



MAILANNY DANTAS
Advocacia e Consultoria Jurídica

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: NOME <u>João da Cruz Noronha da Silva</u>	
, nacionalidade <u>Brasileiro</u>	
estado civil <u>Solteiro</u>	, profissão _____, portador
do RG sob nº <u>2.627.586</u>	, inscrito no CPF sob nº <u>038.148.943-06</u>
residente _____ e	domiciliado <u>Rua. Da Igreja 511</u>
<u>R. do B. Urbano</u>	
, Cidade <u>Regeneração</u>	
UF <u>Piauí</u> , telefone _____	, CEP <u>64.490.000</u>

OUTORGADO: MAILANNY SOUSA DANTAS, brasileira, solteira, advogada regularmente inscrita na seccional piauiense da Ordem dos Advogados do Brasil, OAB-PI nº 14.820, com endereço profissional na Avenida Barão de Gurguéia, bloco 15, apartamento 401, Condomínio Dom Avelar, nº 3.601, bairro Tabuleta, email: adv.mailannydantas@gmail.com, CEP: 64.018-901, Teresina – PI.

PODERES:

Para atuação judicial e extrajudicial, em especial os inerentes a cláusula "*Ad Judicia et extra*", a fim de que possa atuar em qualquer Juízo, Tribunal, órgãos ou instâncias administrativas, agindo em seu nome, podendo tudo fazer, requerer, praticar, assinar, conferindo-lhe ainda poderes especiais para receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, fazer acordo, desistir, transigir, receber notificações, citações e demais intimações, interpor todas as ações e recursos contra quem de direito e defendê-la nas contrárias, produzir e requerer provas, variar de ações, podendo, igualmente, substabelecer uma ou mais vezes e o substabelecido em outro, com ou sem reservas de poderes, total ou parcialmente, revogar substabelecimento e, finalmente praticar todos os atos em direito permitidos e necessários para o fiel cumprimento do presente mandato, mesmo que careça de poderes especiais que nesta pareçam omissos, dando tudo por bom firme e valioso.

Regeneração Piauí, 07 de Junho de 2017.

João da Cruz Noronha da Silva
Outorgante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



João da Cruz Noronha da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.627.586 DATA DE EXPEDIÇÃO 29.12.2003

NOME JOÃO DA CRUZ NORONHA DA SILVA
FRANCISCO SOARES DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA

REGENERAÇÃO - PI 07.11.1985 DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nast. 15.193 Liv. 52 Fls. 101

Cert: do 2º Ofício Regeneração-PI

CPF Elzeth C. Viana C. Valcante

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

99508-0708

Wots o. o. p.

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
018.148.943-06

Nome
JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

Nascimento
07/11/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
152F.9FF8.53B1.B3F9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:45:22 do dia 30/07/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

34/3210015

594455095

entrada no HUT dia 14
1 hora passou 10 dias
entrada no HGV dia 22



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE AMARANTE
Tel: (86) 3292-1094



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Número do B.O: 571/2016

Resp. pelo Registro: Lindomar S. Rocha

Delegado: Dr. José Tomaz de Aquino Neto

Data: 28/02/2016

Horário: 11:20 HS

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE AMARANTE-PI

Data: 14/11/2015

Horário do Fato: 00:00 HS

Local: Rampa do Mandu Município:

regeneração -PI

NATUREZA DO FATO

LESÃO ACIDENTAL NO TRANSITO

NOTICIANTE / VITIMA

NOME: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

Nacionalidade: brasileiro

Naturalidade: Regeneração - PI

Estado Civil: União Estável

Profissão: lavrador

Data de Nasc.: 07/11/1985

RG nº 2.627.586 - SPPPI

CPF 018.148.943-096

Filiação: Maria do Socorro Noronha da Silva e de Francisco Soares da Silva

Endereço: Rua do Beco s/n, Bairro Buritizinho - Regeneração-Pi

VEÍCULO ENVOLVIDO

Motocicleta Honda CG 150 Fan ESI, ano/mod. 2013, cor vermelha, placa LVP-6289 PI, chassi 9C2KC1670DR497446. RENAVAM 00590682130 de propriedade da vítima, mas em nome de José Wilson Alves da Costa.

LOCAL DE ATENDIMENTO MÉDICO

Hospital de Urgência de Teresina (HUT) e depois para o Hospital Getúlio Vargas - Teresina-Pi.

NARRATIVA DO FATO

Noticia que no dia 13/11/2015, por volta das 00 : 00 hs , o denunciante conduzia a sua motocicleta supra citado, procedia da localidade Chapada Grande do município de Regeneração, trafegando pela PI que liga Regeneração a Oeiras; Que vinha em sua mão e em curva um jumento atravessou na estrada, onde o mesmo colidiu no animal, caindo ao solo, sendo socorrido por populares e em seguida foi levado na ambulância do interior para o HUT em Teresina e depois transferido para HGV, que em consequência do acidente sofreu fraturas no fêmur da perna esquerda, conforme prontuários médicos em anexos. Era o que tinha a relatar.///////

DECLARAÇÃO DO INFORMANTE E/OU VÍTIMA

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações neste ato prestadas, compreendendo o que o estabelece arts. 299 e 340 do código penal brasileiro.

João da Cruz Noronha da Silva
Responsável pela Informação

Lindomar da Silva Rocha

ESCRIVÃO POLICIAL

Matrícula nº 40718 - 2

Responsável pelo Registro



NOME DO PACIENTE: SEBASTIÃO CARLOS NEVES DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 220698

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

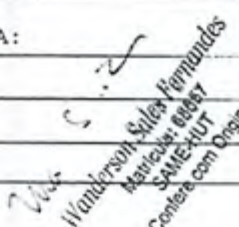
SUS SUS**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA		Prontuário: 380628
Mãe: MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA		Pai: DOMINGOS RAMOS DE SOUSA
End.Resid.: RUA LIBERIO 6106 - PLANALTO BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 07/11/1985	Idade: 30a:0m:7d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: EDILENE MARIA DE SOUSA		CNS: 705006201881951
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF:
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 505480	Data: 14/11/2015 00:23:35	Condução: AMBULÂNCIA DO BAI
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio:
Acid.Trab.: Sim	Caso Policial: Não	Pl.Saúde: Não
Trauma: Não		Maus Tratos: Não

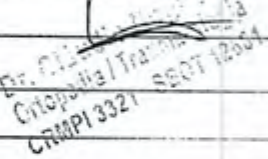
DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura:  Wanderson Sales Fernandes Médico Assistente SAMU-HUT Contato com Original	

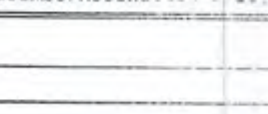
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 14/11/15 01:40

Vítima de queda de moto apresentando lesões
e de lesão E. Boa perfuração (muito)
RX: Fratura intercondílea quadril E

Carimbo/Assinatura:  14.11.2015**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura:  14.11.2015	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura:  14.11.2015	



ORTO/NEURO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA		Prontuario: 380628
Mãe: MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA		Pai: DOMINGOS RAMOS DE SOUZA
End.Resid.: RUA LIBERIO 6105 - PLANALTO BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 07/11/1985	Idade: 30a:0m:7d	Sexo: Masculino Fone: 3333-3333
Responsável: EDILENE MARIA DE SOUSA		CNS: 705006201861951
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF: 1234567890123456789
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 505480	<u>Data:</u> 14/11/2015 00:23:35	<u>Condução:</u> AMBULANCIA EM FIANÇA
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u>
<u>Acid.Trab.:</u> Sim	<u>Acid. Trajeto:</u> Sim	<u>Acid. Trab. Típico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u>

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

nal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma: <u>acidente de trânsito</u>	SALA DE TRATAMENTO Laranja
Breve História:	REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA	
PACIENTE DE 40 ANOS, VAO DE CAPACETE, REFERE DO	DATA: <u>14/11/13</u> MÉDICO: <u>Dr Helder</u> EXAME: <u>Uso Abel Fetal</u>	

DADOS CLÍNICOS: (Horas: _____)

Patient's vital signs and assessment: 6/10/15, 3:30 PM, 100% O2.
 A - 100% O2, pulse 100, HUT DR. ZENON ROCHA.
 B - 100% O2, pulse 100, AUTOMOGRAFIA COMPUTADORA.
 C - Pulse 100, EXAME: 100% O2, 100% O2.
 D - 100% O2, DATA: 10/10/15, 100% O2.
 E - 100% O2, 100% O2, 100% O2.

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

usado as 06/NEUMs

1-SFO, Si - 500 l, IV, RMV

2-Diploma - 100 l + AD, IV, RMV

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / HORA: :

Se Internado, 100 l

0408050 616 572.2

Procedimento

X Edilene mania de Sousa
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Professor -

Assistência	31	Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)			☒ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a
	☐ Aspiração ☐ Oxigênio ☐ Curativos	☐ Prancha longa/curta ☐ Calor cervical ☐ Kred	☐ Imobilização de extremidades ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica	b) _____ _____ _____	
Hospital de Destino	32	Hospital de Destino _____			☐ Não Removido
	33	Condições de entrada ☐			☐ Não Removido
Ações Interdisciplinares		1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado			34 Óbito
		1-Sim 2-Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte			_____ _____ _____



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

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

17.50 Spine glass, engravings, on a table, matricidale de tutti i gruppi, a.

15:55 Admitido na SPMO com PDI de traf
subordinado e nomeado sob cargo de auxiliar
fiscal. Segue anexado, para fins de re-
cibo, cupom de, muito obrigado a TH WISE.

Evolução de enfermagem:

OBSEVAÇÃO: VOLUME / ASPECTO

Windsor Sales Formidas
Mançara, 68657
SALE-HUT
Made in Japan
Covers com Original

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - EPPA					
NOME	Dra da Cus Marouly da Silva				
HORÁRIO DE ADMISSÃO	15	hs 55 min	TIPO DE ANESTESIA () GERAL X TRAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL	CIRURGIA REALIZADA	
	Prof. Substanciosa Cirurgião				
SINAIS VITAIS	HORARIO				
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	ADMISSÃO	15'	30'	45'	1 Hr
FREQUENCIA CARDIACA (bpm)					
SATURACAO DE O2 (%)					
TEMPERATURA AXILAR (°C)					
FREQUENCIA RESPIRATORIA (rpm)					
NOME/MATRÍCULA					



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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 380628)
Endereço: RUA LIBERIO 6106 - PLANALTO BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 505480
Requisição: 582309 Solicitação: 14/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 733258 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 14/11/2015

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(HELDER FRANÇA)

TERESINA - PI 14/11/2015

HELDER DO ESPIRITO SANTO FRANCA
CPF: 287.117.933-68 CRM-PI 3714
Profissional Responsável

Wanderson Sales Fernandes
Matrícula: 68657
SAME-HUT
Confere com Original



IDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
SÉNCIA DE TERESINA - HUT

H/ AL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinatura

NOME DO PACIENTE		JOÃO DA CRUZ NORONHA DA SILVA	
PRONTUÁRIO	380628	IDADE	30
CLÍNICA	Ortopédica	230	226
DATA/HORA		CÓDIGO	
FRAT. SUBTROCANTÉRICA E			
21/11/15			
1 Dieta oral livre			
2 Soro Fisiológico 0,9% 1000ml EV em 24hs.			
3 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h			
4 Dipirona - 01 amp + AD EV 6/6hs SN			
5 Tilatil 20mg - 01 amp + AD EV 12 /12hs			
6 Ranitidina 50mg - 01 amp + AD EV 8/8hs			
7 Curativos diários			
8 Cuidados gerais e sinais vitais			
9 O LEO LUTUÁRIO para os			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

Wanderlândia Siqueira Fernandes
Médica - HUT
SMAE-HUT
Conte com Original

20/11/2015. (Dr. Wanderlândia Siqueira Fernandes) para o FOLHA 45647

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
	0 Diet Lív. C				
	0 SFO, 9.1.1500 cl 246		09:50		
	0 Digoxina 1g + 4D 52 6111		09:50		
	0 T. L. L. 407 + 4D 52 1x1d		09:50		
	0 Transil 100g + SFO, 9.1.		09:50		
	100 cl 8184 514				
	0 Plavix 100mg + 4D 52 8184 514				
	0 C.C.C. 2				

Wanderlân Sales Fernandes
Sócio: HUT
Sócio: 66657
Copie com Original



AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - H

2-Nome do estabelecimento executor:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Orgão Emissor: 22101919-5
AIH : 22101919-5
UNI : H.U.1 (PROF. ZENON ROLLA)
MASCULINO
17/12/1985
JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA
D.LIBERAR: 05/12/2015
PROCED.: 0408050616 TRATAMENTO DE FRATURA DE FEMUR NO HEMITRAX
OP.SIST: MELLINGTON
CID : S722
ASS. MEDIO RESPONSÁVEL
4-CNS: 5828856
147521

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA
7-CNS: 705006201881951
8-Nascimento: 07/11/1985
9-Sexo: Masculino
RG: 2627538 - 332 P1
6 - Prontuário: 360528
11-Mãe: MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA
13-Resp: EDILENE MARIA DE SOUSA
15-Endere: RUA LIBERIO 6106 - PLANALTO BELA VISTA - CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA
17-Cod.UBR: 221100
18-UF: PI
19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:
- Dor e deformidade em coxa
21 - Condições que justificam a internação:
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
23-Diagnóstico inicial: Fratura subtrocanterica

PROCEDIMENTO SOLICITADO

4-Cod.Proced.: 27-PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA
0408050616
29-Clínica:
30-Carater: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Solic.:
02 01 762.451.793-00
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:
14/11/2015
CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito
37- () Acidente Trabalho Típico
38- () Acidente Trabalho Injeto
45 - Vinculo com a Previdência:
Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado
39-CNPJ Seguradora:
40-Data de ocorrência:
41-Data Autorização:
42-Data Autorização:
43 - Nome do Profissional Autorizador:
44-Num. Documento:
45-Num. Documento:
46 - Assinatura Paciente ou Responsável:

AUTORIZAÇÃO

14/12/2015

FHT

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA



Fls Nº 147521
Proc. Nº
Rubrica

DATA

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>João da Cruz n da Silva</u>	PROXIMÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Ortopedia / Traumatologia</u>	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Célia Maria</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	05		LÂMINA DE BISTURI n.º 2	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	05		LUVA Nº 08	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	05		LUVA Nº 07 075	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	000	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML		
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	10		SERINGA 20CC	UNID.	05	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	05	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	1	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		<u>Cronon 20cc 02</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 3878 Wanderlaine Sales Fernandes Materiais: 08857 SAME-HUT Confere com Original			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	10		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Solome</u>			
VICRYL	0	10		<u>69142 com</u>			



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

João do Cruz Mariano do Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fração segmentar de fêmur

Operação - Tipo

Cirurgia de síntese supracondilheal de fêmur

Cirurgião

1º Assinante

Wanderson Sales Fernandes
Médico - ORTODONTIA
CRM 21554-02 21/11/2003

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestésista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fração supracondilheal e subtrocanterica

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Wanderson Sales Fernandes
Médico - ORTODONTIA
CRM 21554-02
CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1/ Anestesia TDDH em membro

2/ Assepsia e Antissepsia

3/ Campos

4/ Incisão lateral ± sem
dissecção por planos transverso

5/ Osteossíntese do fêmur distal com PCS

6/ Redução do fêmur proximal e subtrocanterica não realizada síntese por meio de
condições homodermicas de proteção

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 380628)
Endereço: RUA LIBERIO 6106 - PLANALTO BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 505480
Requisição: 582308 Solicitação: 14/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 733257 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/11/2015

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/11/2015

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

Wanderson Sales Fernandes
Matricula: 68557
SAME-HUT
Confere com Original



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 380628)

Endereço: RUA LIBERIO 6106 - PLANALTO BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:7d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 505480

Requisição: 582309

Solicitação: 14/11/2015

Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 733258

Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 14/11/2015

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(HELDER FRANÇA)

TERESINA - PI 14/11/2015

HELDER DO ESPIRITO SANTO FRANCA

CPF: 287.117.933-68 CRM-PI 3714

Profissional Responsável

Wanderson Sales Fernandes
Matrícula: 09657
SAME-HUT
Confere com Original

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 380628)
Endereço: RUA LIBERIO 6106 - PLANALTO BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 505480
Requisição: 582311 Solicitação: 14/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 733261 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 14/11/2015

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
- FRATURA DO 4° ARCO COSTAL POSTERIOR À DIREITA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Wanderson Sales Fernandes
Matrícula: 88657
SAME-HUT
Confere com Original

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 380628)
Endereço: RUA LIBERIO 6106 - PLANALTO BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 505480
Requisição: 582310 Solicitação: 14/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 739088 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 14/11/2015

COXA

O estudo radiológico da coxa esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura subtrocanterica recente desalinhada no fêmur esquerdo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Wanderson Sales Fernandes
Matricula: 88657
SAME-HUT
Conferir com Original

138
29
91

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Ortopedia
109.02

João da Cruz Noronha da Silva

Drº Jose Wilson Rodrigues

PRONTUÁRIO MÉDICO

HOSPITAL GETÚLIO VARGA
CONFERE COM ORIGINAL
Em 16/03/2016
Edna Maria Noronha da Silva
Identificação: 013000-9
CPF: 175.070.203-97
PRONTUÁRIO

Docu
Paciente



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

07/11/15

FHT

Fundação Hospitalar
de Teresina



CMS → 705.006 201 851951

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: HUT / HUT

CONTATO FEITO COM: _____

CONFIRMADO A VAGA: SIM () NÃO ()

SIM () NÃO ()

Sim / Não

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: João da Cruz Barbosa da Silva

IDADE: 32

ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: TE - PE

RESPONSÁVEL: _____

I - TRANSFERÊNCIA

201511140020
201511140020

CLÍNICO ()

CIRÚRGICO ()

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

1. Dor a ~ 2^{da},
more - prof (E)

EXAMES REALIZADOS:

127 127 (E)

Autorizo Transferência

Para: H. G. L. D. L. D.

Data 22/11/15

Ass. Maria Lopes da Silva

Assistente Social -
CRESS nº 520 - 22ª Região

DIAGNÓSTICO:

St. f. m. (E) / 572.2
f. m. p. m. / 0408050616

TRATAMENTO REALIZADO:

F. L.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

N. M.

HGV/SERVIÇO SOCIAL

Autorizo abertura de prontuário
Teresina, 22/11/2015

Ass. Maria Lopes da Silva

DATA: 11/11/2015

MOD-04 - HUT

HOSPITAL SÉRGIO VARGAS
CONFERT. ORIGINAL
S. M. L. D. L. D. L. D.
Ass. Maria Lopes da Silva
Assistente Social -
CRESS nº 520 - 22ª Região

José Ferreira Neto
Ass. e carimbo do Médico
CPF: 058.097.373-08

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Prontuario:

1382991

Internação:

99243

Nome: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA				
End. Resid.: RUA PROJETADA SN - BURITIZI				
Cidade: REGENERACAO - PI			CEP: 64490-000	
Sexo: Masculino	Nascimento: 07/11/1985	Idade: 30a:0m:15d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: LAVRADOR
Cadastro: 22/11/2015	G.Instrução: Fundamental	Fone: 86-99986-1751	Cartão SUS (CNS): 898000034600568	Documento: CPF: 018.148.943-06
Pai: FRANCISCO SOARES DA SILVA				
Mãe: MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA				
Cônjuge:				
Responsável: EDILENE MARIA DE SOUSA (ESPOSA)				
End.Responsável: RUA PROJETADA SN - BURITIZI REGENERACAO - PI				
64490-000				
Jesus Funcionário do SAME				

QP:
H.D.A.
falta 1 dia para ir
ANT.PESSOAS:
ANT.HEREDITÁRIOS:
EXAME FÍSICO:
GERAL:
CABEÇA E PESCOÇO:
TÓRAX:
ABDOMEN:
MEMBROS:
GENITAIS:
ESPECÍFICOS:
DIAGNÓSTICO: falta 1 dia para ir
PLANO TERAPÊUTICO: Verificar

Data/Hora: ____/____/____ : ____

HOSPITAL GETULIO VARGAS
COPIA ORIGINAL

Em 16/08/2016
13:40:00
CPF: 018.148.943-06

Dr. Francisco Soares B. Sousa
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 3920

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA S
PROCEDIMENT

AIH : 221510191090-1
UNI : HGV

Órgão Emissor: M221100001

NASCIMENTO
07/11/1985

SECRETARIA E
HOSPITAL C

D.LIBERA: 01/12/2015

DT. LAUDO : 22/11/2015

PROCED. : 0415010012 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

OP. SIST: LUPINHA

CID : S722

Plano de Saúde: MULTIPLAS

Auditor de Saúde: [Assinatura]

Ass. Médico Responsável: [Assinatura]

NOME DO PACIENTE: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

CNS: 898000034600568

DATA NASCIMENTO: 07/11/1985

RAÇA/COR: PARDA

ETNIA DO PACIENTE:

CPF: 01814894306

NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA

FONE: 999861751

RESPONSÁVEL: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

FONE: 999861751

ENDEREÇO: RUA PROGETADA

N.º: 0

MUNICÍPIO: REGENERACAO

UF: PI

CEP: 64490000

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☒ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	COD. PROCEDIMENTO 0408050616
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO TRA* 'ENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	COD. PROCEDIMENTO 0415010012
CID PRINCIPAL FRATURA DE FEMUR	CID SECUNDARIO V29.9
CID REL. PROCED	

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

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO null	QTD []
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO null	QTD []
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO null	QTD []

JU* 'CATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA MULTIPLA ,
CONFORME BOLETINS CIRURGICOS.
0408050616 CID-S722
0408050489 CID-S720
SOLICITO MUDANÇA PARA PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

JOEL CAMPOS NETO

24/11/2015

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☒ CPF ☐ 170264235150001

Dr. Francisco [Assinatura]
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)

COPIA DESTINADA VARG.
COPIA DESTINADA FISCAL
Em 16/03/2016
Edna Maria [Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]

0150 pcd



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Orgão Emissor: M221100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL

AIH : 221510191090-1
UNI : HGV

NASCIMENTO
07/11/1985

JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

D.LIBERA: 01/12/2015

DT. LAUDO : 22/11/2015

PROCED. : 0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

OP.SIST: LUPINHA

CID : S722

Auditor da
CRM-PI 1641

CNS: 4887 MEDICO RESPONSÁVEL

RES. MEDICU RESPONSÁVEL

da
ação:

9243

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

6 - Prontuário: 1382991

7-CNS: 898000034600568

8-Nascimento: 07/11/1985

9-Sexo: Masculino

CPF: 018.148.943-06

11-Mãe: MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA

12-Fone: 86-99986-1751

13-Resp: EDILENE MARIA DE SOUSA (ESPOSA)

14-Cor: Amarela

15-Ende: RUA PROJETADA SN - BURITIZI - CEP: 64490-000

16-Munic: REGENERACAO

17-Cod.IBGE: 220880

18-UF: PI

19-CEP: 64490-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Acidente de trânsito
fratura

21 - Condições que justificam a internação:

fratura

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura subtrocanterica

24-CID Prim:

S722

25-CID Sec:

V29.9

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050616

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

Tempo SUS

4

Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

CLINICA PARA TRANSFERENCIA)

02

01

CPF

184.008.173-20

Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

DR WILSON RODRIGUES

22/11/2015

35-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CRM)

Dr. Wilson Rodrigues
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA-ORF
CRM-PI 1639

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilrete:

41-Serie:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CRAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

01/12/15

48-Docmento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Edilene maria de souza

Usuário: (JESUS SOUSA)

Consulta Local: 579111

Consulta SUS

CONFERE

Em 16/08/16

Em 16/08/16

Em 16/08/16

Em 16/08/16

Em 16/08/16

Em 16/08/16



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	2-CNES 2726971	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	4-CNES 2726971	99243

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA	6 - Prontuário: 1382991		
7-CNS: 898000034600568	8-Nascimento: 07/11/1985	9-Sexo: Masculino	CPF: 018.148.943-06
11-Mãe: MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA	12-Fone: 86-99986-1751		
13-Resp: EDILENE MARIA DE SOUSA (ESPOSA)	14-Fone: 86-99986-1751		
15-Ender: RUA PROJETADA SN - BURITIZI - CEP: 64490-000			
16-Unic: REGENERACAO	17-Cod.IBGE: 220880	18-UF: PI	19-CEP: 64490-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050616	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030821	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS	Quant. Soli- cidata: 1
38-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento: CPF	<i>Dr. Francisco Chagas B. Sousa</i> ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA 41-Ass. Carimbo, Med: Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 28/11/2015	40-No. Doc. Méd. Solic.:	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PLACA COM PARAFUSO DESLIZANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NAO' autorização:		
		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 13/03/2016	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(RENATA VIDAL)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	2-CNES 2726971	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	4-CNES 2726971	99243

5-Nome: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA		6 - Prontuário: 1382991	
7-CNS: 89800034600568	8-Nascimento: 07/11/1985	9-Sexo: Masculino	CPF: 018.148.943-06
11-Mãe: MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA		12-Fone: 86-99986-1751	
13-Resp: EDILENE MARIA DE SOUSA (ESPOSA)		14-Fone: 86-99986-1751	
15-Ender: RUA PROJETADA SN - BURITIZI - CEP: 64490-000			
16-Munic: REGENERACAO	17-Cod.IBGE: 220880	18-UF: PI	19-CEP: 64490-000

31-Cod.Proced.Princip. 0408050616		30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0302040013		32 - Descrição do Procedimento Especial: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	
		Quant. Soli- cidada: 1	
38-Profissional Responsável:		40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 28/11/2015		40-No. Doc. Méd. Solic.: Francisco Chagas B. Souza ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 41-Assinatura Méd. Sol. (CRM)	

[illegible]

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização: / /	48 - CNS/CPF:
51 - Justificativa da 'NÃO' autorização:		49 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
<i>(Circular Stamp: INSTITUTO VARGAS)</i>	<i>(Handwritten: 03/11/16)</i>	
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(RENATA VIDAL)



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	2-CNES 2726971	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	4-CNES 2726971	99243

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA	6 - Prontuário: 1382991		
7-CNS: 898000034600568	8-Nascimento: 07/11/1985	9-Sexo: Masculino	CPF: 018.148.943-06
11-Mãe: MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA	12-Fone: 86-99986-1751		
13-Resp: EDILENE MARIA DE SOUSA (ESPOSA)	14-Fone: 86-99986-1751		
15-Ender: RUA PROJETADA SN - BURITIZI - CEP: 64490-000			
16-Munic: REGENERACAO	17-Cod.IBGE: 220880	18-UF: PI	19-CEP: 64490-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050616	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0302060022	32 - Descrição do Procedimento Especial: ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	Quant. Soli- cidata: 1
38-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Francisco Chaves B. Sousa ORTODONTISTA 41-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
39-Data Solicitação: 28/11/2015	40-No.Doc. Méd. Solic.:	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(RENATA VIDAL)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	2-CNES 2726971	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	4-CNES 2726971	99243

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA			6 - Prontuário: 1382991		
7-CNS: 898000034600568		8-Nascimento: 07/11/1985		9-Sexo: Masculino	CPF: 018.148.943-06
11-Mãe: MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA			12-Fone: 86-99986-1751		
13-Resp: EDILENE MARIA DE SOUSA (ESPOSA)			14-Fone: 86-99986-1751		
15-Ender: RUA PROJETADA SN - BURITIZI - CEP: 64490-000					
16-Munic: REGENERACAO		17-Cod.IBGE: 220880		18-UF: PI	19-CEP: 64490-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050616		30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA		
31-Cod.Procedi- mento Especial 0306020068		32 - Descrição do Procedimento Especial: TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS		Quant. Soli- cidata: 1
38-Profissional Responsável:		40-Tp. Documento: CPF		Dr. Francisco Chaves J. Sousa ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 10.000/00000 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 28/11/2015		40-No.Doc. Med. Solic.:		

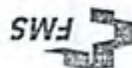
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TRANSFUSAO DE CONCENTRADO

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 0303, 2/16	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 0303, 2/16	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(RENATA VIDAL)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

3-NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

2726971	4-CNES
2726971	2-CNES
Código da Intermação:	99243

JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

898000034600568

8-NASCIMENTO: 07/11/1985

9-SEXO: Masculino

CPL: 018.148.943-06

MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA :
12-Phone: 86-99986-1751

MARIA DO SOCORRO NORONHA DA SILVA :

14-Fonte: 86-99986-1751

at: RUA PROLETARIA SN - BURLIZI - CEP: 64490-000

IC : REGENERACAO

17-COD,IBGE: 220880

Id : 30-81

19-CEP: 64490-000

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:
------------------------	--

0408050616

TRATAMIENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

31-Cod.Procedi-
mento Especial

32 - Descrição do procedimento Especial:
DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)

0802010016

Quant. 1

38-Professional Response:

40-TP, Document:

28/11/2015

40-NO.DOC. MED. SOLIC.:

42-Asst. Dir. (Adm. Serv.) (CRH)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DIVISION DE ACCOMPAGNEMENT

44 - NAME OF PROTESTANT ANCESTOR:

4/-Data Authorisation:

48-CNS/CPF:

:OYUOZTIOINE ,OYN, EP EATZEOZITZENO-IC

49-435, Carimbo (Rg. Conselho)

52-CNS/CPE:

REPORTING PERIOD

de avaliação/auditoria

ETJOTIPNE/OPJETTAE EP

(RENTAL VIDEOT)

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SÉRINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ml	frasco	04	AGULHA DE RAQUE Nº 15	unid	01
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 1000 ml	frasco		AGULHA PERIDURAL Nº	unid	
SORO GLICOSADO 5g% 1000 ml	frasco		AGULHA 25X7	unid	01
RINGER LACTATO 1000 ml	frasco		AGULHA 30X7	unid	01
ÁGUA DESTILADA 10 ml	frasco	04	AGULHA 40X12	unid	
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	amp		AGULHA DE INSULINA	unid	
MANITOL 3% 2000 ml	frasco		SCALP Nº	unid	01
FORMOL	ml		JELCO Nº	unid	
ÁGUA OXIGENADA	ml	200	SÉRINGA DE 60 ml	unid	
ALCOOL 70%	ml	200	SÉRINGA DE 20 ml	unid	
YPI DEGERMANTE	ml	200	SÉRINGA DE 10 ml	unid	03
LPI TÓPICO	ml	200	SÉRINGA DE 5 ml	unid	03
DREXIDINA	ml		SÉRINGA DE 3 ml	unid	
500 ml	frasco		SÉRINGA DE 1 ml	unid	
500 ml	frasco				
			DRENOS		
			DRENO DE PENROSE Nº	unid	
			DRENO DE SUÇÃO Nº	unid	
			DRENO DE TORAX Nº	unid	
			DRENO DE KHER	unid	
			OUTROS MATERIAIS		
YLON Nº 2-0	unid	04	LÂMINA DE BISTURI Nº 24	unid	02
YLON Nº	unid		LÂMINA DE BISTURI Nº	unid	
CATGUT SIMPLES Nº	unid		GAZES	pacote	06
CATGUT CROMADO Nº	unid		ESPARADRAPO	cm	100
CATGUT CROMADO Nº	unid		MICROPORE	cm	
ALGODÃO COM AGULHA Nº	unid		COMPRESSAS	unid	30
ALGODÃO SEM AGULHA Nº	unid		ALGODÃO	bola	
VYCRIL Nº	unid	03	EQUIPO MACROGOTAS	unid	
VYCRIL Nº	unid		EQUIPO	unid	02
WOLENE Nº	unid		EQUIPO PARA SANGUE	unid	
WOLENE Nº	unid		TORNEIRINHA	unid	01
M. INOCR YL Nº	unid		POLIFIX	unid	
PRAS Nº	unid		TRANSOFIX	unid	
	unid		IRRIGORIAS	unid	
	unid		ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	unid	04
	unid		CATETER DUPLO JOTA	unid	
	unid		CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	unid	
	unid		TUBO OROTRAQUEAL Nº	unid	
PROCEDIMENTO	par	20	FILTRO BACTERIOLÓGICO P/TOT	unid	
ESTERIL Nº	par		CAPA PARA VIDEO	unid	
ESTERIL Nº	par	04	CAPA PARA MICROSCÓPIO	unid	
ESTERIL Nº	par		LENTE INTRAOCULAR Nº	unid	05
	par				06
SONDAÇÃO					
SONDA URETRAL Nº	unid				
SONDA DE FOLEY 2 Vias Nº	unid				
SONDA DE FOLEY 3 Vias Nº	unid				
SONDA MISC. GÁSTRICA Nº	unid				
SONDA NASOENTERAL Nº	unid				
COLETOR DE URINA FECHADO	unid				
COLETOR DE URINA ABERTO	unid				
XYLOCAÍNA GEL 2%	tubo				
SONDA RETAL Nº	unid				
VASELINA	tubo				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Deusa
342594

Circulante - COREN

Hora: _____

Instrumentadora - COREN

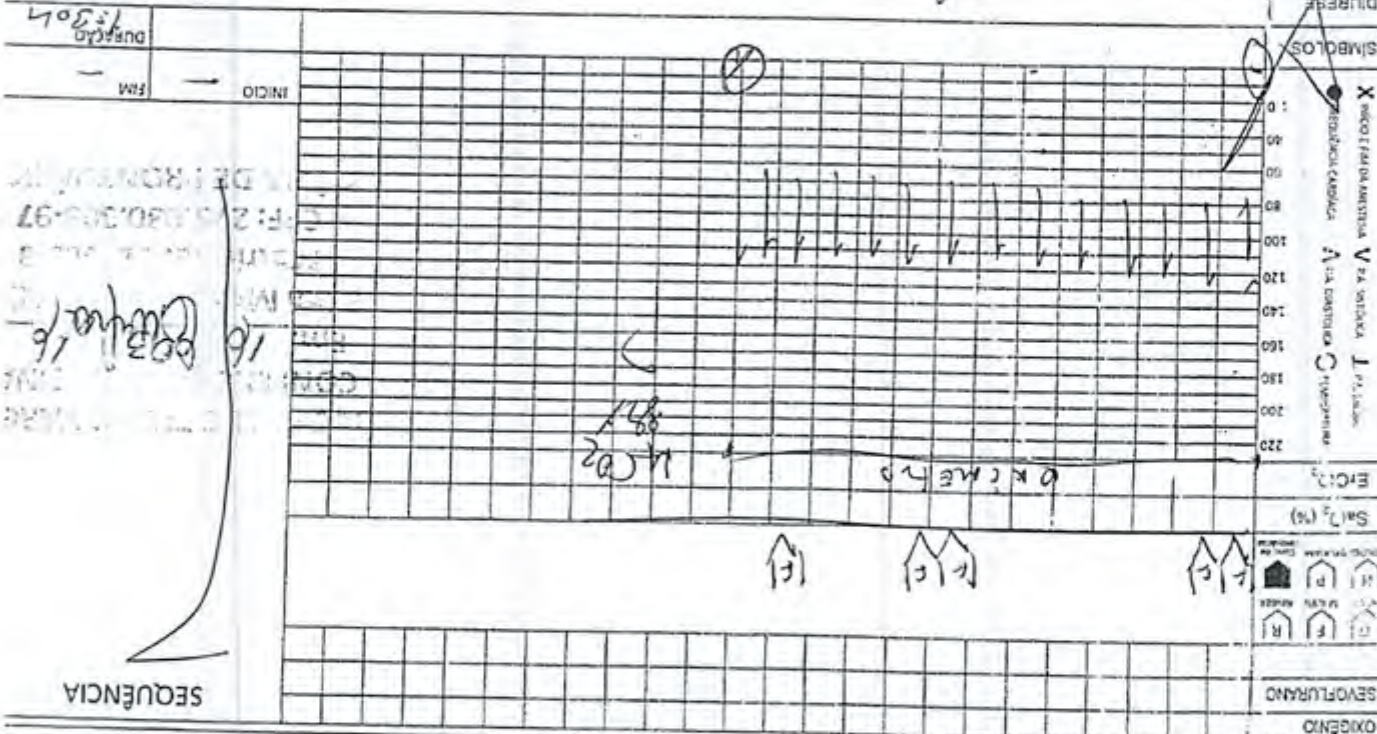
16/03/2016
Eletrocardiograma

BOLETIM DE ANESTESIA



PACIENTE: Dois da Cruz novato da Silva
PRONTO-SOLTO: 1382991
DATA: 20/11/15 SALA: 12
IDADE: 30 DATA DE NASC: 07/11/85 PESO: 70 SEXO: M
ESTADO FÍSICO A: 1

PRESSÃO ARTERIAL		FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS
HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA	UREIA	CREATININA	



SERVAÇÕES: Respiração livre.

TÉCNICA ANESTÉSICA: 01

☐ PAM ☐ PANI ☐ Capnógrafo ☐ ECG ☐ PVC ☐ Oxímetro

GASES	t/min	Início	Fim	Tempo
Oxigênio				
Ar Medicinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	amp	
Adrenalina	amp	
Agua Dest. 10ml	amp	
Cipro 500mg	fr	
Cefazolina 1g	amp	02
Clonidina	amp	
Coloide ()	fr	
Dexametasona	amp	01
Diazepam	amp	01
Dimorf	amp	
Dipirona	amp	
Dobutamina	amp	
Dopamina	amp	
Dormonid	amp	
Efortil	amp	
Efedrina	amp	
Fentanil (s/ cons.)	amp	
Fentanil (frasco)	fr	
Sevoflurano	ml	
Hidrocortisona	ml	
Isoflurano	fr	
Manitol	ml	
Matronidazol	fr	
Narcan	amp	
Neostigmina	amp	
Nipide	amp	
Noradrenalina	amp	
Neocaina 0.5% Pesada	amp	
Neocaina 0.5% Isobar.	amp	01
Omeprazol	fr	
Pancurônio	amp	
Profenid	amp	
Propofol	fr	
Protamina	amp	
Quelicin	fr	
Quetalar	fr	
Remifentanyl	fr	
Ranitidina	amp	
Ringer-lactado	fr	
Sufentanil	amp	
S. Fisiológico 0.9%	fr	05
S. Glicosado 5%	fr	
Tracrilm	amp	
Transamin	amp	
Novabup 0.5% V	fr	
Lidocaina 2% V	fr	

FICHA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 24.11.15		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: 17:35									
CIRURGIA REALIZADA: Do Group front. frontal TIPO ANESTESIA: Marquis											
S.V.R.	CONDIÇÃO	HORÁRIOS									
P. ARTERIAL	109/64/75	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1h30'	2h	2h30'	3h	SAÍDA
F. CARDÍACA	91										
F. RESPIRATORIA											
TEMPERATURA											
OXIMETRIA	100										
EXAME FÍSICO											
ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	6h	SAÍDA				
CONSCIÊNCIA											
Completamente acordado	2 ☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Desperta ao chamado	1 ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Não responde ao chamado	0 ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
ATIVIDADE MOTORA											
Move 4 extremidades	2 ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Move 2 extremidades	1 ☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Não movimentada	0 ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
RESPIRAÇÃO											
Profunda ou tosse livremente	2 ☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Limitada, dispnéia	1 ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Apnéia	0 ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
CIRCULAÇÃO (PA)											
20% do nível pré-anestésico	2 ☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
20-49% do nível pré-anestésico	1 ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
50% do nível pré-anestésico	0 ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
SpO2											
Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2 ☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Mantém SpO2 > 90% em O2	1 ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Mantém SpO2 < 90% em O2	0 ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
TOTAL											
RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM											

Alta da Recuperação pós-anestésica
Horário: _____:

Anestesiologista - CRM

26 07/08/16



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Cirurgia

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Ortopedia

LEITO: 109-02 PRONTUÁRIO: 1382991

NOME: João da Cruz Noronha da Silva DATA DE NASC: 07/11/85

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: Tumor subcutâneo na perna B

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

CIRURGIA: NAPI na subcutânea perna

CIRURGIÃO: Dr. Campos Neto

AUXILIARES: 1º Amorim

INSTRUMENTADORA Aurient

Dr. Joel Campos Neto
Ortopedista Traumatologista
CRM-PI 1930 / CPF: 385.881.313-68

Nº SALA: 12

CRM-PI:

CIRCULANTE: Fátima + Jéssica

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1. Anest. local. 2. Inc. 3. Dissec. 4. Sutura

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

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

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM () NÃO QUAL? _____

DATA: 24/11/85 HORA: _____

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

Dr. Joel Campos Neto
Ortopedista Traumatologista
CRM-PI 1930 / CPF: 385.881.313-68

[illegible]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
ANESTESIA GERAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: João da Cruz Abreu da Silva
Prontuário: 1382991 D.N.: 07/11/195 Estado Civil: solteiro
Cartão do SUS: 898000034600568

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Edilene maria de Sousa

Estado Civil: _____ D.N.: 1/1/ RG/CPF: _____

Parentesco: Esposa Residente em: _____

Eu, Edilene maria de Sousa
(paciente/responsável 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 sua doença e ao procedimento que será submetido, tais como:

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

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Consentimento está em conformidade com a Lei 8.178/90 (código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), _____ de _____ de 20____.

Edilene maria de Sousa
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: João da Cruz Noronha da Silva
Prontuário: 1382999 Nascimento: 07/11/85 Estado Civil: Solteiro
Cartão do SUS: 898000034600568

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Édilene mania de souza
Estado Civil: _____ Nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____
Parentesco: Esposa Residente em: _____

Eu, Édilene mania de souza
(paciente/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. Infecção
2. Tuberculose
3. Outros
4. _____
5. _____

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Consentimento está em conformidade com a Lei de 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e pelo Código de Ética Médica no seu artigo 22.

Teresina(PI), ____ de ____ de 20 ____

Édilene mania de souza
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

[Assinatura]
Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 06-3221-3040

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CENTRO DE ATENDIMENTO
16/03/2016
Eduardo Manoel
Matrícula: 012103-9
CPF: 075.080.503-97
COLETA DE PRONTUÁRIOS

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 (☒) Reativa () Arreativas () Mióticas () Midriáticas () Puntiformes () Médias
 Olhos: (☒) Normal () Hemorragia () Ictericidade de esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas
 () Processo inflamatório/infeccioso
 Ouvidos: (☒) Normal () Otorrágia () Lesão. Outros: _____
 Boca: () Sem anormalidades (☒) Cáries (☒) Falhas dentárias () Prótese () Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO

Padrão: (☒) Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispnéico () Tiragem intercostal
 Inspeção pulmonar: (☒) Normal () Diminuída () Simetria () Assimetria
 Ausculta: Murmúrio vesicular: (☒) Presente () Diminuído () Ausente
 Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Tosse
 Tipo: _____
 Alterações: _____
 Aporte de O₂: () Traqueostomizado () TOT () VM () Macronebulização () O₂ sob cateter nasal
 () O₂ venturi

ACIONAR O FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR TIRAGEM
INTERCOSTAL

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR

Perfusão Periférica: (☒) Normal () Diminuída () Cianose Outros: _____
 Ausculta cardíaca () Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: () Regular () Irregular
 Acesso Venoso: (☒) Sim () Não Qual: MSVD
 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
 Estomias: (☒) Não () Sim Qual? _____
 Dieta: Tipo: (☒) Enteral () Parenteral Vias: (☒) Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia
 Aceleração da dieta: (☒) Sim () Não () Parcialmente
 Eliminações Intestinais: () Normal () Constipação () Diarréia () Mélena () Enterorragia () Obstipação

i) MUSCULO ESQUELÉTICO

Deambulação: () Sem auxílio () Com auxílio, Qual dispositivo? () Muleta () Andador
 Utiliza prótese/órtese? (☒) Não () Sim. Onde? _____
 Sensibilidade: (☒) Não () Sim. Tipo: () Paresia () Parestesia () Direito () Esquerdo
 Déficit motor: (☒) Não () Sim. Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () Direito () Esquerdo
 () Tetraplegia
 Tonicidade: (☒) Rígido () Flácido () Direito () Esquerdo
 Imobilização: (☒) Não () Sim. () Direito () Esquerdo

ACIONAR O FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR PARESIA
E/OU HEMIPARESIA

j) SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: (☒) Íntegra () Desnutrida () Hidratada () Desidratada () Normocorada () Hipocorada () Ictericidade () Edema
 () Lesionada. Onde? _____ Escala de Braden: _____

Em caso de presença úlcera por pressão

Classificação: () Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 () Estágio 4 ()
 () Inclassificável (☒) Não se aplica

EM CASO DE SUSPEITA DE ÚLCERA
ACIONAR A COMISSÃO DE
CURATIVO DO HGV

l) APARELHO GENITOURINÁRIO

Urinar: (☒) Espontânea () Incontinência () Retenção Urinária () Fralda
 Dispositivo Urinar: (☒) Não () Sim. Qual? () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia
 Alterações: () Ardência () Leucorréia () Prurido () Disúria () Oligúria () Polúria () Anúria () Hematúria

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

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

16/08/2016

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: João da Cruz Nogueira dos Santos Data de Nascimento: 12/11/85
Cidade de origem: Regeneração

II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL

Religião/Crença: Católica
Profissão: Trabalhador Rural
Escolaridade: (☒) Analfabeto () Ensino fundamental () Ensino médio () Superior
Barreira na comunicação: (☒) Não () Sim.
Qual? _____
Apresenta déficit: (☒) Não () Sim, Qual? () Visual () Auditivo () Motor
() Outros: _____
Transtorno mental: (☒) Não () Sim.
Qual? _____
Mora sozinho? () Sim (☒) Não. Mora com familiares/outros? (☒) Sim () Não

2 ITENS POSITIVOS:
ACIONAR SERVIÇO SOCIAL
RELIGIÃO, BARREIRA NA
COMUNICAÇÃO,
TRANSTORNO MENTAL

III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)

(☒) Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes *melitus* () Insuficiência Renal Crônica / Aguda
() Cardiopatias () Câncer () Tabagismo () Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outro: _____

Faz uso de medicamentos? () Não () Sim

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	VIA	DOSE	HORÁRIO

ACIONAR FARMACEUTICO
(Quando paciente trazer
medicação de casa)

IV - EXAME FÍSICO

a) SINAIS VITAIS:

PA: _____ P: _____ () Filiforme () Cheio () Rítmico () Arritmico
T: _____ FR: _____
Oxigênio: () Sim () Não Dor: () Não () Sim, Onde? _____
Características: _____

b) DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ASPECTOS NUTRICIONAIS

Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg)
Perda de peso nos últimos 3 meses: () Não () Sim, Peso perdido: _____ (Kg)
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nefropatia () Neoplasia de cabeça/pescoço
() Neoplasia de trato gastrointestinal () Transplante () Obesidade mórbida III (IMC > 50 Kg/m²)
() Não se aplica

2 ITENS POSITIVOS
ACIONAR A NUTRICIONISTA
(Atenção nutricional)

c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(☒) Consciente (☒) Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Torporoso
ESCALA DE COMA GLASGOW: 15

d) ASPECTO EMOCIONAL: (☒) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico
() Agressivo () Triste () Outra alteração. Qual? _____

2 ITENS POSITIVOS
ACIONAR O PSICÓLOGO

VISCOSAS: () Não (☒) Sim. Qual? (☒) Queda () UPP () Flebite
Alergia: (☒) Não () Sim. Qual? _____

VI) CIRURGIAS Você já realizou alguma cirurgia: (☒) Não (☒) Sim.

Qual(is): Ortopedia

Qual o ano? 2015

(VII) EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

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

Em que necessidade: (☒) Cirurgia () Pós-alta () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária () Outro, especifique _____

Pessoa envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante (☒) Familiar

Realiza algum tratamento especializado () Sim Não ☒

Qual: _____

(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? (☒) 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.

IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Acidente de moto há 9 dias

Trouxe exames? () Não (☒) Sim. Qual(is)?

laboratoriais, R x

O Sr. ou Sr.^a gostaria de fazer alguma pergunta em relação à estes folders?

() Não () Sim. Folder de direitos e deveres do paciente

() Não () Sim. Folder de Higienização das mãos

() Não () Sim. Folder de Risco de quedas

() Não () Sim. Identificação com pulseira

O Sr. ou Sr.^a gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Nome: _____

Identificação/Responsável: _____

Assinatura: Edilene Maria de Souza

RG: _____

Grau de parentesco (se aplicável): _____

Data: 12/11/2015 Hora: 14:00

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

16/03/2016
15:30
1105

QUADROS DE ORIENTAÇÃO DE ESCALAS		
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
Melhor Resposta motora	Obedece comandos	6
	Dor localizada	5
	Retirada da flexão	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
		15
PONTUAÇÃO: < 3 (probabilidade de morte) 3 a 6 (grave necessidade de intubação) 9 a 12 (moderado) 13 a 15 (leve)		

Escala de Agitação-sedação de Richmond - RASS		
PONTOS	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
4	Agressivo	Violento, perigoso, combativo.
3	Muito agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateter.
2	Agitado	Movimentos sem coordenação frequentes.
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos.
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo.
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, facilmente despertável e mantém contato visual por mais de 10 segundos.
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por menos de 10 segundos.
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual.
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimento ou abre os olhos com estimulação física.
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.

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



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME: <u>João da Cruz Neto da Silva</u>				
DATA DE NASCIMENTO: <u>07/04/85</u> IDADE:				
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>12/11/2015</u>				
2. FATORES PRE-EXISTENTES (Marque com um "X")	1ª AVALIAÇÃO	2ª AVALIAÇÃO	3ª AVALIAÇÃO	4ª AVALIAÇÃO
Criança ≤ 5 anos		<u>27/11/15</u>		
Idoso ≥ 65 anos, sem acompanhante				
Uso de medicações que altera o SNC (exemplos: midazolam, bromazepam, diazepam, fenobarbital, morfina, nalbufina, carbamazepina, dexclorfeniramina, fenitoina, clorpromazina, isc flurano, halotano, tiopental, propofol). Outros:				
Uso de diuréticos/laxantes (urgência urinária/intestinal)				
Distúrbios neurológicos				
Dificuldades de marcha				
Déficit sensitivo (visão, audição, tato)				
Alteração do nível de consciência				
Indicação de repouso no leito		<u>X</u>		
3. GRAU DO RISCO DE QUEDAS (Marque com um "X")	1ª AVALIAÇÃO	2ª AVALIAÇÃO	3ª AVALIAÇÃO	4ª AVALIAÇÃO
Alto risco (vide verso)				
Baixo risco (vide verso)	<u>X</u>			
4. MEDIDAS PREVENTIVAS	1ª AVALIAÇÃO	2ª AVALIAÇÃO	3ª AVALIAÇÃO	4ª AVALIAÇÃO
Não deixar o ambiente totalmente escuro*	<u>/</u>	<u>X</u>		
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes*				
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura*				
Orientar para que toda saída do leito deve ser orientada pela enfermagem		<u>X</u>		
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta		<u>X</u>		
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período	<u>X</u>			
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito	<u>X</u>			
Orientar necessidade de acompanhante	<u>X</u>	<u>X</u>		
Manter ao alcance do paciente pertences e objetos mais utilizados	<u>X</u>	<u>X</u>		
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante	<u>X</u>	<u>X</u>		
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições				
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro	<u>X</u>			
Declaro que recebi o folder de orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar na primeira avaliação e que estou ciente do risco de queda avaliado, bem como entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.				
AVALIAÇÃO	PACIENTE/ACOMPANHANTE (Assinatura)	ENFERMEIRO (Assinatura)		
1ª	<u>Edilene Márcia de Sousa</u>	<u>[Assinatura]</u>		
2ª				
3ª				
4ª				

* Medidas preventivas adotadas para pacientes com Baixo Risco de Quedas

** As Avaliações posteriores deverão ser realizadas a cada 72 horas ou qualquer intercorrência que ocorra com o paciente.

Em 16/03/16
Lena Maria [Assinatura]
Matrícula 010000-9
CNPJ 00.000.000/0001-91

GRAU DO RISCO DE QUEDAS	CONCEITO
BAIXO	✓ Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores predisponentes; ✓ Indivíduo independente e sem nenhum fator predisponente*.
ALTO	✓ Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos 1 (um) fator predisponente*; ✓ Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator predisponente*. ✓ Anda com auxílio ou se locomove em cadeiras de rodas; ✓ Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores predisponentes*.

*ATENÇÃO: Ver item 2.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO SERVIÇO SOCIAL

AVALIAÇÃO SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: João da Cruz Nogueira da Silva, 30a
Prontuário: 1382881 Clínica: Ortopédica
Nascimento: 07/11/85 Estado Civil: solteiro
Cartão do SUS: 898000034600568
Sexo: () F (x) M Cor: () Branca () Preta () Parda (x) Amarela () Índio
Endereço: Rua Projetada, SN Jureitizi Bairro: Zona Rural
Município: Regeneração Telefones: (86) 99986-1751
Responsável (Ca so se aplique): Ebitene marip de Sousa (Esposa)
Pessoa Com Deficiência? () SIM (x) NÃO Qual? _____
Estudante? () SIM (x) NÃO
Escolaridade: () Não Alfabetizado () Fundamental () Médio () Superior
Religião: () Não Tem () Católica () Evangélica () Espírita () Outra _____

SITUAÇÃO ECONÔMICA - PROFISSIONAL - PREVIDENCIÁRIA

Profissão: _____ Ocupação: _____
Local de Trabalho: lavrador
Trabalho: (x) Formal () Informal Acidente de Trabalho: () SIM () NÃO

SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

(x) Em Atividade () Auxílio Doença () Autônomo () Dependente () Desempregado
() Pensionista () Aposentado () Sem Vínculo () BPC

VENCIMENTOS / RENDA

() Sem Renda Própria (x) Menos de 1 SM () Entre 1 e 3 SM () Entre 3 e 5 SM () Entre 5 e 10 SM
() Mais de 10 SM () Depende da Renda Familiar

SITUAÇÃO HABITACIONAL

Moradia: (x) Própria () Alugada () Cedida () Agregada Tipo: () Casa () Apartamento
Água Encanada: (x) SIM () NÃO Luz Elétrica: (x) SIM () NÃO
Saneamento Básico: (x) SIM () NÃO Coleta de Lixo Regular: () SIM (x) NÃO
Acesso: (x) Plano () Ladeira () Elevador () Rampa () Escada

INFORMAÇÕES GERAIS

Em caso de Acidente solicitou o DPVAT
() SIM () NÃO
Utilizando TFD:
() SIM () NÃO () Não se Aplica
Passe Livre?:
() SIM () NÃO () Não se Aplica
Paciente informado Sobre Proposta de Tratamento:
(x) SIM () NÃO () Com Dúvidas

MOD. 20-HGV

16/03/2016
16/03/2016
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

2301226
Fl. 1/2

Nome : JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA
Id, Sx : 30a , M
Pedido: 2512009
Médico: GIORDANIO CRONENBERGER ALVES DO
Emissão: 21/11/2015 às 14:34

Registro: 1871293
Clínica: ORTO
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT
Cadastro: 21/11/2015 às 12:11

Coletado em 21/11/2015 às 12h 01min

Liberado em 21/11/2015 às 12h 32min

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITOGRAMA

Hemácias 3.66 milhões/mm³
Hemoglobina 10.1 g/dL
Hematócrito 31.0 %
V.C.M. 84.7 fL
H.C.M. 27.6 uug
C.H.C.M. 32.6 g/dL
R.D.W. 15.4 %
Observações:

VALORES DE REFERÊNCIA

Homem	Mulher
4,50 a 6,50	3,90 a 5,60
13,50 a 18,00	11,50 a 16,40
40,00 a 54,00	36,00 a 47,00
	76,00 a 96,00
	27,00 a 32,00
	32,00 a 36,00
	11,60 a 14,80

LEUCOGRAMA

Leucócitos 13300 mm³
Neutrófilos 9709 mm³ 73.0 %
Segmentados 9576 mm³ 72.0 %
Bastões 133 mm³ 1 %
Metamielócitos 0 mm³ 0.0 %
Mielócitos 0 mm³ 0.0 %
Promielócitos 0 mm³ 0.0 %
Eosinófilos 266 mm³ 2.0 %
Basófilos 0 mm³ 0.0 %
Linfócitos 2527 mm³ 19.0 %
Monócitos 798 mm³ 6.0 %
Observações

VALORES DE REFERÊNCIA

Adultos	:	4.000 a 10.000
4 a 7 anos	:	6.000 a 15.000
8 a 13 anos	:	4.500 a 13.000
2.300 a 7.300 mm ³		40 a 75 %
-		40 a 75 %
45 a 230 mm ³		1 a 3 %
-		0 a 1 %
-		0
-		0
40 a 330 mm ³		1 a 6 %
1 a 100 mm ³		0 a 1 %
1.500 a 3.500 mm ³		20 a 40 %
200 a 800 mm ³		2 a 10 %

Contagem de PLAQUETAS
Observações

247000 mm³

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm³

Método: Automação
Material: SANGUE TOTAL

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL

Em 16/03/16
Dr. Zenon Rocha

Assinatura: 019005-9

307-07

Liberado por: Christófano Andersen Francisco da Silva Lima -
CRM-PI-733



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA
Id, Sx : 30a , M
Pedido: 2512009
Médico: GIORDANIO CRONEMBERGER ALVES DO
Emissão: 21/11/2015 às 14:34

Fl. 2/2
Registro: 1871293
Clínica: ORTO
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT
Cadastro: 21/11/2015 às 12:11

Coletado em 21/11/2015 às 12h 02min

Liberado em 21/11/2015 às 14h 29min

RETRAÇÃO DO COÁGULO

RESULTADO: TOTAL
Método: Qualitativo
Material: SANGUE TOTAL

VALOR DE REFERÊNCIA: Retração Total

Liberado por Francisco Everton Dantas Martins - CRF-PI-711

Coletado em 21/11/2015 às 12h 02min

Liberado em 21/11/2015 às 14h 29min

TEMPO DE SANGRAMENTO

RESULTADO: 2'00'' minuto
Material: SANGUE TOTAL

VALOR DE REFERÊNCIA: 1 a 4 minutos

Liberado por Francisco Everton Dantas Martins - CRF-PI-711

Coletado em 21/11/2015 às 12h 02min

Liberado em 21/11/2015 às 14h 29min

TEMPO DE COAGULAÇÃO

RESULTADO: 7'00'' minuto
Método: Les-White
Material: SANGUE TOTAL

VALOR DE REFERÊNCIA: até 12 minutos

Liberado por Francisco Everton Dantas Martins - CRF-PI-711

Coletado em 21/11/2015 às 12h 02min

Liberado em 21/11/2015 às 14h 29min

PROVA DO LAÇO

RESULTADO: NEGATIVA
Método: Rumpel-Leede

VALOR DE REFERÊNCIA: Negativo

Liberado por Francisco Everton Dantas Martins - CRF-PI-711

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 16/03/2016
Edna M. [Assinatura]
Matrícula: 012345678
CPF: 123.456.789
C.R. 1234567

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

Internação: 99243

CEP: 64490-000

Profissão:
LAVRADOR

Frutina Fr

Data: / /

Ass. Médico Solicitante

Ue cefitka

Data: / /

03/03/2016

Assinatura - CPF

HOSPITAL GETÚLIO VARGA
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 16/08/97
Dr. [Signature] Silva
[Stamp]

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 1382991)
 Endereço: RUA PROJETADA SN - BURITIZI - REGENERACAO - PI CEP: 64490-000
 Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 99243
 Requisição: 231656 Solicitação: 26/11/2015 Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES
 Controle: 501292 Convênio: SUS (CLINICA PARA TRANSFERENCIA) (ENF. DE (LEITO

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

FÊMUR DIREITO

Data Exame: 26/11/2015

Avaliação pós-operatória de duplo fratura do fêmur esquerdo: Ambas cominutivas a primeira mais extensa e proximal a segunda distal. Presença de placas e parafusos metálicos e cada fraturas separadas.

CONCLUSÃO:

Fraturas ósseas.
 Avaliação pós-operatória.

JANAINA)

TERESINA - PI 27/11/2015

[Assinatura]
MANOEL ANTONIO GOMES DE CASTRO

CPF: 066.388.563-91 CRM 805 - PI
 Profissional Responsável

HOSPITAL GETULIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em 16/12/2015
 Lúcia Maria Silva
 Matrícula: 000000-9
 CPF: 123.080.303-97
 COORDENADOR DE PRONTUÁRIOS



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

LAUDO MÉDICO

Ortopedia

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 1382991)
 Endereço: RUA PROJETADA SN - BURITIZI - REGENERACAO - PI CEP: 64490-000
 Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 99243
 Requisição: 231656 Solicitação: 26/11/2015 Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES
 Controle: 501291 Convênio: SUS (CLINICA PARA TRANSFERENCIA) (ENF. DE *109*) (LEITO *2*)

RELATÓRIO:

Data Exame: 26/11/2015

Cod. SIA: 0204060060

QUADRIL DIREITO

Esqueleto ósseo conservado.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações.

(JANAÍNA)

TERESINA - PI 27/11/2015

MANOEL ANTONIO GOMES DE CASTRO
 CPF: 066.388.563-91 CRM 805 - PI
 Profissional Responsável

HOSPITAL GETULIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em *16* *183*
 Edna Maria *16*
 Matrícula: *16*
 CPF: 275.080. *16*
 Cópia de Prova

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

ort

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 1382991)
Endereço: RUA PROJETADA SN - BURITIZI - REGENERACAO - PI CEP: 64490-000
Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:19d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0
Requisição: 231685 Solicitação: 26/11/2015 Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA
Convênio: SUS

HEMATOCRITO

Controle: 501355 Cod. SIÁ: 0202020371 Data Exame: 26/11/2015

	Encontrado:	Valor de Referência:
Dosagem de Hematócrito: (%)...	24,0	30 a 50 %

Material: Sangue

HEMOGLOBINA

Controle: 501356 Cod. SIÁ: 0202020304 Data Exame: 26/11/2015

	Encontrado:	Valor de Referência:
Dosagem de Hemoglobina: (g/dl)	7,6	10 a 17 g/dl

Material: Sangue

HOSPITAL GETULIO VARGAS
COORDENADOR CLÍNICO
Edno Noronha da Silva
Matr.: 07.1265-9
CPF: 272.363.13-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIOS

TERESINA - PI 26/11/2015

PREScrição Médica

MOD. 09-HGV

SUMÁRIO DE ALTA

45 61495



HOSPITAL GETULIO VARGAS

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

Prontuario:

1382991

Internação:

99243

Nome: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

End. Resid.: RUA PROJETADA SN - BURITIZI

Cidade: REGENERACAO - PI

CEP: 64490-000

Sexo:

Masculino

Nascimento:

07/11/1985

Idade:

30a:0m:15d

Estado Civil:

Solteiro(a)

Profissão:

LAVRADOR

Internação

Alta

Permanência

Data

22/11/2015

Hora

11:15

Data

28/11/15

Hora

6 dias

Cod.CID:

Diagnósticos:

CID Principal:

Infecção por leishmaniose

5722

CID Secundário:

Infecção por leishmaniose

V29.9

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

1386

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

1386

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: ___/___/___ Tipo: ___

Ortopedia

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Retornar 15 dias após alta para o Dr. José Cruz

Não tem

Tipo de Alta: () Curado () Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: ___

Transporte: ___

Nome: ___

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
16/08/2016
Eduardo Maria da Silva
Matrícula: 610065-9
CPF: 275.000.303-97
CÓDIGO DE PRONTUÁRIO: 1382991

PROCURAÇÃO

Outorgante: João da Cruz Noronha da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão lavrador, residente e domiciliado à Rua Rua do Bito, nº 572, bairro Bairro Zinho, Município de Regeneração, Estado de(o) Piauí, Cep 64.990.000, portador(a) do Rg nº 2.627.586, SSP/PI e CPF nº 018.548.943.096

Outorgado: Francisco Ruy dos Santos Pereira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão lavrador, residente e domiciliado(a) à Rua 2ª Santa Helena, nº 572, bairro B. Rural, Município de Osório Veloso, Estado de (o) Piauí, Cep: 50.009.994, SSP/PI e CPF nº 037.758.353-00

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) João da Cruz Noronha da Silva, ocorrido em 13.1.15, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Regeneração Ps 29, de Abril, de 2016.



x João da Cruz Noronha da Silva
Outorgante
CPF Nº 018.548.943.096

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Autenticidade da Firma
M. HYDRA AUTOMATIZADO
CPF nº 122.373-04
Regeneração - PI

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Wilson Alves da Costa,
RG nº 1.209.751, data de expedição 14/04/2015
Órgão SSP, portador do CPF nº 809.070.593-68 com
domicílio na cidade de Regeneração, no Estado de
Piauí, onde residó na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Paulo Sérgio de Moraes, nº 536,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima João da Cruz Noronha da Silva o condutor era
O Mesmo

Veículo: Notiô elite
Modelo: Monda CG 350 Fan 6SI
Ano: 2013 / 2013
Placa: 2VP-6289
Chassi: 9C2KCS670DR497446
Data do Acidente: 13/11/2015
Local e Data: _____

x José Wilson Alves da Costa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 380628)
Endereço: RUA LIBERIO 6106 - PLANALTO BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 505480
Requisição: 582311 Solicitação: 14/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 733262 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 14/11/2015

PELVE SIMPLES

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFESE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Wanderson Sales Fernandes
Matricula: 68657
SAMG-HUT
Conteúdo com Original

**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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 380628)
Endereço: RUA LIBERIO 6106 - PLANALTO BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 505480
Requisição: 582310 Solicitação: 14/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 733259 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020069

Data Exame: 14/11/2015

COLUNA LOMBAR

O estudo radiológico da coluna lombar foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- EIXO LONGITUDINAL DA COLUNA LOMBAR SEM DESVIO PATOLÓGICO.
- CORPOS VERTEBRAIS DE FORMA, DENSIDADE E ALTURA CONSERVADOS.
- ESPAÇOS DISCAIS PRESERVADOS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS, PEDÍCULOS E LÂMINAS SEM ALTERAÇÕES

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Wanderson Sales Fernandes
Metrícula: 68857
SANE-HUT
Confere com Original

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 380628)
Endereço: RUA LIBERIO 6106 - PLANALTO BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 505480
Requisição: 582310 Solicitação: 14/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 733260 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 14/11/2015

PERNA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Wanderson Sales Fernandes
Matrícula: 66657
SAME-HUT
Conte com Original

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA** (Prontuário: 380628)
Endereço: RUA LIBERIO 6106 - PLANALTO BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 07/11/1985 Idade: 30a:0m:23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 505480
Requisição: 582311 Solicitação: 14/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 733263 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 14/11/2015

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Wanderson Sales Fernandes
Matrícula: 68857
SAME-HUT
Confere com Original

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 B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal 000027131

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\$)
DEZEMBRO/2015	11/12/2015	72	50,78

EDILENE MARIA DE SOUSA
R. DA IGREJA S/N BECO B-URBANO
CPF: 00037591710877
CEP: 64.490-000 - REGENERACAO

ROT: 187.120.03.37.278270

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	3367	Atual:	04/12/2015
Anterior:	3295	Anterior:	05/11/2015
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06/01/2016
Consumo Medido:	72	Emissão:	04/12/2015
Consumo Faturado:	72	Apresentação:	04/12/2015

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat. Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1201540		1.1.1.1 72

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
NOV/15 84	CONSUMO 72 A R\$ 0,656827 = 47,29
OUT/15 96	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 3,49
SET/15 73	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,24
AGO/15 65	
JUL/15 69	
JUN/15 67	
MAI/15 62	
ABR/15 79	
MAR/15 69	
FEV/15 71	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 72 - 0,464670	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 15/12/2015, em função das contas reavizadas neste fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SANCION. Intervenções ainda existirão (contas vencidas) e já reavizadas(s) no valor de R\$ 224,65 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 104C.EDF0.7B17.5EBF.7C4F.8C9D.68D0.9B7D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	11,94	Base de Cálculo:	47,29
Energia:	17,57	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,62	Valor do ICMS:	9,45
Encargos:	3,79	Valor do PIS:	0,52
Tributos:	12,37	Valor do COFINS:	2,40

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	7,66	15,33	30,65	4,59	9,19	18,37	4,31	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto SAO PEDRO DO PIAU

Período de operação: 10/2015 EUSD: 22,92

ROT: 187.120.03.37.278270

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
927139-2	50,78
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
12/2015	11/12/2015
Nº da Nota Fiscal: 000027131	FCAM

836000000000 7 50780017000 7 000000000927 4 13921215008 6



[Buscar no site](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160337765 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Viacap Corretora de Seguros de Vida Ltda-MBM**BENEFICIÁRIO** JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 01814894306**Posição em 08-02-2017 16:23:09**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
30/06/2016	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)