



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

POLÍCIA DA IDENTIDADE

IDENTIFICADO

NOME JOÃO CARLOS DE SOUZA
SOBRENOME SILVA
DATA DE NASCIMENTO 08/09/1964
LUGAR DE NASCIMENTO SÃO CARLOS - RN
SEXO M
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO 0194049

CPF 0194049

FOTO

IMPRESSÃO DIGITAL

ASSINATURA

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

LOCAL DE EMISSÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

EMPRESA

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

ESTADO

PAÍS

DATA DE EMISSÃO

VIGÊNCIA

<

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
GERENCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR- G.P.I
DELEGACIA DE POLÍCIA DE MIGUEL ALVES PIAUÍ

DADOS DA OCORRÊNCIA

Numero da Ocorrência: 330 /2015	DATA DO REGISTRO: 18/11/2015
Natureza: Acidente de Trânsito – Lesão Corporal	HORA DO REGISTRO: 08h15min

DADOS DA VÍTIMA

Nome: REGINALDO DE SOUZA.
Nacionalidade: Brasileira
Naturalidade: Duque Bacelar/MA
Estado: Divorciado.
Data do nascimento: 06.01.1979, 36 anos de idade.
RG: 3.186.218 SSP/PI
CPF: 001.150.843 47
Filiação: Maria Rosário de Sousa e de Edmundo Vieira de Sousa
Domicílio: Rua Três, Cond. Resid. Colorado nº 2206, bairro Colorado (Renascença) , Teresina/PI.

HISTÓRICO

A vítima compareceu a esta delegacia na data e horário acima citada para comunicar que no dia 15/08/2015, por volta das 15h30 min., trafegava na estrada de picarra, em gente ao Angar do Avião da Fazenda Baquite na Fazenda Almeida, que liga esta cidade ao Pontão que dá acesso à cidade de Duque Bacelar-MA, na motocicleta MARCA MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS, COR: PRETA, PLACA: NIU 7405, CHASSI: 9C2JC4110BR720564, CÓD. RENAVAL: 328296481, LICENCIADA EM NOME DE: CLEIDE ALMEIDA DE MORAES, carregando na garupa a pessoa de AURICÉLIA HELENA DA CUNHA COSTA, onde, naquele momento, surgiu duas motocicletas em alta velocidade, pegando raxa, que eram pilotadas por dois jovens que não os conhecem, os quais carregavam na garupa de suas respectivas motocicletas mais dois jovens, vindos na mesma direção a do noticiante, sendo que, quando os mesmos realizaram a ultrapassagem ao noticiante e sua amiga, que a carregava na garupa da motocicleta que pilotava, um deles, por passar muito próximo à moto do noticiante provocou o desequilíbrio e a queda do noticiante vítima e a passageira amiga, onde caíram e sofreu lesão em seu joelho direito, enquanto sua amiga AURICÉLIA saiu sem nenhuma lesões, bem como os jovens que não perderam o equilíbrio de suas motocicletas; QUE foi socorrido por um dos jovens que estava na garupa de uma das motocicletas, o qual o levou até ao Hospital Pedro Vasconcelos, onde foi liberado após atendimento Médico de Plantão; QUE na data do dia 19.08.2015, por volta das 09:58:37 em face de está sofrendo com a lesão deu entrada no HUT em Teresina-PI; QUE relata ainda o noticiante que sofreu duas intervenções cirúrgicas, conforme Prontuário Médico do HUT nº 320269, pela dificuldade da escrita pode ser 370209, que discrimina em Laudo para Internação a Lesão nas Partes Moles do Joelho; Que apresenta como testemunha a Srª AURICÉLIA HELENA DA CUNHA COSTA, RG. nº 2.452.902, residente na Rua Carajás nº 4073, bairro Parque Jurema, Teresina/PI. Nada mais disse.

Miguel Alves-PI, 18 de novembro de 2015.

Paulo Roberto Nogueira
Delegado de Polícia Civil

Mat.: 194582-3

Autoridade Policial:

Noticiante/vítima:

Responsável pela lavratura:

FONES: 88519267
98424835
98178329



[Illegible text]

Dra Fabíola Reden H. Veras
CRM 2374
Clínica Médica/Rumatologia

13.01.16

de 80%.

Atualmente, para os devidos fins, que o Dr.
Rogério de Souza foi vítima de acidente de
trabalho, referente a queda, submetendo-se a
tratamento cirúrgico e anestesia local, evoluindo
para a recuperação local e tratamento cirúrgico
para a recuperação para a recuperação.

ATTESTADO MÉDICO

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374



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

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 370362

NOME DO PACIENTE: Wesley de Souza

HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA



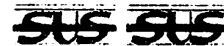
DATA: / /		HORA: :	
PROCEDIMENTO		CID	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:			
CONDUZA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:			
SINAIS/SINTOMAS:			
Eventos Principais:			
Destino:			
Classificação:			
Ass. Profissional Acolhimento			
Dados Clínicos:			
Pulso: mmHg			
FC: bpm			
Temp: °C			
Dados de Risco:			
Acid. Trajeto: Não			
Acid. Trajeto: Não			
CID Secundário:			
Condição:			
Data: 19/08/2015 09:58:37			
Código: 488900			
Motivo da Procura: POR MEMBRAS INFERIORES			
Dados do Atendimento:			
End. Local:			
G. Instrução: Fundamental Incompleto			
Profissão: VENDEDOR EXTERNO			
Responsável: AGRICULTA LIMA DA CUNHA COSTA			
Nascimento: 06/01/1979			
Idade: 36:7m:13d			
Sexo: Masculino			
Fone: 86-39347-4311			
Pat: EDUARDO VIEIRA DE SOUZA			
End. Resid.: RUA CARAJAS 4073 - PARQUE DUREMA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Mãe: MARIA DO ROSARIO DE SOUSA			
Nome: REGINALDO DE SOUZA			
Prontuário: 370269			
Objetivo de Entrada - BE			
Assinatura Paciente ou Responsável			
Assinatura Profissional Médico			

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.522.917/0022-02

SUS

**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



Imp: 19/08/2015 10:05:14
JOSE PEREIRA

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

Nome: REGINALDO DE SOUZA		Prontuário: 370269
Mãe: MARIA DO ROSARIO DE SOUSA		Pai: EDMUNDO VIEIRA DE SOUSA
End.Resid.: RUA CARAJAS 4073 - PARQUE JUREMA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 06/01/1979	Idade: 36a:7m:13d	Sexo: Masculino Fone: 86-99842-4835
Responsável: AURICELIA LIMA DA CUNHA COSTA		CNS: 700004969146106
Profissão: VENDEDOR EXTERNO		Documento: RG: 3186218 - SSP-MA
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Desq./Divorciado(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 488900	Data: 19/08/2015 09:58:37	Condução: VEICULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl.Saúde: Não Trauma: Não Maus Tratos: Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ :__	ESPECIALISTA: _____
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: _____ _____ _____	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ :__	
_____ _____ _____	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ :__	ESPECIALISTA: _____
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: _____ _____ _____	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ :__	
_____ _____ _____	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	





141.364

Orgão Emissor: M021100001

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AU
DE INTERNAÇÃO HOSPITAL**

AIH : 221510168636-9

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

REGINALDO SOUZA

NASCIMENTO
06/01/1979

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

D.LIBERA: 03/09/2015

DT. LAUDO: 22/08/2015

PROCED.: 0413040178 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA

OP.SIST: SHEILA

CID : T009

o da
nação:

Ass. MEDICO RESPONSÁVEL

5828856**141364****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **REGINALDO DE SOUZA**

6 - Prontuário: 370269

7-CNS: 700004969146106

8-Nascimento: 06/01/1979

9-Sexo: Masculino

RG: 3186218 - SSP-MA

11-Mãe: **MARIA DO ROSARIO DE SOUSA**

12-Fone: 86-99842-4835

13-Resp: **AURICELIA LIMA DA CUNHA COSTA**

14-Idad: Sem Informação

15-Ende: **RUA CARAJAS 4073 - PARQUE JUREMA - CEP: 64000-010**16-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Lesão de partes moles
em perna.*

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

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

0413040178**TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA**

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA**22/08/2015**

Dr. Marcos Aurélio de A. Varanda
Medico - Cirurgião

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajetos

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Sem Registro

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo Ass. Responsável

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Gustavo Henrique Macêdo de Sales

22/08/2015 17:22:17





PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL ALVES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL PEDRO VASCONCELOS
Av. Des. Simplicio Mendes, 576 - CEP 64.130-000
Telefone: (86) 3244-1228 - Miguel Alves - PI

CONSULTA DE URGÊNCIA E/OU OBSERVAÇÃO

NOME: Reginaldo de Sousa
CARTÃO SUS: _____
DATA DE NASCIMENTO: 06.01.79
ENDEREÇO: Geremina MUNICÍPIO: Miguel PI
DADOS CLÍNICOS: _____
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: _____
HORA: 10:00 DATA DA CONSULTA: 15/08/15

Assinatura do Médico e Carimbo

Assinatura ou impressão digital do paciente ou responsável

OBS: A consulta é paga pelo **SUS**. É proibida a cobrança de qualquer taxa.

mod. 07



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

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 370.269

NOME DO PACIENTE: Roberto de Souza

HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA

HUT



Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Paciente ou Responsável

DATA: / /		HORA: :	
CID		Procedimento	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:			
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:			
Diagnóstico inicial:			
PA	X	mmHg	Pulso:
FC:	bpm	Temp.:	
DADOS CLÍNICOS: (Hora:)			
Breve História:			
Sinal/Sintoma:			
Evento principal:			
Destino:			
Ass. Profissional Acolhimento:			
Assinatura - Paciente ou Responsável			
Assinatura - Profissional Médico			

Código: 488900		Data: 19/08/2015 09:58:37	
Motivo da Procura: DOR MEMBRAS INFERIORES		Condição: VEÍCULO PARADO ON DE TERCEIROS	
Acid. Trajeto: Não		Acid. Trajeto: Não	
CID Secundário:		CID Secundário:	

End. Local: - - -	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	
Profissão: VENDEDOR EXTERNO	
Responsável: AURICELIA LIMA DA CUNHA COSTA	
Nascimento: 06/01/1979	Idade: 36a:7m:13d
End. Resid.: RUA CARAJAS 4073 - PARQUE JUREMA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	Sexo: Masculino
Fone: 86-99842-4835	CNS: 700004969146106
Documento: RG: 3186218 - SSP-MA	E. Civil: Desq./Divorçado(a)

Nome: REGINALDO DE SOUZA	
Mãe: MARIA DO ROSARIO DE SOUSA	
Pat: EDMUNDO VIEIRA DE SOUSA	
Prontuário: 370269	

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



51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	<i>Gustavo Henrique</i>
48 - Documento:	() CNS () CPF
49 - Num. Documento:	
46 - Nome do Profissional Autorizador:	
50 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho):	
Imprimir: 22/08/2015 17:22:17	

45 - Vínculo com a Previdência:	() Empregado () Autônomo () Aposentado () Não Segurado
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora:
37 - () Acidente Trabalho Típico	40 - No. Bônus:
38 - () Acidente Trabalho Trajetado	41 - Período:
42 - CNPJ Empresa:	43 - CNPJ Empresa:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34 - Data Solicitação:
29 - Clínica:	30 - Caráter: Ident.: 31 - Docum.: 32 - Doc. Méd. Solic.:
48 - Cod. Proced.: 27 - Procedimento Solicitado:	0413040178
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA	
3 -	

23 - Diagnóstico Inicial:	24 - CID Principal:
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):	
21 - Condições que justificam a internação:	
20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Tratamos superficiais múltiplos não especificados	
2009	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
5 - Nome:	REGINALDO DE SOUZA
7 - CNS:	700004969146106
8 - Nascimento:	06/01/1979
9 - Sexo:	Masculino
RG:	3186218 - SSP-MA
12 - Fone:	86-99842-4835
14 - Cor:	Sem Informação
15 - Endereço:	RUA CARAYAS 4073 - PARQUE JURUMA - CEP: 64000-010
16 - Município:	TERESINA
17 - Cod. IBGE:	221100
18 - UF:	PI
19 - CEP:	64000-010
6 - Prontuário:	370269

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	
3 - Nome do estabelecimento executor:	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
1 - Nome do estabelecimento solicitante:	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AU DE INTERNAÇÃO HOSPITAL	
REGINALDO SOUZA	
D. LIBERA: 03/09/2015	
PROCED.: 0413040178	
DT. LAUDO: 03/08/2015	
USC: 06/01/1979	
NASCIMENTO	
UNI: H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)	
AIH: 221510168636-9	
Órgão Emissor: M22100001	
141364	
5828856	
ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL	



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente			
Diagnóstico pré-operatório			
Operação - Tipo			
Cirurgião		2º Assistente	
1º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)		Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação		Início	
Fim		Diagnóstico Pós-operatório	
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

HUT-SAME
CONFERIR COMO ORIGINAL
04/10/17
17/10/17

DESCRÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: REGINALDO DE SOUZA
Nacionalidade _____ Natural _____
Estado Civil _____ RG n.º _____
Profissão _____ CPF n.º 001.150.843-47
Endereço POV. TABOAS
Bairro _____ CEP _____
Município TERESINA / PI

OUTORGADO: **GUSTAVO HENRIQUE MACÊDO DE SALES**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PI sob o n.º 6919, Rua Acésio do Rêgo Monteiro N° 1799, Ininga, Teresina- Piauí.

PODERES: Através do presente instrumento particular de mandato, outorgo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

TERESINA /PI, 04 de AGOSTO de 2017

Reginaldo de Souza
OUTORGANTE

Scanned by CamScanner

