

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

NOME: ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: Beneficiário do BPC

IDENTIDADE: 3.338.301 CPF 032.129.423-80

ENDEREÇO: Povoado CALDEIRÃO / ZONA RURAL /
ASSUNÇÃO DO PIAUÍ / SN / 64333-000

OUTORGADO(S): RAURISTÊNIO LIMA BEZERRA, brasileiro, casado, advogado, OAB/PI nº 13.123, com endereço profissional situado na Rua Paraguai, 3459, Três Andares, Teresina-Piauí, CEP 64017-670.

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastantes procurador(es), o(s) advogado(s) acima qualificados, a quem confere(m) amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula **AD-JUDICIA E EXTRA**, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possa(m) defender os interesses e direitos do(s) outorgante (s) em qualquer repartição pública federal, estadual ou municipal, administrativamente, e/ou em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, receber intimações, confessar, reconhecer a procedência do(s) pedido(s), renunciar ao (s) direito(s), que se funda(m) a(s) ação(ões), acionar, desistir, transigir, transacionar, passar recibos, receber e sacar alvará judicial, dar quitação, em juízo ou extrajudicialmente, sobre o(os) negócio(s) do(a) Outorgante no que lhe for incumbido, podendo requerer, alegar, defender todo(s), o(s) seus direitos e justiça, em quaisquer demandas ou causas cíveis, trabalhistas ou criminais, movidas ou por mover contra o(s) outorgante(s), em que seja(m) autor(es) ou réu(s), podendo requerer citações, ajuizar ações de todas as espécies, contra quem de direito, apelar, agravar ou embargar, qualquer sentença ou despacho, assinar termo de Inventariante, partilhas amigáveis, oferecer exceções, libelo, embargos, suspeição, contraditar ou inquirir testemunhas, concordar, discordar ou impugnar cálculos, avaliações, descrição de bens, seguindo umas e outras, até final de decisão, usando todos os recursos legais em fim, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, pelo que repto (amos) como bom firme e valioso;

Teresina - PI, 30 / Maio / 2019

TESTEMUNHA 1: Maria Renata Alves Cardoso 071-238-643-81
TESTEMUNHA 2: Francisca Alves Pereira 642.104.132-91
Outorgante

Rua Paraguai, 3459, Três Andares, Teresina-Piauí, CEP 64017-670. Fone: (86) 98104-9784,
Email:advogado.teresina@hotmail.com

1

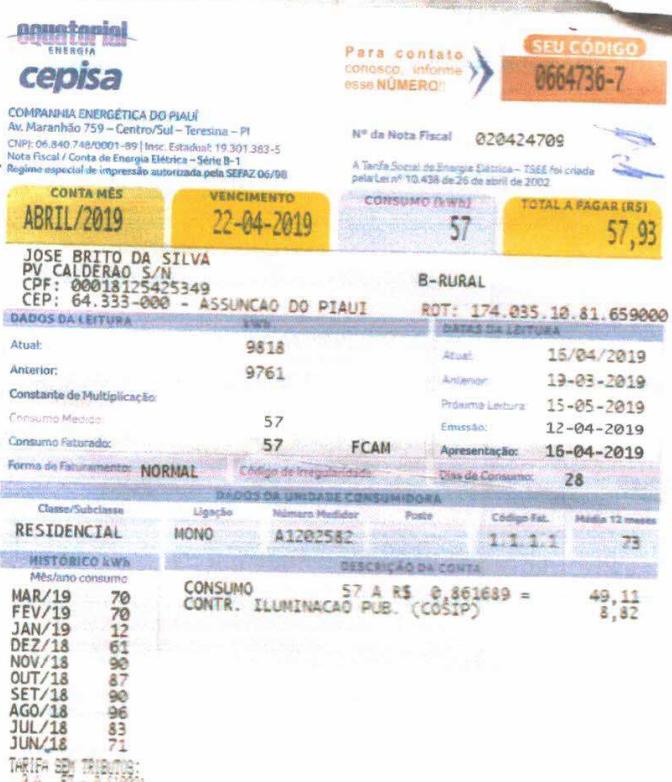
Scanned by CamScanner





Assinado eletronicamente por: RAURISTENIO LIMA BEZERRA - 03/06/2019 08:53:08
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060308530861500000005014857>
Número do documento: 19060308530861500000005014857

Num. 5231037 - Pág. 1



NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 03/2019 73,36
REVISAO TARIFARIA EXTRAORDINARIA MEDIA DE -1,45% A PARTIR DE 01/04/2019, CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2-523/2019.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1, 5, 10, 15, 20, 25.

RESERVADO AO FISCO			IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTRA - R\$				
Distribuição:	10,33		Baixa de Cálculo:	49,11
Energia:	19,95		Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,37		Valor do ICMS:	10,80
Encargos:	1,65		Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	13,81		Valor do COFINS:	0,53



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DO PIAUÍ

Art. 7º - O consumidor tem direito à proteção do Estado.

Parágrafo único - A proteção ao consumidor se fará, dentre outras medidas criadas em lei, através de:

I - gratuidade de assistência jurídica independentemente da situação social e econômica do reclamante;

Ofício Circular nº 149/2015-GCTeresina, 02 de setembro de 2015. OFÍCIO CIRCULAR DESTINADO A TODOS OS JUÍZES DE DIREITO DO ESTADO DO PIAUÍ
Senhor (a) Magistrado (a), Considerando o disposto nos artigos 4º da Lei nº 1.060/50 e 281 do Código de Normas desta Corregedoria, REITERO o teor do Ofício Circular nº 187/2013, outrora expedido por este órgão correicional e ORIENTO todos os magistrados do Estado do Piauí a concederem o benefício da justiça gratuita diante da declaração de pobreza da parte, independente da qualidade do patrono, salvo diante de fundadas razões para o indeferimento do pedido. Atenciosamente,
DESEMBARGADOR SEBASTIÃO RIBEIRO MARTINS
Corregedor-Geral da Justiça.

NOME: Antônio Marcos da Silva Maximino

ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: Beneficiário do BPC

IDENTIDADE: 3.358.301 CPF 032.129.423-80

ENDEREÇO: Pra. Colônia, zona rural,
Armenópolis do Piauí CEP: 64.333-000

, declaro para todos os fins de direito e sob pena de ser responsabilizado criminalmente por falsa declaração, que sou pobre no sentido jurídico do termo, pois não possuo condições de pagar as custas do processo e honorários advocatícios, sem prejuízo de meu sustento próprio e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da justiça.

Teresina/PI, 13 de abril de 2019.

TESTEMUNHA 2: Francisca Alves Pereira 642.104.132-91
TESTEMUNHA 3: Maria Renata Alves Cardoso 071.239.643-81

Scanned by CamScanner



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

AVALIAÇÃO SOCIAL

23º

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	Antônio marcos da Silve noscamo				
Prontuário:	Clínica: cirurgiapt				
Nascimento:	22/04/1983	Estado Civil:	solteiro		
Canão do SUS:	160	8122	6353	0005	
Sexo:	() F	(X) M	Cor:	() Branca	(X) Preta () Parda () Amarela () India
Endereço:	Perecito Caldeiro				
Município:	São Miguel do Tapuio - PI	Bairro:			
Telefones: (84) 981595156					
Responsável (Ca so se aplique):	marcos Aguiar do noscamo (pai)				
Pessoa Com Deficiência? (X) SIM () NÃO Qual?					
Estudante? () SIM (X) NÃO					
Escolaridade: () Não Alfabetizado (X) Fundamental () Médio () Superior					
Religião: () Não Tem (X) Católica () Evangélica () Espírita () Outra.					

SITUAÇÃO ECONÔMICA - PROFISSIONAL - PREVIDENCIÁRIA

Profissão:	nao Traballe	Ocupação:			
Local de Trabalho:					
Trabalho:	() Formal	() Informal	Acidente de Trabalho:	() SIM	() NÃO

SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

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

VENCIMENTOS / RENDA

- () Sem Renda Própria () Menos de 1 SM (X) 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:					
() Própria (X) Alugada () Cedida () Agregada	Type:	() Casa	() Apartamento		
Água Encanada: (X) SIM () NÃO	Luz Elétrica:	(X) SIM	() NÃO		
Saneamento Básico: () SIM (X) NÃO	Coleta de Lixo Regular:	() SIM	(X) NÃO		
Acesso:	() Falso	() 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:	() SIM () NÃO () Com Dúvidas	
Mód. 20-HGIV		

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFIRA COM ORIGINAL
Em 16/06/2019
Edna Maia de Melo Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 775.080.303-97
CRM: 000000005014945



12/07

Visito social onde foi orientado ao paciente e avos
pouhente sobre as normas do HGV, direitos e deveres e
dados necessários para emitir laudos hospitalares.

Rosa
Josina Adelilde da Rocha Lopes
Assistente Social
CRESS-PI 461 - 22º Região

PARECER TÉCNICO

Carimbo e Assinatura do (a) Assistente Social

LEIA E ASSINE
CARIMBO DE
CÓPIA DE FRONTUARINHO
CPF: 16.000.000/0001-06
DATA: 03/06/2019





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

1316 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 181704.000069/2016-28

Unidade de Registro: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CASTELO DO PIAUÍ Resp. pelo Registro: Francisco Genival Braga Uchôa

Data/Hora: 28/11/2016 - 11:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE POLÍCIA DE ASSUNÇÃO DO PIAUÍ

Data/Hora

02/07/2016 - 20:00

Tipo Local

OUTROS

Município

ASSUNÇÃO DO PIAUÍ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

ESTRADA QUE LIGA A COMUNIDADE CALDEIRÃO Á COM. CARNAUBAL, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 3.338.301

Mãe: ROSILENE BRITO DA SILVA

Endereço: LOCALIDADE CARNAUBAL, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: ASSUNÇÃO DO PIAUÍ

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 150 TITAN KS

Ano: Placa: Chassi:

EHQ3697 9C2KC16109RO10727

Renavam:

172676711

Cor:

Preta

Condutor: FRANCISCO LUCAS BEZERRA BRITO BARBOSA

RG: 3.935.540 Órgão: UF RG: PI

End: Povoado CALDEIRÃO ZONA RURAL DE ASSUNÇÃO PIAUÍ Número: Complemento:

Cidade: ASSUNÇÃO DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

Proprietário: CELSON RODRIGUES MIRANDA

End: R. EL'PIDIO MAYOR VALSEC Número:

Cidade: CASTELO DO PIAUÍ UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

VEIO RELATAR QUE VINHA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO SENHOR FRANCISCO LUCAS, NA ESTRADA QUE LIGA O POCOADO CARNAUBAL AO POCOADO CALDEIRÃO MUNICÍPIO DE ASSUNÇÃO DO PIAUÍ. QUANDO DE REPENTE O PNEU DA MOTO BATEU EM UM BICO DE PEDRA, QUE LEVARAM UMA Queda FICOU NO CHÃO CAÍRAM FOI SOCORRIDO PELO SENHOR RAIMUNDO BEZERRA QUE MORA NA LOCALIDADE CALDEIRÃO, QUE FOI LEVADO PARA O POSTO DE SAÚDE DE ASSUNÇÃO PI E EM SEGUIDA FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DE SÃO MIGUEL DO TAPUIO, FICOU SEIS DIAS INTERNADO NO REFERIDO HOSPITAL. QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EM TERESINA PI. FOI CONSTATADO QUE ELE TINHA QUEBRADO O OSSO DA COXA (FEMUR) QUE FICOU INTERNADO DOIS DIAS EM TERESINA. ONDE FEZ UMA CIRURGIA

Francisco Genival Braga Uchôa - Mat. 0866571
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO - Noticiante
Responsável pela Informação





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

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO**
Prontuário: **140840** Atendimento **146851**
Dt. Nasc.: 22/04/1993 Idade: **23a 2m 22d** Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **18296** Data Pedido: 12/07/2016
Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**
Setor Solicitante: **CL.CIRURGICA II**
Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / 2320 - 01**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**
Cód. Procedimento: **02.04.06.011-7** Data do Laudo: 13/07/2016

RADIOGRAFIA DE FEMUR DIREITO

Fratura transversa completa recente desalinhada na diafise femural.

Tala gessada.

CONFIRMADO ORIGINAL
Em 11/07/2016
Edna Maria de Souza de Silva
Matrícula: 000000000000000000
CPF: 275.050.000-87
CÓPIA DE PREGOER/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

- 1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS
- 3 - Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Nº. da Autorização de internação Hospitalar (AIH)

AIH : 221610147116-6
Orgão Emissor: M221100001
UNI : HGV

ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO
NASCIMENTO
22/04/1993
D.LIBERA: 02/08/2016 DT. LAUDO: 11/07/2016
PRÓCED.: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR
OP.SIST: LUPINHA
CID : S723

5 - Nome: ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO 6 - Prontuário: 140840

7 - CNS: 160812263530005	8 - Nascimento: 22/04/1993	9 - Sexo: M CPF: 032.129.423-80
11 - Mãe: ROSILENE BRITO DA SILVA	12 - Fone: 89-8.1595156 / 81751450	
13 - Resp: MARCOS AFONSO DO NASCIMENTO	14 - Cor: PARDA	
15 - Ender.: POV CALDEIRAO	0 ZONA RURAL 19 - CEP: 64333-000	
16 - Munic: ASSUNCAO DO PIAUI	17 - Cod. IBGE: 220105 18 - UF: PI RG: 33383-01	

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Pente em jato de bala

21 - Condições que justificam a Internação:

Deve ser

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

Fratura

23 - Diagnóstico Inicial: 24 - Cid Princ.: S723 25 - Cid Sec.: _____ 26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR

Procedimento Solicitado

- Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

1408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Tempo SUS

4

29 - Clínica: CIRURGICA II	30 - Carater:: 02	Ident.: 1	31 - Documento: CPF	32 Doc. Med. Solic.
				18400817320

Dr. Francisco Carvalho
Cirurgião Plástico
Ass. Carimbo Méd. Solitante

33 - Nome Profissional / Assistente
JOSE WILSON RODRIGUES

34 - Data de Solicitação:
11/07/2016

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 Trajeto.			

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

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização. <i>020816</i>
48 - Documento	49 - Num. Documento

Técnico de Enfermagem

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.	Usuário: JOSINA.LOPES Consulta Local: Consulta SUS: Impressão 22:56:58
--	---



Assinado eletronicamente por: RAURISTENIO LIMA BEZERRA - 03/06/2019 08:53:09
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060308530913900000005015140

Número do documento: 19060308530913900000005015140

Num. 5231334 - Pág. 1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente

Nome: ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO
Prontuário: 140840 **Nascimento:** 22/04/1993 **Estado Civil:** Solteiro
Cartão SUS: 160812263530005

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

Representante / Responsável Legal

Nome: MARCOS AFONSO DO NASCIMENTO
Estado Civil: Solteiro **Nascimento:** 22/04/1993 **CPF:** 33040958372
Parentesco: PAI

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

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

Teresina (PI), 11/07/2016

Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM

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

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 27/07/2016
Edna Maria Magalhães Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 779.080.303-97
DATA DE PROTOCOLO: 03/06/2019



Assinado eletronicamente por: RAURISTENIO LIMA BEZERRA - 03/06/2019 08:53:09
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060308530920800000005015137>
Número do documento: 19060308530920800000005015137

Num. 5231331 - Pág. 1



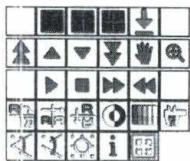
Assinado eletronicamente por: RAURISTENIO LIMA BEZERRA - 03/06/2019 08:53:09
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060308530920800000005015137>
Número do documento: 19060308530920800000005015137

Num. 5231331 - Pág. 2



ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO
Data do Estudo: 2016-07-16
ID do Paciente: 140840
ID do Estudo: S-IQP8FB1D.1
Study Description:: Fêmur

Série	Descrição
1	AP
2	Lateral



MUSEU GETULIO VARGAS
CONFÍDE COM ORIGINAL
EM 1971
EDSON SANTOS
Ribeirão Preto - SP
CPTM
2011-01-01

<http://192.168.1.6/digiweb/digiweb.php?requestType=WADO&studyUID=1.3.46.670...> 17/10/2016



Assinado eletronicamente por: RAURISTENIO LIMA BEZERRA - 03/06/2019 08:53:09

<https://tipi.pie.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060308530937000000005015134>

Número do documento: 19060308530937000000005015134

Núm. 5231328 - Pág. 1



Ministério
da
Saúde

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



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO		PRONT.: 0000140840	ATEND.: 0000146851
CNS: 160812263530005	DATA NASCIMENTO: 22/04/1993	SEXO: Masculino	
RAÇA/COR: Parda	ETNIA DO PACIENTE:	CPF: 03212942380	
NOME DA MÃE: ROSILENE BRITO DA SILVA		FONE: 81595156	
RESPONSÁVEL: MARCOS AFONSO DO NASCIMENTO		FONE:	
ENDEREÇO: POV CALDEIRAO		N.º: 0	
MUNICÍPIO: ASSUNCAO DO PIAUI	UF: PI	CEP: 64333000	

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO		○ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
PROCEDIMENTO ANTERIOR		COD. PROCEDIMENTO
CC. / E MUDANÇA PROCEDIMENTO		COD. PROCEDIMENTO
CID PRINCIPAL		null
		CID SECUNDÁRIO
CID REL. PROCED.		null

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS		○ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
PROCEDIMENTO PRINCIPAL		PROCEDIMENTO	QTD
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR		0408050519	
PROCEDIMENTO ESPECIAL		PROCEDIMENTO	QTD
PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)		0702030910	1
PROCEDIMENTO ESPECIAL		PROCEDIMENTO	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL		PROCEDIMENTO	QTD
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA		WARGH HOSPITAL GETULIO VARGAS CONTEÚDO: 16/03/97 Em: 27/03/97 Edna PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA CPT: 0702030910 DATA SOLICITAÇÃO: 27/03/97 CÓPIA DE PESSOAL	

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL		CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	DATA DA AUTORIZAÇÃO
Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE			
CNS ○ CPF ○		Ass. e Cárimeo (Nº do registro do conselho) Dr. Francisco Leão (Nº do registro do conselho)	
AUTORIZAÇÃO			
DOCUMENTO			
CNS ○ CPF ○		Ass. e Cárimeo (Nº do registro do conselho) Dr. Francisco Leão (Nº do registro do conselho) Médico: 0702030910-15 CRM: 1606385259003	





Ministério
da
Saúde

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



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

PRONT.: 0000140840

ATEND.: 0000146851

NOME DO PACIENTE: ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO		DATA NASCIMENTO: 22/04/1993	SEXO: Masculino
CNS: 16081226353005	RAÇA/COR: Parda	ETNIA DO PACIENTE:	CPF: 03212942380
NOME DA MÃE: ROSILENE BRITO DA SILVA	RESPONSÁVEL: MARCOS AFONSO DO NASCIMENTO		FONE: 81595156
ENDERECO: POV CALDEIRAO			FONE:
MUNICIPIO: ASSUNCAO DO PIAUI		UF: PI	N.º: 0
			CEP: 64333000

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO	<input checked="" type="radio"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
CC <input checked="" type="radio"/> MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null
CID PRINCIPAL	CID SECUNDÁRIO
CID REL. PROCED null	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	<input checked="" type="radio"/> SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO 0408050519	QTD
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR		
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO 0302040013	QTD
ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPlicações SISTêmicas	5	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO 0302060022	QTD
ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPlicações SISTêmicas	5	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA	HOSPITAL GETULIO VARGAS CONFERENCIA ERNESTO Edna Vila CPFE cônsul
--	---

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	DATA SOLICITAÇÃO
Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE	
CNS <input checked="" type="radio"/> CPF <input checked="" type="radio"/>	Dr. Francisco Gólio CRM-PI 3500 Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	DATA DA AUTORIZAÇÃO
DOCUMENTO		03/11/16
CNS <input checked="" type="radio"/> CPF <input checked="" type="radio"/>	Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)	





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

Assinado eletronicamente por: RAURISTENIO LIMA BEZERRA - 03/06/2019 08:53:09
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060308530956900000005015128>
Número do documento: 19060308530956900000005015128

Núm. 5231320 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: RAURISTENIO LIMA BEZERRA - 03/06/2019 08:53:09
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060308530956900000005015128>
Número do documento: 19060308530956900000005015128

Num. 5231320 - Pág. 2

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PACIENTE



**MATÉRIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
CAPITAL GETÚLIO VARGAS**

REQUISIÇÃO DE PARECER

Antonio Marcos

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Alessandra Mery 230101

À CLÍNICA:

0070-001

À CLÍNICA:

Chloroform

MOTIVO DA CONSULTA

Paco Ganga

B 02 / 5

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

23a
OAC
Assist C V
Cuthbert
Mem. Detain

Hb: 12%, lixwrd, etc?

Baixa Flaco Cr

10

~~Dr. Lucas Gonçalves
Cl. Médica - Cardiologia
CRM 3088~~

ASS MÉDICO ESPECIALISTA

MOD 11 - HGV

CONFIDENTIAL - UNCLASSIFIED
SINCE 1976
SINCE 1976
SINCE 1976
SINCE 1976
SINCE 1976





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

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antônio Moraes de Freitas Data de Nascimento: 22/04/93
Cidade de origem: Assuréus do Piauí

II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL

Religião/Crença: Católico
Profissão: agricultor
Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental () Ensino médio () Superior
Barreira na comunicação: () Não () Sim.
Qual?
Apresenta deficit: () Não () Sim, Qual? () Visual () Auditivo () Motor
() Outros:
Transtorno mental: () Não () Sim.
Qual?
Mora sozinho? () Sim () Não. Mora com familiares/outros? () Sim () Não

2 ITÉNS 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

ACIONAR FARMACEUTICO
(Quando paciente trouxer
medicação de casa)

IV - EXAME FÍSICO

a) SINAIS VITAIS:

PA: _____ P: _____ () Filiforme () Cheio () Rítmico () Arrítmico

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>50Kg/m²)

() Não se aplica

2 ITÉNS POSITIVOS
ACIONAR A NUTRICIONISTA
(Atenção nutricional)

c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() Consciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Torporoso

ESCALA DE COMA GLASGOW:

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

2 ITÉNS POSITIVOS
ACIONAR O PSICÓLOGO

CONFIRMO COM ORIGINAL
Edna Maria Almeida Silva
Matrícula: 01.3865-9
CPF: 275.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

<p>e) CABEÇA</p> <p>Couro Cabeludo:<input checked="" type="checkbox"/> Sem anormalidades (<input type="checkbox"/>) Ferimento (<input type="checkbox"/>) Hematoma. Alterações: _____</p> <p>Face: (<input checked="" type="checkbox"/>) Simétrica (<input type="checkbox"/>) Assimétrica (<input type="checkbox"/>) Ferimento (<input type="checkbox"/>) Hematomas</p> <p>Nariz: (<input checked="" type="checkbox"/>) Simétrico (<input type="checkbox"/>) Assimétrico (<input type="checkbox"/>) Sem anormalidades (<input type="checkbox"/>) Secreção (<input type="checkbox"/>) Lesão (<input type="checkbox"/>) Epistaxe</p> <p>Pupilas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Isocônicas (<input type="checkbox"/>) Anisocônicas (<input type="checkbox"/>) Reativa (<input type="checkbox"/>) Arreativas (<input type="checkbox"/>) Mióticas (<input type="checkbox"/>) Midriáticas (<input type="checkbox"/>) Puntiformes (<input type="checkbox"/>) Médias</p> <p>Olhos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Hemorragia (<input type="checkbox"/>) Ictericia de esclerótica (<input type="checkbox"/>) Baixa acuidade visual (<input type="checkbox"/>) Lentes corretivas (<input type="checkbox"/>) Processo inflamatório/infeccioso</p> <p>Ovidos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Otorragia (<input type="checkbox"/>) Lesão. Outros: _____</p> <p>Boca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sem anormalidades (<input type="checkbox"/>) Cáries (<input type="checkbox"/>) Falhas dentárias (<input type="checkbox"/>) Prótese (<input type="checkbox"/>) Lesão</p>	f) SISTEMA RESPIRATÓRIO Padrão: (<input checked="" type="checkbox"/>) Eupnélico (<input type="checkbox"/>) Bradipnélico (<input type="checkbox"/>) Taquipnélico (<input type="checkbox"/>) Dispnéico (<input type="checkbox"/>) Tiragem intercostal Inspeção pulmonar: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Diminuída (<input type="checkbox"/>) Simetria (<input type="checkbox"/>) Assimetria Ausculta: Murmúrio vesicular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Presente (<input type="checkbox"/>) Diminuído (<input type="checkbox"/>) Ausente Ruidos adventícios: (<input type="checkbox"/>) Roncos (<input type="checkbox"/>) Sibilos (<input type="checkbox"/>) Estertores (<input type="checkbox"/>) Tosse Tipo: _____ Alterações: _____ Aporte de O2: (<input type="checkbox"/>) Traqueostomizado (<input type="checkbox"/>) TOT (<input type="checkbox"/>) VM (<input type="checkbox"/>) Macronebulização (<input type="checkbox"/>) O2 sob cateter nasal (<input type="checkbox"/>) O2 venturi	ACIONAR O FISIOTERPEUTA, QUANDO O PACIENTE APRESENTAR TIRAGEM INTERCOSTAL								
<p>g) SISTEMA CARDIOVASCULAR</p> <p>Perfusão Periférica: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Diminuída (<input type="checkbox"/>) Cianose Outros: _____</p> <p>Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Bradicardia (<input type="checkbox"/>) Taquicardia Ritmo: (<input type="checkbox"/>) Regular (<input type="checkbox"/>) Irregular</p> <p>Acesso Venoso: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não Qual: _____</p> <p>Faz uso de marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não Há quanto tempo: _____</p>										
<p>h) SISTEMA GASTROINTESTINAL</p> <p>Abdome: (<input checked="" type="checkbox"/>) Flácido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Plano (<input type="checkbox"/>) Globoso (<input type="checkbox"/>) Simétrico (<input type="checkbox"/>) Assimétrico (<input type="checkbox"/>) Escavado (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Timpânico (<input type="checkbox"/>) Doloroso</p> <p>Ruidos Hidroáreos: (<input type="checkbox"/>) Ausente (<input checked="" type="checkbox"/>) Presente, tipo: (<input type="checkbox"/>) Hiperativos (<input checked="" type="checkbox"/>) Hipotáticos</p> <p>Estomias: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim Qual? _____</p> <p>Dieta: Tipo: (<input type="checkbox"/>) Enteral (<input type="checkbox"/>) Parenteral Vias: (<input type="checkbox"/>) Oral (<input checked="" type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SOG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) Gastrostomia</p> <p>ACEITAÇÃO DA DIETA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Parcialmente</p> <p>Eliminações Intestinais: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Constipação (<input type="checkbox"/>) Diarréia (<input type="checkbox"/>) Mélена (<input type="checkbox"/>) Enterorragia (<input type="checkbox"/>) Obstipação</p>										
<p>i) MUSCULO ESQUELÉTICO</p> <p>Deambulação: (<input type="checkbox"/>) Sem auxílio (<input type="checkbox"/>) Com auxílio, Qual dispositivo? (<input type="checkbox"/>) Muleta (<input type="checkbox"/>) Andador</p> <p>Utiliza prótese/ortese? (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim. Onde? _____</p> <p>Sensibilidade: (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim. Tipo: (<input type="checkbox"/>) Paresia (<input type="checkbox"/>) Parestesia (<input type="checkbox"/>) Direito (<input type="checkbox"/>) Esquerdo</p> <p>Déficit motor: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim. Tipo: (<input type="checkbox"/>) Hemiplegia (<input type="checkbox"/>) Hemiparesia (<input type="checkbox"/>) Direito (<input type="checkbox"/>) Esquerdo (<input type="checkbox"/>) Tetraplegia</p> <p>Tonicidade: (<input type="checkbox"/>) Rígido (<input checked="" type="checkbox"/>) Flácido (<input type="checkbox"/>) Direito (<input type="checkbox"/>) Esquerdo</p> <p>Imobilização: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim. (<input type="checkbox"/>) Direito (<input type="checkbox"/>) Esquerdo</p>		ACIONAR O FISIOTERPEUTA, QUANDO O PACIENTE APRESENTAR PARESIA E/OU HEMIPARESIA								
<p>j) SISTEMA TEGUMENTAR</p> <p>Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Desnutrida (<input type="checkbox"/>) Hidratada (<input type="checkbox"/>) Desidratada (<input type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictericia (<input type="checkbox"/>) Edema (<input type="checkbox"/>) Lesionada. Onde? _____</p> <p style="text-align: center;">Escala de Braden:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">7</td> </tr> </table> <p>Em caso de presença úlcera por pressão</p> <p>Classificação: (<input type="checkbox"/>) Estágio 1 (<input type="checkbox"/>) Estágio 2 (<input type="checkbox"/>) Estágio 3 (<input type="checkbox"/>) Estágio 4 (<input type="checkbox"/>)</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Inclassificável (<input checked="" type="checkbox"/>) Não se aplica</p>			1	2	3	4	5	6	7	EM CASO DE SUSPEITA DE ÚLCERA, ACIONAR A COMISSÃO DE CURATIVO DO HGV
1	2	3	4	5	6	7				
<p>k) APARELHO GENITOURINÁRIO</p> <p>Urinário: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Retenção Urinária (<input type="checkbox"/>) Fralda</p> <p>Dispositivo Urinário: (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim. Qual? (<input type="checkbox"/>) Sonda de alívio (<input type="checkbox"/>) Sonda de Foley (<input type="checkbox"/>) Cistostomia</p> <p>Alterações: (<input type="checkbox"/>) Ardência (<input type="checkbox"/>) Leucorréia (<input type="checkbox"/>) Prurido (<input type="checkbox"/>) Disúria (<input type="checkbox"/>) Oligúria (<input type="checkbox"/>) Poliúria (<input type="checkbox"/>) Anúria (<input type="checkbox"/>) Hematuria</p>										
<p>m) PADRÃO DE SONO (<input checked="" type="checkbox"/>) Bom (<input type="checkbox"/>) Regular (<input type="checkbox"/>) Ruim (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Uso de sedativo-calmantes: (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim</p>										
<p>n) SISTEMA REPRODUTOR: (<input type="checkbox"/>) Menarca (<input checked="" type="checkbox"/>) Menopausa (<input type="checkbox"/>) Primípara (<input type="checkbox"/>) Multipara (<input checked="" type="checkbox"/>) Não se aplica</p>										

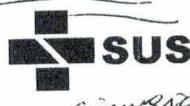
Assinatura: [Signature]
 CPF: [Redacted]
 Nascimento: [Redacted]
 Endereço: [Redacted]
 Município: [Redacted]
 UF: [Redacted]
 CEP: [Redacted]
 CÓPIA DE PRAZO - PRAZO



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-SESAPI
 HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
 RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N FONE: (86) 3249-1286
 SÃO MIGUEL DO TAPUÍ - PI
 CNPJ 06.553.564/0007-23



ENF. 230-1



Sistema
Único
de Saúde

Cinza

D.R.S.
5^a

MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO TAPUÍ-PIAUÍ

HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
 RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N. FONE: (86) 3249-1286

Mês 04 Ano 16

FOLHA DE ENCAMINHAMENTO

A Unidade:

HOSPITAL JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA

Para: HGV

Nome da Pessoa Encaminhada

ANTONIO MARCOS DA SILVA

Registro

Motivo do Encaminhamento:

FRACTURA DO FEMUR

DIREITO

Observações

Paciente deficiente físico, com enfermidade

Data 11/07/16

Jader JESUS Jose Atalde

MEDICO

CRM 077.077.252-8

Responsável pelo encaminhamento

Obs.: Deve ser Adquirido no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospitalar Local ou Reg.

FICHA DE RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

CID: 572.4

Registro original:

PROC: 04080 50519

Diagnóstico e Orientação:

HOSPITAL GETULIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Edna Maria de Melo Santos
 Matrícula: 1003083-97
 CPF: 310.000.000-00
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO

HGV/SERVIÇO SOCIAL
 Autorizo abertura de prontuário
 Teresina, 11/07/16

Maria de Lourdes Melo Santos
 Assistente Social
 CRESS 1748 - 22ª Região





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE-SESAPI
HOSPITAL ESTADUAL "JOSÉ FURTADO DE MENDONÇA"
CNPJ: 06 553 564/0007-23
RUA COLETOR JOSÉ ARAÚJO, S/N-FONE (86) 3249-1826
São Miguel do Tapuio-Piauí



Consulta de Urgência e/ou Observação

Nº Cartão SUS: 16081226030006 sis CPF:

Nome: Antônio Marcos da Silva Vasconcelos

Mãe: Rosilene Brito da Silva

Data de Nascimento: 22/04/1993 Sexo: M Profissão: Tel:

Logradouro: Lote caldeirão Bairro: Zona Rural

Município: ASSURÉS DO PIAUÍ

Dados Clínicos: dor e edema no fêmur ab membro inferior direito

FRACTURA?

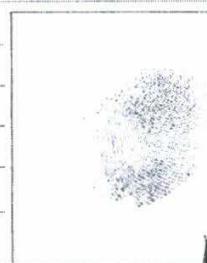
Diagnóstico Provável:

Procedimento: cintocaté ou observar c/ medicação

Código:

Data da Consulta: 04/07/2016 Hora: 22:26

Assinatura do Médico e Carimbo
MÉDICO
Assinatura: *José Ataíde*



X Assinatura ou Impressão digital do paciente ou responsável

OBS.: A Consulta é paga pelo SUS. É Proibido a cobrança de qualquer taxa



EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO



Atendimento: 146851

Dt Atendimento: 11/07/2016 - 22:55 Dt Alta: 17/07/2016 - 09:31

Paciente: 140840 ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO

Serviço: 15 CIRURGIA ORTOPEDICA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 573 CL.C RUE01 Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: VERA.OLIVEIRA

Diretor Clínico:

CID: S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento de Alta 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Observação de Alta



Assinado eletronicamente por: RAURISTENIO LIMA BEZERRA - 03/06/2019 08:53:10
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060308531032500000005015116>
Número do documento: 19060308531032500000005015116

Num. 5231307 - Pág. 1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Cirúrgica II LEITO: 030-1 PRONTUÁRIO 140840

NOME: Antonio Marcos da Silva Nascimento DATA NASC: 22/04/93

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PNL da férmea

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Trabalho uterino 1º dia n.º SALA

CIRURGIÃO: Dr. Wilson Bezerra CRM.PI:

AUXILIARES: 1º 2º

INSTRUMENTADOR(A): CIRCULANTE:

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Parto vaginal de 1º dia, com auxílio de gelpack e massagem abdominal.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO:

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

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

DATA 14/07/16 HORA 15:00hs

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 – HGV



Assinado eletronicamente por: RAURISTENIO LIMA BEZERRA - 03/06/2019 08:53:10
https://tjpi.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906030853103810000005015113
Número do documento: 1906030853103810000005015113

Num. 5231304 - Pág. 1

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml- 500	frasc	01	AGULHA DE RAQUE Nº	und	04
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml-	frasc		AGULHA PERIDURAL Nº	und	
SORO GLICOSADO 5g% - ml	frasc		AGULHA 25x7	und	
RINGER LACTADO ml	frasc		AGULHA 30x7	und	
AGUA DESTILADA ml	frasc		AGULHA 40x12	und	01
AGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	amp	02	AGULHA DE INSULINA	und	
MANTOL 3% 2000 ml	frasc		ESCALP Nº	und	
FORMOL ml	ml		JELCO Nº 20	und	01
AGUA OXIGENADA ml	ml		SERINGA DE 60ml	und	
ALCOOL 70%	ml	20	SERINGA DE 20ml	und	
P.V.P. DEGERMANTE	ml		SERINGA DE 10ml	und	01
P.V.P. TOPICO	ml	100	SERINGA DE 5ml	und	
CLOREXIDINA ml	ml	20	SERINGA DE 3ml	und	02
BSS 800ml	frasc		SERINGA DE 1ml	und	
VOLUVÉM 8% 500ml	frasc				
<i>Clorexedina alcoólica</i>	me	50			
FIOS			DRENOS		
NAYLON Nº 2,0	Und	03	DRENO DE PENROSE Nº	und	
NAYLON Nº	Und		DRENO DE SUCÇÃO Nº 4-8	und	01
CAT GUT SIMPLES Nº	Und		DRENO DE TORAX Nº	und	
CAT GUT CROMADO Nº	Und		DRENO DE KHER Nº	und	
CAT GUT CROMADO Nº	Und				
ALGODÃO C/ AGULHA Nº	Und		CUTROS MATERIAIS		
ALGODÃO S/ AGULHA Nº	Und		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	l na	03
VICRYL Nº 0	Und	02	LÂMINA DE BISTURI Nº	und	
VICRYL Nº	Und		GASES	oct	06
PROLENE Nº	Und		ESPARADRAGO	cm	58
PROLENE Nº	Und		MICROPORE	cm	
MONOCRYL Nº	Und		COMPRESSAS	Und	20
PDS Nº	Und		ALGODÃO	Und	
			EQUIPO MACROGOTAS	Und	01
			EQUIPO	Und	
			EQUIPO P/ SANGUE	Und	
LUVAS			TORNEIRINHA	Und	
PROCEDIMENTO	PAR	12	POLIFIX	Und	
ESTÉRIL Nº 6,5	PAR	04	TRANSOFIX	Und	
ESTÉRIL Nº 7,5	PAR	03	ERIGOPLA S-----VIAS	Und	
ESTÉRIL Nº 7,0	PAR	02	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	Und	03
SONDAGEM			CATETER DUPLO "J"	Und	
SONDA URETRAL Nº	Und		CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	Und	
SONDA DE FOLEY 2V Nº	Und		TUBO ORO TRQUEAL Nº	Und	
SONDA DE FOLEY Nº 3V	Und		FILTRO BACTERIOLOGICO P/TOT	Und	
SONDA NASOGASTRICA Nº	Und		CAPA PARA VÍDEO	Und	
SONDA NASOENTERAL Nº	Und		CAPA PARA MICROSCOPIO	Und	
COLETOR DE URINA FECHADO	Und		LENTE INTRA OCULAR Nº	Und	
COLETOR DE URINA ABERTO	Und		<i>Creparam</i>	und	03
XYLOCAÍNA GELEIA 2%	tub		<i>Cateter p/ O2</i>	und	03
SONDA RETAL Nº	Und				
VASELINA	tub				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Francisca
CIRCULANTE-COREN

HORA 1h

Valdirene
INSTRU MENTADORA-COREN

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONF. COPIA ORIGINAL
Em. 2776 Real / 16
Bura Bura 16000-000
Mobil: 75 3035-9
CPF: 75 303-97
CÓDIGO DE RECENTRALIZAÇÃO





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:
146851

Prontuário: 140840 ANTONIO MARCOS DA SILVA NASCIMENTO

Endereço: POV CALDEIRAO 0 ZONA RURAL

Cidade: ASSUNCAO DO PIAUI UF:PI CEP: 64333-000

Sexo: M DT. Nasc: 22/04/1993 Idade: 23 Anos 2 Meses 19 Dias Estado Civil: S Profissão: ESTUDANTE

Cadastro: 11/07/2016 Telefone: 89 8159.5156 Cartão SUS: 160812263530005 CPF: 03212942380

Pai: MARCOS AFONSO DO NASCOMENTO

Mãe: ROSILENE BRITO DA SILVA

Cônjugue:

Responsável: MARCOS AFONSO DO NASCOMENTO

Endereço: POV CALDEIRAO 0 ZONA RURAL

Cidade: 3171 UF:PI CEP: 64333-000

Josino
Funcionário do SAME

Queixa Principal:

H.D.A.

Dor no estomago

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e PESCOÇO:

Tórax:

Abdômen:

Membros:

Genitais:

Específicos

*Indução clínica
Síntese*

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Data / Hora: ____ / ____ / ____ : ____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em 16/06/2019

Edna Maria de Oliveira Silva

Matrícula: 0.00365-9

CPF: 275.080.303-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIO



Assinado eletronicamente por: RAURISTENIO LIMA BEZERRA - 03/06/2019 08:53:10
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906030853104790000005015109>
Número do documento: 1906030853104790000005015109

Num. 5231300 - Pág. 1