

Risco Cirúrgico: Baixo

Parecer Cardiológico: Liberação para cirurgia com risco baixo (12/04/18 CRM 3886)

Outros Exames: Nenhuma

CONDUTA:

Liberado: ☒ SIM ☐ NÃO

Observação: Liberação para cirurgia com risco baixo

ORIENTAÇÃO:

Jejum: Não

Medicação: Não

Cuidados: Não

Anestesia Proposta: Raquia e Anestesia Geral

Data consulta: 18/04/18

Hora: 14h

Assinatura Médico / CRM / Carimbo:

Dr. Manoel José de Sá
CRM-PI 1712

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
EM 20/04/18
Edna Maria Antunes Silva
CÓPIA DE ARQUIVO: 219065-0

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

CLÍNICA: Ortop. LEITO: 101-03 PRONTUÁRIO 359069
NOME: Maria de Fátima Viana Sousa DATA NASC: 12/12/62
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura distal do ulna (C)

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA *estável*

CIRURGIA: Osteomielite fúrcula *Walter*
CIRURGIÃO: Dr. *Walter*
AUXILIARES: 1º Dr. *Walter* 2º

INSTRUMENTADOR(A): Regineine / CIRCULANTE: Ceresinha Fereze

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) Hemitor - ventral + mesog + interm. + Camps. Camps. ups; (2) Hemitor - ventral + mesog + interm. + Camps. Camps. ups; (3) Hemitor - ventral + mesog + interm. + Camps. Camps. ups; (4) Hemitor - ventral + mesog + interm. + Camps. Camps. ups

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Estável

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: Cur

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

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

DATA 19/09/02 HORA _____

Dr. Dapporto
Ortopedia e Traumatologia
Chirurgia
100100 - ROMA
CIRURGIA (ASSINATURA E CARIMBO)



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

DATA 12/04/18 SALA
PRONTOÁRIO

PACIENTE		PROCEDIMENTO		DATA DE NASC.		IDADE	PESO	SEXO
Morie de Rô Lima Viana Sousa		ON - Híndia		/ /				
PRESSÃO ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS		
HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA	ESTADO FÍSICO ASA			
OXIGÊNIO		SEVOFLURANO						
G F R		H P						
SaO ₂ (%)		EICO						
220		200						
180		160						
140		120						
100		80						
60		40						
20								
SÍMBOLOS		DIURESE						
Inici Anestésica:		Observações:						
ECG		PVC						
Oxigênio		PAM						
PANI		Capnógrafo						
GASES		L/min						
Início		Fim						
Tempo								

SEQUÊNCIA

- monitorização
- Respir 6/6
- agulha 25G
- thiopocaina 15mg + morfina
- arfólina 2g

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp
Adrenalina	Amp
Água dest. 10ml	Amp
Cipro 500mg	Fras
Cefazolina 1g	Amp
Clonidina	Amp
Coldide ()	Fras
Dexametasona	Amp
Diazepam	Amp
Dimorf	Amp
Dipirona	Amp
Dobutamina	Amp

Dopamina	Amp
Dommonid	Amp
Efortil	Amp
Efedrina	Amp
Fentanil (gr conc)	Amp
Fentanil (gr conc)	Fras
Sevoflurano	Ml
Hidrocorisona	Fras
Isoflurano	Ml
Manitol	Fras
Metronidazol	Fras
Narcan	Amp

Neostigmina	Amp
Nipride	Amp
Noradrenalina	Amp
Neocaina 0,5%	Amp
Neocaina 0,5%	Amp
Omeprazol	Fras
Pancurônio	Amp
Profenid	Amp
Propofol	Fras
Protamina	Amp
Quelid	Fras
Quetamina	Fras

Remifentanil	Fras
Ranitidina	Amp
Ringer-Lactado	Fras
Sufentanil	Amp
S. Flutol 0,5%	Fras
S. Glucosado 5%	Fras
Tracrium	Amp
Transamin	Amp
Novabup 0,5 v	Fras
Lidocaina 2% v	Fras

Anestesiologista - CRM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
ANESTESIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Luana de Fatima Lima Sousa
Identificador: 359669 Nascimento: 11/11/1991 Estado Civil: solteira
Cobertura do SUS: Sim

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Luana de Fatima Lima Sousa
Estado Civil: solteira Nascimento: 11/11/1991 RG/CPF: 359669
Parentesco: Filha Residente em: Tratado de Saúde

Eu,

Responsável pelo paciente acima citado, que é portador da doença Tratado de Saúde

estando sob submissão ao tratamento e/ou procedimento de Tratado de Saúde

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a este procedimento que será submetido, tais como:

- Tratado de Saúde
- Anestesia Geral
- IAU ALITEP
- PCE
- Alta

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Responsabilidade está em conformidade com o Art. 1073/90 do Código de Ética Médica nos seus artigos 46 e 90.

Teressina (PI), 18 de abril de 2018.

Luana de Fatima Lima Sousa
Assinatura do Paciente ou Responsável - RG

Dra. Manuela Ribeiro
Anestesiologista

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 04031-020 - Teressina - PI - Tel. 85-3221-3040

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
EXERE COPY ORIGINAL
20/04/18
Dra. Mariana Andréia Silva
COORDENADORA DE PRONTUÁRIO MAT 019065-3



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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

NOME: Maria de Fátima Viana Sousa (Realizar antes do paciente ir para o CC) DN: / /
CLÍNICA: Ortopedia DATA: 19/04/18 HORÁRIO: 7:00

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulsoeira - nome completo e data do nascimento)	
2	Conferir se o paciente encontra-se com a marcação cirúrgica da lateralidade	
3	Confirmar com o Centro cirúrgico se o paciente será operado	/
4	Conferir se os termos de consentimento da anestesia estão preenchidos e assinados	
5	Conferir se o termo de consentimento da cirurgia encontra-se assinado	/
6	Conferir se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	/
7	Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas	/
8	Orientar a retirada de roupa íntima	/
9	Preparar o paciente com a vestimenta apropriada (camisola, gorro e pró-pés)	/
10	Conferir o jejum	/
11	Verificar se o paciente tem alergia e registrar no prontuário	/
12	Identificar junto ao paciente e prontuário o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e parecer cardiológico	/
13	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluir a dor)	/
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao CC no prontuário	/
15	Solicitar o maculeiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas, acompanhado pelo técnico de enfermagem obrigatoriamente	/

DEVERÁ SER VERIFICADO E CHECADO (/) CADA ITEM

*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A) E
CARIMBO

ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILIAR DE
ENFERMAGEM E CARIMBO

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 65 - 3321-3040

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 20/04/18
Edna Maria Chaves Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019085-9

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO GERAL

Dados do Paciente		
Nome: MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA		
Prontuário: 359069	Nascimento: 12/12/1962	Estado Civil: Viuvo
Cartão SUS: 707607277761991		

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

Observação: Caso o declarante não seja o possidente, preencher o campo:	
Representante / Responsável Legal	
Nome: CAIO CESAR NERY DE SOUSA	
Estado Civil: Viuvo	CPF:
Parentesco: FILHO (A)	

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 serei/será submetido, tais como:

1. Psicose aguda
2. Paranoia
3. Esquizofrenia
4. Alcoolismo
5. Depressão

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), 16/04/2018

X - Miliane Rodrigues Sousa
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

M^g de Fátima Viana Sousa

DA CLÍNICA:

OROPEDIA 12-03

À CLÍNICA:

odontológico

MOTIVO DA CONSULTA

1
AVALIAÇÃO RISCO
CIRÚRGICO

DATA:

17, 04, 18

Dr. Themístocles Ramos
CRM-2798-REC-PE-011
ODONTOLÓGICO

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

55 anos.

MSS, tx-TB6

Nefta Cardiopatia.

Nefta aneurisma / dissecção.

Eufonia / Vozes ental.

AC: RCR, 29, BPF, SIS

Hb: 12,5, ADPV

Baixa Risco W

DATA:

17, 04, 2018

CRM-14-483
ODONTOLÓGICO / ODONTOLÓGICO
SOMENTE EM CONSULTA

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

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:

631308

Prontuário: 359069 Nome: MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA

Endereço: RUA BELA

185 SAO FRANCISCO

Cidade: UNIAO

UF: PI CEP: 64120-970

Sexo: F DT. Nasc: 12/12/1962 (Idade: 55 Anos Estado Civil: V Profissão: PROFESSOR (A)

Cadastro: 16/04/2018 Telefone: 86 -9951.62563 Cartão SUS: 707607277761991 CPF: 22784624315

Justificativa:

*solicito
acompanhante*

Data	Assinatura
16/10/18	X Caio César Mery de Sousa
17/10/18	X Caio César Mery de Sousa
18/10/18	X Caio César Mery de Sousa
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

Data: ____/____/____

Auditor

De acordo

24/10/18

Data: ____/____/____

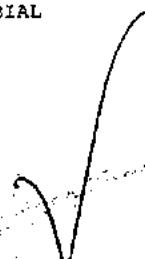
Ass. Médico Solicitante

Assinatura - CPF

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COMITÊ DE ACOMPANHANTE
20/10/18
Assinatura: [Assinatura]
CPF: 22784624315

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SOLICITAÇÃO DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME	MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA		
	359069		
MÉDICO RESPONSÁVEL	DANILO MILHOLI		
			0408050551
CADASTRO SUS	(x) SIM () NÃO	DATA CIRURGIA	19/04/18
Competencia: 05/2018 Compatibilidade: AIH (Proc. Principal) x AIH (Proc. Especial) - Compativel 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL Qtd: 2 0702030643 - PARAFUSO CANULADO 7,0 MM Desde 09/2008 Compatibilidade: AIH (Proc. Principal) x AIH (Proc. Principal) - Compativel 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL Qtd: 0 0408060360 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO Desde 04/2015 Compatibilidade: AIH (Proc. Principal) x AIH (Proc. Especial) - Compativel 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL Qtd: 1 0702030384 - FIXADOR EXTERNO CIRCULAR / SEMI-CIRCULAR Desde 09/2008 0702030040 - ARRUELA LISA Qtd: 2 Desde 09/2008 0702030805 - PINO DE SHANTZ Qtd: 6 Desde 10/2009 0702030325 - FIO OLIVADO P/ FIXADOR EXTERNO Qtd: 6 Desde 10/2009			


DR. DANILLO MILHOLI
COORDENADOR GERAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
2018/04/18
Nome: MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA
CÓDIGO DE PROTOCOLO: MAT: 019855-0



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

-HAS
-RX
- Exames (exerox) anexados ao prontuário

Paciente: Maira de Fátima Vieira Sousa

DATA DE NASCIMENTO: 12/12/1962 Prontuário: 359009 Data: 19/04/18

CHEGAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		CHEGAGEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		CHEGAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA	
Responsáveis: Cirurgião (a), Auxiliar, Anestesiista, Enfermeira (o), Instrumentador(a) e Circulante		Confirmações (TIME-OUT)		Registros (CHECK-OUT)	
Identificação (SIGN-IN)		Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função		Procedimento realizado: <u>Plato tibial</u>	
Confirmar com o paciente: Identidade (nome e Data de nascimento) ☒ Sim () Não Jejum? ☒ Sim - Quantas horas? <u>8</u> () Não Procedimento programado: <u>Plato tibial</u> () Não se aplica		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		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	
Esta na sala e confiado? 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		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 Chegada 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		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? ☒ Sim () Não () Não se aplica Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritos? ☒ Sim () Não Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? () Sim - Qual? ☒ Não	
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? <u>Nenhuma</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 (criança > 7 ml/kg)? () Sim () Não Tem acesso endovenoso adequado () Sim () Não Tem reserva de sangue () Sim () Não					

Anestesiista

Instrumentador (a)

Circulante

Enfermeira (o)

Cirurgião

Dr. Café

Regina

R. Ferreira

Enfermeira (o)

Dr. Café

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
MARIA DE FÁTIMA VIANA DE SOUSA

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

CLÍNICA

ORTOPEDIA

ENFERMARIA

101

LEITO

03

PRONTUÁRIO

MÉDICO ASSISTENTE

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

QUANT

HORÁRIOS

OBSERVAÇÃO
INTERDISCIPLINAR

21/04/2018 SECA
2° DPO DE FRATURA DO PLATEAU, BEG, FO LIMP A E

DIETA PARA HAS
SF0,9% 1000ML EV EM 24HS

TRAMAL 100MG+100ML DE SF EV DE 12/12HS SOS

OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ

LIQUEMINE 5000UI/0,25ML SC DE 12/12HS

FISIOTERAPIA

CUIDADOS GERAIS

KEFLIN 1G EV DE 6/6HS

ATENOLOL 25 VO DE 12/12HS

LOSARTANA 50 VO PELA MANHÃ E 25MG VO A NOITE

DIPIRONA 2CC+ADEV SOS 6/6HS

RETIRAR DRENO DE SUÇÃO

ALTA HOSPITALAR APOS CURATIVO

() ()

18 06

18 24 06 18

18 06

21

Dr. Nilton Soares
CRM - PI 1731
Ortopedia Traumatologia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
MARIA DE FÁTIMA VIANA DE SOUSA
20/04/2018
FOLHA DE PRECATORIO Nº 1498654



SUMÁRIO DE ALTA

HOSPITAL GETULIO VARGAS

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

Atendimento:
631308

Paciente:	MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA	Idade:	55 Anos 4 Meses 4 Dias	Sexo:	F	Prontuário:	359069
Endereço:	RUA BELA	Nº:	185	Bairro:	SAO FRANCISCO	Cidade:	UNIAO
UF:	PI	DT. Nasc:	12/12/1962	Profissão:	PROFESSOR (A)	Telefone:	86 - 9951.62563
				CPF:	227.846.243-15	Cartão SUS:	707607277761991

Internação:	Alta	às	Permanência:
16/04/2018	21/04/18	11:00	

Diagnósticos:

CID Principal::	5	8	2	1
CID Secundário:	W	1	9	9
CID Causa Morte:				

Situação na Admissão:

Fratura de platô tibial e

Evolução e Situação na Alta:

BEG, FE limpa e leve

Medicações Utilizadas:

Cirurgia: Data: 19/04/18 Tipo: Osteossíntese de Fratura do platô Tibial e

Acompanhamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

Acompanhamento ambulatorial com Dr. Danilo Mello

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:

Dr. Neomar Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PI 4237

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETULIO VARGAS
ORIGEM: ORIGINAL
20/04/2018
ASSINATURA DO PACIENTE
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 88 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Detap 04

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA**

Prontuário: **359069**

Atendimento: **631308**

Sexo: **F**

Dt. Nasc.: **12/12/1962**

Idade: **55a 4m 8d**

Dados da Solicitação:

Pedido: **97574**

Data Pedido: **19/04/2018**

Médico Solicitante: **THEMISTOCLES RAMOS NETO**

Setor Solicitante: **CL. ORTOPEDICA**

Unid. Internação / Leito: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT101**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **20/04/2018**

Cód. Procedimento: **02.04.06.012-5**

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

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

- Controle radiológico evolutivo pós-operatório imediato. Extensa fratura cominutiva, proximal da tibia esquerda deformando a superfície articular.

- Presença de placa e de parafusos metálicos para correção da fratura.

Conclusão: Fratura óssea complicada. Controle radiológico pós-operatório.

MANOEL ANTONIO GOMES DE CASTRO
805

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERIR COM O ORIGINAL
20/04/18
Lia de Maria Antônia Silva
CÓDIGO DE PRONTUÁRIO: 001 019065-9

20/09/2018



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que MARIA DE FÁTIMA VIANA SOUSA (CNS: 707607277761991) submeteu-se a TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DE PLANALTO TIBIAL e encontra-se impossibilitada de realizar suas atividades laborais por tempo indeterminado, a partir desta data, para tratamento médico e reabilitação.

CID: S 821

Teresina - PI, 21/04/18

Dr. Neomar Soares
Ortopedia / Traumatologia
CRM - PI 4236

[Handwritten signature]
30 JUL 2018
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



HOSPITAL GETULIO VARGAS

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

Paciente: **MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA**

Prontuário: **359069**

Atendimento: **631308**

Dt. Nasc.: **12/12/1962**

Idade: **55a 4m 6d**

Sexo: **F**

Pedido: **93873**

Data Pedido: **17 de Abril de 2018**

Médico Solicitante: **THEMISTOCLES RAMOS NETO**

Setor Solicitante: **CL. ORTOPEDICA**

Unid. Internação / Leito: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT101**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **17 de Abril de 2018**

UREIA: : **38,00 mg/dl**

ANA MARIA DA PONTE LOPES
2799

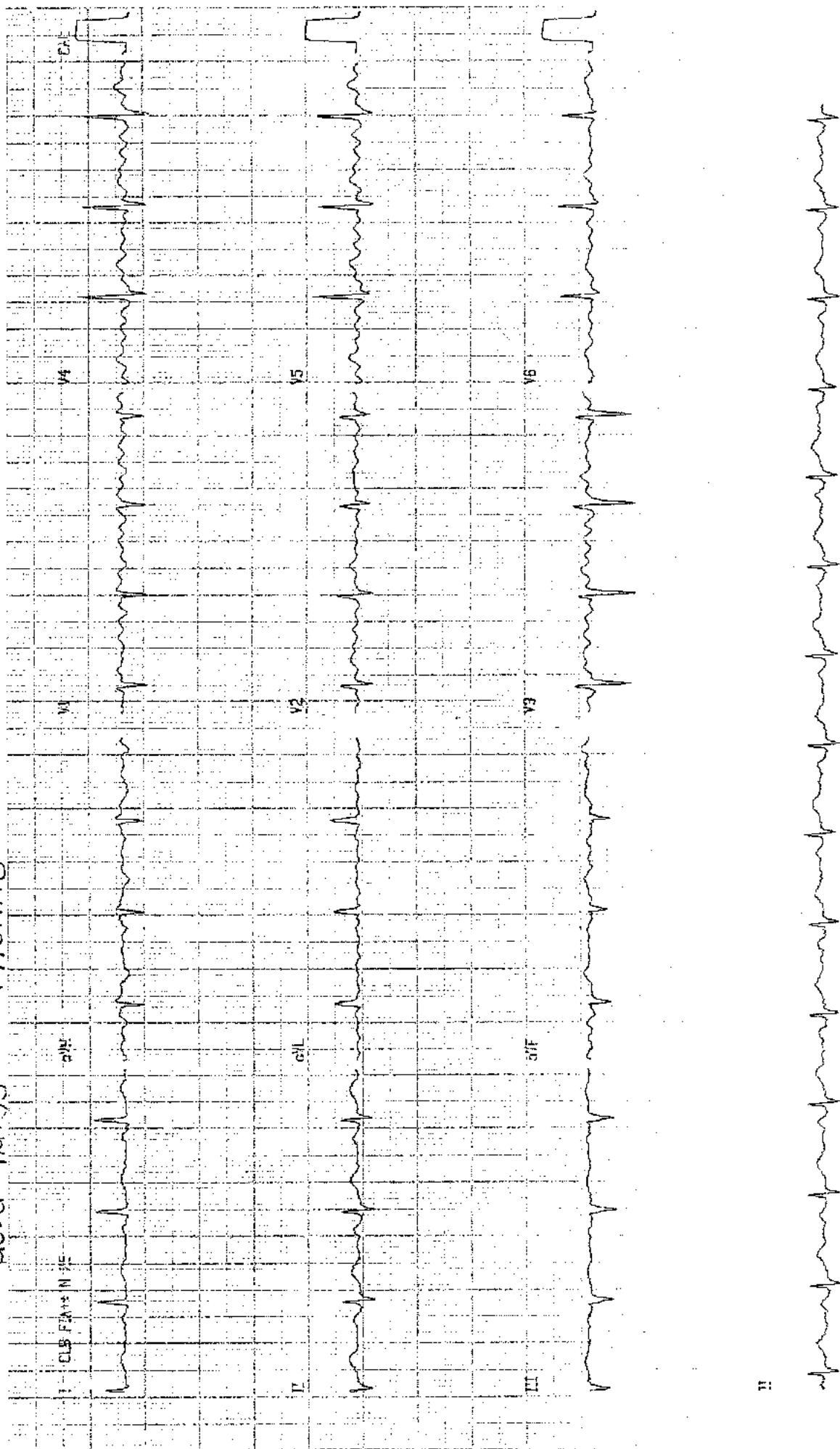
HOSPITAL GETULIO VARGAS
TERESINA - PI
20/04/2018
CL. ORTOPEDICA
CID DE PRONTUÁRIO: 001-410069-9

maria de Fátima Viana Sousa

55 a

hora: 16:33

17/04/18



25/04/2018
Elena Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRECATORIO Nº 010465-4



101-3

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP 6400000 CNPJ 06 553.564/0104-43

Paciente: MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA**Prontuário: 359069****Atendimento: 631308****DI. Nasc.: 12/12/1962****Idade: 55a 4m 6d****Sexo: F****Pedido: 93873****Data Pedido: 17 de Abril de 2018****Médico Solicitante: THEMISTOCLES RAMOS NETO****Setor Solicitante: CL. ORTOPEDICA****Unid. Internação / Leito: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT101****Convênio: SUS - INTERNACAO****Data do Laudo: 17 de Abril de 2018****HEMOGRAMA COMPLETO****ERITROGRAMA**

Hemácias em milhões/ml.....: 4,21

Hemoglobina em g/dl.....: 13,00

Hematócrito em %.....: 39,00

Vol. Glob. Média em µg.....: 92,64

Hem. Glob. Média em µg.....: 30,88

C.H. Glob. Média em %.....: 33,33

OBS: HMN**LEUCOGRAMA**

Valores em milhares

Leucócitos por ml.....: 8.680

Promielocitos.....: 0,00

Mielocitos.....: 0,00

Metamielocitos.....: 0,00

Bastões.....: 0,00

Segmentados.....: 49,00

Eosinófilos.....: 9,00

Basófilos.....: 0,00

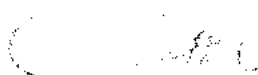
Linfócitos.....: 34,00

Monócitos.....: 8,00

OBS: EOSINOFILIA DISCRETA

Plaquetas.....: 253.000 xmm/3

OBS: PMN


ANA MARIA DA PONTE LOPES
2798

HOSPITAL GETULIO VARGAS
LABORATORIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
TERESINA - PI
Rua: Maria Antônia de Silva
Cidade de Teresina - PI CEP 64000-9



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 85 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 64000000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: MARIA DE FATIMA VIANA SOUSA

Prontuário: 359069

Atendimento: 631308

Dt. Nasc.: 12/12/1962

Idade: 55a 4m 6d

Sexo: F

Dados da Solicitação:

Pedido: 97201

Data Pedido: 17/04/2018

Médico Solicitante: THEMISTOCLES RAMOS NETO

Setor Solicitante: CL. ORTOPEDICA

Unid. Internação / Leito: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT101

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.06.012-5

Data do Laudo: 18/04/2018

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Fratura completa recente articular no platô tibial.

Tala gessada.

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS
TERESINA - PI
Cópia de Prontuário
NAT-013066-8

TO VACINADO
VACINA
SUA
VIA
VACINA

OPT - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

ANA CELIA IRENE DA SILVA

Nº de Inscrição: **00205-1000-00**

Data de Nascimento: **26/04/70**

XXXXXXXXXXXXXXX

TÍTULO ELEITORAL **IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA**

NOME DO ELEITOR
ANA CELIA IRENE DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: **26/04/1970** Nº INSCRIÇÃO: **0175-1170-1546** D.V.: **016** ZONA: **0072**

MUNICÍPIO / UF: **UNIÃO/P1** DATA DE EMISSÃO: **07/08/2015**

JUIZ ELEITORAL
Edvaldo P. Ribeiro

CABEÇA DE IDENTIDADE

73 9 11 11 11





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 200 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 04.740/0001-85 Insc. Estadual nº 301.381-5
Nota Fiscal / Conta de Energia (Válida - Série B-1)
Regime especial de Imposto Autorizada pela SIFAZ 05/95

Nº da Nota Fiscal: 008246544

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (KWH)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
30	16/07/2018	20,27

ANA CELIA IRENE DA SILVA
R. BELA 460 CENTRO
CPF: 00062255460300
CEP: 64.120-000 - UNIAO

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA	
Atual:	1969	Atual:	09/07/2018
Anterior:	1943	Anterior:	11/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Anterior:	09/08/2018
Consumo Medido:	26	Emissão:	06/07/2018
Consumo Faturado:	30 FCAM	Apresentação:	09/07/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1804556		1.1.1.1	30

MÊS ANTERIOR (KWH)		MENSAGEM IMPORTANTE - ATRASO DE VENCIMENTO	
JUN/18	30	CONSUMO	30 A R\$ 0,638707 = 19,16
MAI/18	33	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	0,13
ABR/18	32	MULTA POR ATRASO (2X)	0,74
MAR/18	34	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	0,24
FEV/18	32	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,49
JAN/18	37		
DEZ/17	35		
NOV/17	38		
OUT/17	30		
SET/17	31		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30 - 0,684890			

MENSAGEM IMPORTANTE - ATRASO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800-086-0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 15/07/2018
Parabéns! Até o dia 06/07/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

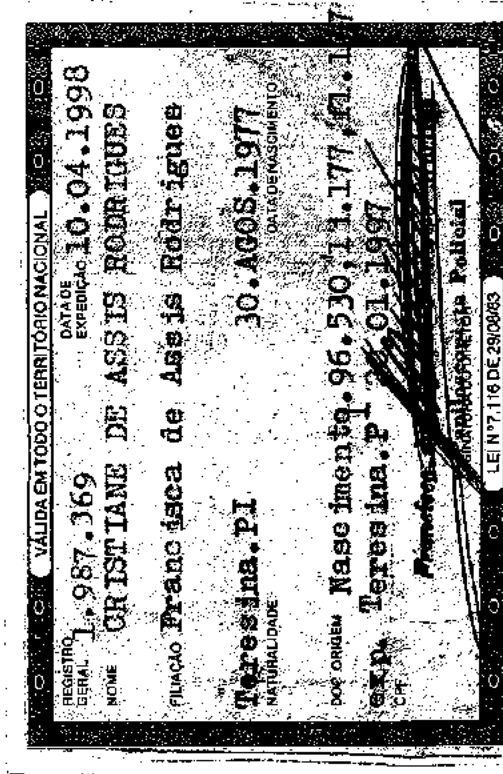
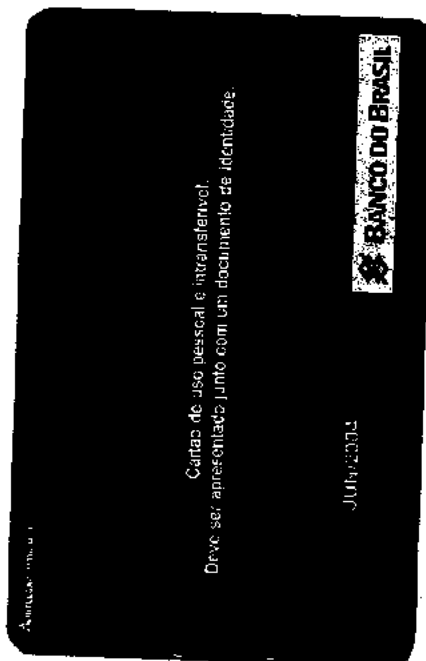
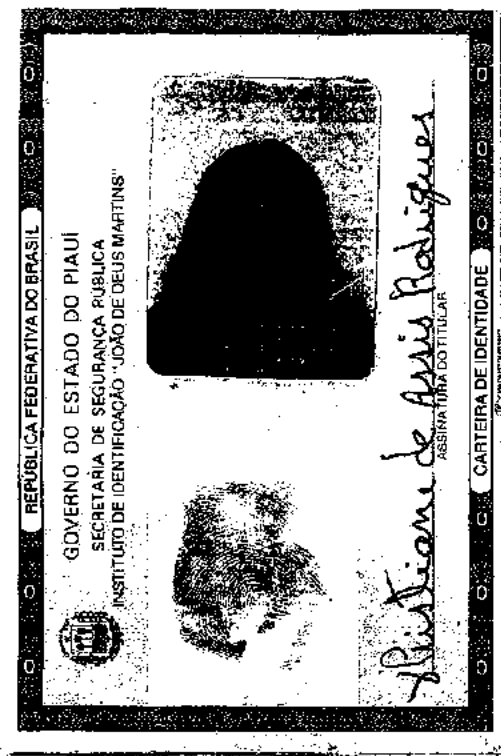
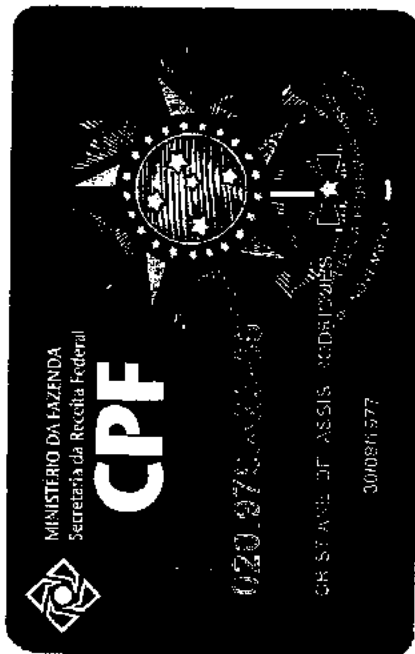
RESERVADO AO FISCO D7F8.FBF4.D664.1602.280C.DA7D.D899.2B31

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		VALORES DOS TRIBUTOS	
Distribuição:	5,19	Base de Cálculo:	
Energia:	9,84	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,54	Valor do ICMS:	
Encargos:	1,56	Valor do P.E.	0,18
Tributos:	1,03	Valor do COFINS:	0,85

7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
0,00			0,00			0,00

TOTAL A PAGAR - R\$ 20,27





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime especial de imposto autôfundo pela SEFAZ/06/08

Nº da Nota Fiscal: 006353086

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	04/06/2018	152	99,86

CRISTIANE DE ASSIS RODRIGUES
R. TIMBIRAS 1856 1856 SAC PEDRO
CPF: 00002097642365
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 118.070.18.23.302600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	15861	Atual:	26/05/2018
Anterior:	15709	Anterior:	26/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura:	27/06/2018
Consumo (kWh):	152	Emissão:	24/05/2018
Consumo Faturado:	152	Apresentação:	26/05/2018

NORMAL

38

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Fase	Código For.	Módulo 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A651273		1.4.1.1	135

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
ABR/18 125	CONSUMO 30 A R\$ 0,264390 = 7,93
MAR/18 129	70 A R\$ 0,453253 = 31,72
FEV/18 135	52 A R\$ 0,679873 = 35,35
JAN/18 142	CONTR. ILUMINAC. PUB. (COSIP) 9,86
DEZ/17 138	DIFERENÇA DE TARIFA 42,08
NOV/17 154	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 30,75
OUT/17 144	CORREÇÃO MONETÁRIA IGPM (2X) 0,25
SET/17 132	MULTA POR ATRAS (2X) 2,62
AGO/17 130	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 0,80
JUL/17 123	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,83
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,190107	
31 A 100 - 0,331102	
101 A 152 - 0,496648	

ALMSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Declaramos, quitados todos os débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/05
LIQUIDADOS E FACILITAMOS O VENCIMENTO 15-10-15-2025
Parabéns! Até o dia 24/05/2018, não constamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 7889.37E5.7E4D.5DA11.817A.0AF6.1F60.175A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	24,42	Base de Cálculo:	117,08
Energia:	46,43	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	7,30	Valor do ICMS:	25,75
Encargos:	7,39	Valor do PIS:	1,03
Tributos:	31,54	Valor do COFINS:	4,76

INDICADORES DE CONTIGUIDADE

Índice	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14			
0,00		0,00			0,00				
UNIAO									
ROT: 118.070.18.23.302600									

SELCOM

TOTAL A PAGAR - R\$