

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA" "ET EXTRA"

**OUTORGANTE:** MARIA DE NAZARÉ ARAUJO COSTA, Nacionalidade **brasileira**, Estado Civil **união estável**, Profissão **lavradora**, Inscrito (a) no RG: **2.405.885 SSP PI**, CPF/MF **008.762.433-83**, residente e domiciliado (a) na **Localidade Mocambinho, s/n, zona rural**, Cidade: **Nossa Senhora de Nazaré**, Estado: **Piauí**, CEP: **64288-000**.

**OUTORGADA:** IDERLENE BRAGA CAMPOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PI sob o nº 11.764 e CPF/MF: 497.054.743-20, com endereço profissional na Av. Governador Gayoso e Almendra, 695, São João, Teresina-PI, CEP: 64052-100.

**PODERES:** outorgando-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, com a cláusula ad judicium et extra, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os 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, até mesmo para substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes.

Campo Maior - PI, 08 de Setembro de 2018.

\* Maria de Nazaré Araújo Costa

OUTORGANTE

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que sou pobre na concepção do art. 04 da Lei 1.060/50; art. 5º, LXXIV e os arts. 98 e 99 do NCPC.

Campo Maior-PI 08 de setembro de 2018

Marion de Nazare Araújo Costa

DECLARANTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	2.405.685	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/05/02
NOME	MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA		
FILIAÇÃO	ESPEDITO ERNESTO DA COSTA RAIMUNDA CARDOSO DE ARAUJO COSTA		
NATURALIDADE	CAMPO MAIOR - PI	DATA DE NASCIMENTO	15/10/84
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº 37176 LA31.Fls 265 2º OFÍCIO CAMPO MAIOR 02/09/86		
CPF	[assinatura]		
ASSINATURA DO DIRETOR		ASSINATURA DO TITULAR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		CARTEIRA DE IDENTIDADE	



POLEGAR DIREITO



*maria de nazare Araujo da Costa*

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**008.762.433-83**

Nome  
**MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA**

Nascimento  
**15/10/1984**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.940.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
1059880-4

Nº da Nota Fiscal 007797508

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\$)
JUNHO/2018	04/07/2018	129	74,48

MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA  
LC MOCAMBINHO S4 N. SRA DE NAZARE B-RURAL  
CPF: 00000876243383

DADOS DA LEITURA	DADOS DA LEITURA
Atual:	Atual:
Anterior:	Anterior:
Constante de Multiplicação:	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	Emissão:
Consumo Faturado:	Apresentação:
Forma de Faturamento:	Dias de Consumo:

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
NORMAL					31
MONO					
ATC-1774					
ESCRICAO DA CONTA					99
Mês/ano consumo					
MAT/18	99				
ABR/18	115				
MAR/18	82				
FEV/18	97				
JAN/18	100				
DEZ/17	115				
NOV/17	110				
OUT/17	109				
SET/17	104				
AGO/17	99				
CONSUMO					
30 A R\$	0,281506	=			8,44
70 A R\$	0,482596	=			33,78
29 A R\$	0,723888	=			20,99
DIFERENÇA DE TARIFA					42,45
SUBVENCAO BAIXA RENDA					31,18-
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	-	0,05			
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	-	3,59			
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 30	-	0,281506			
31 A 100	-	0,482596			
101 A 129	-	0,723888			

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 05/2018 Valor R\$ 49,30 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 14/07/2018, em função das contas



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
**DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL**  
**POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CAPITÃO DE CAMPOS/PI**



**AGOSTINHO FLORINDO DE OLIVEIRA FILHO, Escrivão de Polícia Civil Classe Especial e Chefe do Cartório da Delegacia de Polícia Civil, lotado e no exercício de suas funções, neste município, usando das suas atribuições, Legais, etc...**

**RESOLVE:**

**CERTIFICAR, para fins de direito, junto a qualquer órgão público em atendimento e a requerimento verbal da pessoa interessada, que fazendo busca no Livro de Registro de Ocorrências em andamento desta Delegacia de Polícia Civil, nele, às folhas 275, foi lavrada a seguinte Ocorrência Policial.**

Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil a senhora MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA, CPF: 008.762.433-83, Brasileira, Piauiense, Casada, do lar, nascida em 15-10-1984, natural de Campo Maior/PI, filha de Espedito Ernesto da Costa e Raimunda Cardoso de Araújo Costa, com residência na localidade Mocambinho, município de Nossa Senhora de Nazaré, sendo alfabetizada.

A noticiante comunicou à Polícia Judiciária, que na manhã do dia 11/04/2015, estava nesta cidade de Capitão de Campos/PI, onde participava como madrinha de uns batizados religiosos, que ao retornar a sua residência no endereço acima citado, como garupa da motocicleta HONDA/CG TITAN 150 MIX KS, CATEGORIA PARTICULAR, COR PRETA, ANO 2010/MOD 2010, PLACA NIP-4366, RENAVAM 00230132375, CHASSI 9C2KC1610AR048178, em nome de Miguel Arcangelo Saraiva Faustino, e ao saírem da BR-343, para prosseguirem viagem por uma estrada vicinal que liga esta cidade à sua localidade, o senhor MIGUEL ARCANGELO SARAIVA FAUSTINO, condutor desta motocicleta, ao tentar desviar de um buraco no meio da estrada que percorria, o pneu dianteiro derrapou e ambos caíram da motocicleta. Diz ainda a noticiante que ficou no chão lesionada, sendo socorrida pelo condutor da motocicleta que ficou apenas com escoriações, o qual providenciou o seu encaminhamento ao Hospital Regional de Campo Maior/PI, para que pudesse receber os primeiros atendimentos médicos.

Era o que continha à referida Ocorrência, cujo teor fielmente transcreveu, e para constar, lavrei a presente Certidão.

**Dada e Lavrada, no Cartório desta Delegacia de Polícia Civil, aos 23/07/2015.**

Agostinho Florindo de O. Filho  
Chefe do Cartório  
Mat: 039727-0

NOTICIANTE Maria de Nazare Araujo Costa



Getivo

101

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Maíra de Nazare Araújo Costa  
Dr. Raul  
Ortopedia

PRONTUÁRIO MÉDICO

372902

14.06.17

Assinatura de Raul  
100719-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
COPIA ORIGINAL  
Em 30 de 17  
Edição  
Módulo  
CPS 1003-57  
COPIA DO PRONTUÁRIO

## AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**

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

Atendimento:  
**372902**

Prontuário: 87592 **MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA**

Endereço: LOC MOCANBINHO POV SAO JOAQUIM 0 SAO JOAQUIM

Cidade: NOSSA SENHORA DE NAZARE UF: PI CEP: 64268-000

Sexo: F DT, Nasc: 15/10/1984 (Idade: 32 Anos 7 Meses 27 Dias Estado Civil: C Profissão: DO LAR

Cadastro: 11/06/2017 Telefone: 88 9812.97613 Cartão SUS: 203632249390002 CPF: 00876243383

Pai: ESPEDITO ERNESTO DA COSTA

Mãe: RAIMUNDA CARDOSO DE ARAUJO COSTA

Cônjuge:

Responsável: RAIMUNDA CARDOSO DE ARAUJO COSTA

Endereço:

Cidade: 3024

UF: PI CEP:

*M. Gomes*  
Funcionário do SAME

Queixa Principal:

☒ D.A.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

☒ Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Data / Hora: 1 / 1 ;

*[Assinatura]*  
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





AIH : 221710130229-5 Órgão Emissor: M22L100001  
UNI : HGV

Informação Hospitalar (AHI)

LAUDO

AUTORIZAÇÃO

Identificação do Estabelecimento

1 - Nome do estabelecimento

HGV - HOSPIT

3 - Nome do estabelecimento

HGV - HOSPITAL GETULIO VARGAS

MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA

NASCIMENTO

15/10/1984

D. LIBERA: 09/06/2017

PROCED.: 0408050880

OP. SIST.: CLIDENOR

CID : 5832

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL  
CNS 378005338  
ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

CÓDIGO

16971

NES

26971

CÓDIGO

4874

### Identificação do Paciente

5 - Nome: MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA

6 - Prontuário: 87592

7 - CNS: 203832248390002

8 - Dt. Nasc: 15/10/1984 02:00

9 - Sexo: F

RG 2405885

CPF: 058.752.433-83

11 - Mãe: RAIMUNDA CARDOSO DE ARAUJO COSTA

12 - Form: 86-0.01287813

13 - Resp.: [assinatura]

15 - End.: LOC. MOCANBIMHO POV. SAO JOAQUIM

Nº 500 JOAQUIM

14 - Cel: 44710101

16 - Munic.: NOSSA SENHORA DE NAZARE

17 - Cod. IGBE: 320675

18 - URP: P1

19 - CEP: 64238-000

### Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Lesões Meniscaleas:  
do tipo hincirpico

21 - Condições que justificam a internação:

Ar. crônica Aguda

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

Ex. físico / Rm

23 - Diagnóstico Inicial

24 - Cid Princ.: 5832

25 - Cid Sec.: [ ]

26 - Cid C. Ant.: [ ]

RUPTURA DO MENISCO, ATUAL

### Procedimento Solicitado

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

0408050880 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / E/COMPATIMENTAL

29 - Clínica:

Especialidade

30 - Caracter. Ident.: 31 - Documento:

32 - Doc. Mod. Solic.

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

1

CPF

33 - Nome Profissional / Assistente

RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

34 - Data de Solicitação:

35 - Ass. Carimbo Méd. Solicitante

### Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - [ ] Acidente de Trânsito

38 - CNPJ Seguradora:

40 - N.º Bônus

41 - Série

37 - [ ] Acidente de Trabalho Típico

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAB - Empresa

44 - CBOE

39 - [ ] Acidente de Trabalho Trajetado

45 - Vínculo com a Previdência: [ ] Empregado [ ] Empregador [ ] Autônomo [ ] Desempregado [ ] Aposentado [ ] Não Segurado

### Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (R) Carimbo

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Maria de Nazare Costa

C/ rubrica

Amanda de Oliveira  
Médica - 19-5

CONFIRMADO  
Em 10/06/17  
Edna Maria de Souza Silva  
Matrícula: 015.335-9  
CPF: 75.770.303-97  
TÍTULA DE PRONTUÁRIO





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Ortopedia LEITO: 301-01 PRONTUÁRIO: 87592  
NOME: Paulo Nassre Filho DATA DE NASC.: 15/10/84  
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Lesão Menisco / Injuria

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

Gravemente lesionado

CIRURGIA: Pinx. Menisco / Sinovectomia Nº SALA: 12

AUXILIARES: 1º

CRM-PI

INSTRUMENTADORA Maura Sampaio

2º

CIRCULANTE: Edicleudes

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA

(1) Artroscopia (2) Artroscopia (3) Artroscopia  
(4) Sinovectomia (5) Sinovectomia  
Sinovectomia

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: ☐ SIM ☒ NÃO ESTIMADA

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL?

DATA: 12.08.17 HORA: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

#### MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

[illegible]

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

**Circulante - COREN:**

Ágora:

Maura Johann  
Instrumentadora - COREN





Assinatura de Edna Maria Silva  
19-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONTÉM CÓPIA ORIGINAL  
Em 30 de Maio de 1977  
Edna Maria Silva  
Matriculada 01.125-9  
CPF: 275.089.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Ortopedia LEITO: 104-01 PRONTUÁRIO: 87592  
NOME: Maria de Nazare Araujo Costa DATA DE NASC.: 15/10/84  
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Lesão meniscal / Sinovite  
CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: ESL, suprapatel, flexão  
150  
CIRURGIA: Meniscectomia parcial N° SALA: 11  
CIRURGIÃO: Dr. Marcos CRM-PI:  
AUXILIARES: 1° Marcelo 2°  
INSTRUMENTADORA: Maura CIRCULANTE: Ediclaudes  
TÉCNICA E FÁTICA CIRÚRGICA: Dr. Marcos  
① Menisectomia ② Sinovectomia ③  
Menisectomia ④ Menisectomia  
Araujo ⑤ Dr. Marcos  
⑥ Dr. Marcos  
COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:  
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:  
PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: ☐ SIM ☐ NÃO  
PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL?  
DATA: 32, 06, 37 HORA: 14:30  
CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

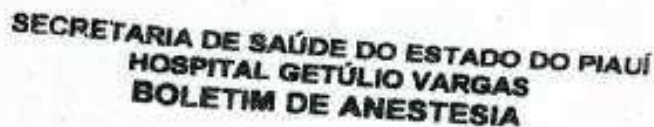
•

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Maura Joanne  
Instrumentadora - COREN

Amanda Maciel de Oliveira  
Mat. 290119-4





~~Anesthesiologist - CRM~~

UNIO VARIAS  
C/IMPENSOS ORIGINAL

10/06/17  
10/06/17  
10/06/17

Anexo 1  
10/06/17

# RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

CP: 10/06/17  
LEITO DE RECUPERAÇÃO: 13:55  
HORARIO DE ADMISSÃO NA S.S.P.A.:  
CIRURGIA REALIZADA: Artroscopia de Joelho @  
TIPO DE ANESTESIA: Raquia

**SINAIS VITAIS**

	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	75'	90'
P.A. 32/60	32/97					13/7	
F. C. 100	66					72	
TEMPERATURA							
OXIMETRIA	99					100	

**EXAME FÍSICO**

	ADMISSÃO	30'	SAÍDA
<b>ROSC DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO</b>			
CONSCIÊNCIA	2		2
Atividade Motora	1		2
RESPIRAÇÃO	2		2
CIRCULAÇÃO (PA)	2		2
SpO <sub>2</sub>	2		2
TOTAL DE PONTOS	9/10		10

**ESCALA DA ESCORE DA DOR**

0 1 2 3 4 5  
(Sem Dor) (Dor Máxima)

**CONTROLES**

- OXIGENOTERAPIA ( )
- PUNÇÃO VENOSA CENTRAL ( )
- SONDA NASOGÁSTRICA ( )
- SONDA NASOENTERAL ( )
- SONDA VESICAL DE DEMORA ( )
- DRENO DE KIER ( )
- DRENO PENROSE ( )
- DRENO TORAX ( )
- DRENO SUCCÃO (X)
- DRENO LAMINAR ( )
- CCLOSTOMIA ( )
- GASTROSTOMIA ( )
- TRAQUEOSTOMIA ( )

RESPONSÁVEL PELA CECAGEM:

19:30 Liberada da S.R.P.A., Pós-operatório, consciente, orientada, colaboradora - HV funcional. Curativo ocular bem feito. Hemodinâmica estável. Enfermeira responsável: COLETA 6460

EXAMINADOR: ( ) EX. LABORATORIAIS ( ) RX ( ) RECEITA MÉDICA ( ) ATESTADO MÉDICO ( ) F. NÃO PADRONIZADO  
ENCARREGADO: ( ) UTI ( ) J.R.A. ( ) ENFERMAGEM ( ) EXTERNO

Anestesiologista - CRM

13:30 ADMISSÃO

ALTO DA S.R.P.A.

10/06/17  
10/06/17  
10/06/17





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

CPF: 275.811.373-97  
CÓPIA DE PRON: 101/2  
Data: 10/12/17  
Hora: 10:00h

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM				DATA: 10/12/17 HORA: 10:00h		
<b>I - IDENTIFICAÇÃO</b>						
Nome: <u>Mr. de Fátima Amorim Costa</u>				Data de Nascimento: <u>15/10/84</u>		
Cidade de origem: <u>Nova Santa Rita de Piauí</u>						
<b>II - ASPECTO SOCIOECONÔMICO E ESPIRITUAL</b>						
Religião/Crença: <u>Católica</u>						
Profissão: <u>homossexual</u>						
Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino médio (X) Superior <u>manipulação</u>						
Barreira na comunicação: (X) Não ( ) Sim						
Qual:						
Apresenta déficit: (X) Não ( ) Sim - Tipo: ( ) Visual ( ) Auditivo ( ) Motor						
( ) Outros:						
Transtorno mental: (X) Não ( ) Sim						
Qual:						
<b>III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)</b>						
( ) Não possui ( ) Hipertensão Arterial ( ) Dislipidemia ( ) Diabetes mellitus ( ) Cardiopatias ( ) Câncer						
( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Usuário de drogas ilícitas ( ) Outra Qual:						
Alergia (X) Sim ( ) Não Qual: <u>Nenhuma</u>						
Faz uso de medicamentos? ( ) Não (X) Sim						
Nome	Dose	Via	Horário	Nome	Dose	Horário
<u>Amoxicilina</u>	<u>25mg</u>	<u>VO</u>	<u>06</u>			
<b>ACONAR FARMACEUTICO</b>						
Resultados de exames (vindo com o paciente): ( ) Não (X) Sim Quais: <u>Rim do gâlio E + E15 + pericardio +</u>						
<b>IV - EXAME FÍSICO</b>						
<b>a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS</b>						
Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg) IMC: _____						
Dor: ( ) Não (X) Sim, Localização: <u>gâlio E</u>						
Características:						
<b>b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</b>						
(X) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Sonolento ( ) Sedado ( ) Torporoso						
<b>ESCALA DE COMA GLASGOW:</b>						
<b>c) ASPECTO EMOCIONAL:</b> (X) Calmo ( ) Tenso ( ) Agitado ( ) Apático ( ) Eufórico						
( ) Agressivo ( ) Triste ( ) Outra alteração Qual:						
<b>d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS</b>						
Perda de peso nos últimos 3 meses: ( ) Não ( ) Sim, Peso perdido: _____ (Kg)						
Histórico de: ( ) Sonda ( ) Gastrostomia ( ) Neoplasia Obesidade mórbida II (IMC > 50 Kg/m <sup>2</sup> )						
(X) Não se aplica						
<b>2 / TENE POSITIVOS ACIONAR A NUTRICIONISTA (Atenção nutricional)</b>						

**e) CABEÇA**  
**Couro cabeludo:** (X) Sem anormalidades ( ) Ferimento ( ) Hematoma Alterações: \_\_\_\_\_  
**Face:** (X) Simétrica ( ) Assimétrica ( ) Ferimento ( ) Hematomas  
**Nariz:** (X) Simétrico ( ) Assimétrico (X) Sem anormalidades ( ) Secção ( ) Lesão ( ) Epistaxe  
**Pupilas:** (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas (X) Reativas ( ) Arreativas ( ) Mióticas ( ) Midriáticas  
( ) Puntiformes ( ) Médias  
**Olhos:** (X) Normal ( ) Hemorragia ( ) Icterícia de esclerótica ( ) Baixa acuidade visual ( ) Lentes corretivas  
( ) Processo inflamatório/infeccioso  
**Ouvidos:** (X) Normal ( ) Otorragia ( ) Lesão Outros: \_\_\_\_\_  
**Boca:** ( ) Sem anormalidades ( ) Cáries ( ) Falhas dentárias (X) Prótese ( ) Lesão  
*apresenta a língua*

**f) SISTEMA RESPIRATÓRIO**  
**Padrão:** (X) Eupnéico ( ) Bradipnéico ( ) Taquipnéico ( ) Dispnéico  
( ) Tiragem intercostal ( ) Traqueostomizado ( ) TOT ( ) VM  
( ) Macronebulização ( ) O2 sob cateter nasal ( ) O2 venturi  
**Ausculta:** Murmúrio vesicular (X) Presente ( ) Diminuído ( ) Ausente  
**Ruidos adventícios:** ( ) Roncos (X) Sibilos ( ) Estertores ( ) Tosse  
**Tipo:** \_\_\_\_\_  
**Alterações:** \_\_\_\_\_

**g) SISTEMA CARDIOVASCULAR**  
**Perfusão Periférica:** (X) Normal ( ) Diminuída ( ) Cianose Outros: \_\_\_\_\_  
**Ausculat cardíaca:** (X) Normal ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia Ritmo: (X) Regular ( ) Irregular  
**Acesso Venoso:** ( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_  
**Faz uso de marcapasso:** ( ) Sim (X) Não Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

**h) SISTEMA GASTROINTESTINAL**  
**Abdomen:** ( ) Flácido ( ) Tenso (X) Plano ( ) Globoso (X) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Escavado ( ) Distendido  
( ) Timpânico ( ) Doloroso  
**Ruidos Hidroaéreos:** ( ) Ausente (X) Presente, tipo: (X) Hiperativos ( ) Hipoativos  
**Estomias:** (X) Não ( ) Sim Qual: \_\_\_\_\_  
**Tipo de Dieta:** ( ) Enteral ( ) Parenteral **Vias:** (X) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) Jejunostomia ( ) Gastrostomia  
**Aceitação da dieta:** (X) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente  
**Eliminações Intestinal:** (X) Normal ( ) Constipação ( ) Diarréia ( ) Melena ( ) Enterorragia ( ) Obstipação

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

**j) SISTEMA TEGUMENTAR**  
**Pele:** (X) Inteira ( ) Desnutrida (X) Hidratada ( ) Desidratada (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Icterícia ( ) Edema  
( ) Lesionada Local: \_\_\_\_\_ **Escala de Braden:** \_\_\_\_\_ **Risco de pele**  
**lesão por pressão:** ( ) Sim (X) Não **Classificação:** 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) Inclassificável ( )

**k) APARELHO GENITOURINÁRIO**  
**Urinar:** (X) Espontânea ( ) Incontinência ( ) Retenção Urinária ( ) Fralda  
**Dispositivo Urinário:** (X) Não ( ) Sim Tipo: ( ) Sonda de alívio ( ) Sonda de Foley ( ) Cistostomia  
**Alterações:** ( ) Ardência ( ) Leucorréia ( ) Prurido ( ) Disúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Anúria ( ) Hematúria

**l) PADRÃO DE SONO:** (X) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Insônia ( ) Uso de sedativo-calmantes: (X) Não ( ) Sim

ACIONAR O  
FISIOTERPEUTA,  
QUANDO O PACIENTE  
APRESENTAR TIRAGEM  
INTERCOSTAL

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

DR. CÉLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL

10/07/17  
Márcia da Silva

CPF: 015055-9

CPF: 75.070.303-97

UNIDADE DE PRONTUÁRIO

Amândio Machado de Oliveira  
Mat. 290119-6



HOSPITAL ESTUDO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 10 de Maio de 2017  
Edna Maria de Silva  
Matrícula: 629065-9  
CPF: 275.000.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

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

V - CIRURGIAS: Você já realizou alguma cirurgia: ( ) Não (X) Sim  
Qual(is): 2 Cesáreas + cirurgia de útero normal  
Qual o ano: 2001 2006 2011

VI - EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:  
O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional (X) Sim ( ) Não  
Em que necessidade: ( ) Cirurgia (X) Pós-alta ( ) Hábitos alimentares/Dietoterapia ( ) Autocuidado/Hábito de vida diária ( )  
Outro Especifique: \_\_\_\_\_  
Pessoa a qual deve estar envolvida no processo de Educação multiprofissional: (X) Paciente ( ) Acompanhante ( ) Familiar  
Realiza algum tratamento especializado: ( ) Sim Não (X)  
Qual: \_\_\_\_\_

VII - PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS:  
1. O paciente faz parte de populações especiais? (X) Não ( ) Sim ( ) Não se aplica  
( ) Criança ( ) Idosos debilitados  
( ) Adolescente ( ) Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos  
( ) Indígena ( ) Outro Qual: \_\_\_\_\_  
2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?  
( ) Alimentação ( ) Linguagem  
( ) Deambulação/ Mobilidade ( ) Surdo e mudo  
( ) Sono e repouso ( ) Comunicação  
( ) Acompanhante ( ) Outros Qual: \_\_\_\_\_  
3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VIII - OUTRAS INFORMAÇÕES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
O Sr. ou Sra. gostaria de fazer alguma pergunta?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA  
X Maria de Nazare Araujo Costa  
Assinatura (Paciente ou Responsável)  
Enfermeiro  
Assinatura DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO  
Mônica Oliveira Mendes  
ENFERMEIRA  
COREN-PI 00000  
CPF: 474.000.000-38

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	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	

Avaliação: 06 à 11 pontos = **Risco Alto** 12 à 17 pontos = **Risco Moderado** 18 à 20 pontos = **Risco Baixo**

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

HOSPITAL GETULIO VARGA  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 Em 10 de Maio de 2017  
 Luciana Maria de Almeida Silva  
 Matrícula: 019065-9  
 CPF: 75.080.303-97  
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Antonio Machado de Oliveira  
 290113-6





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
ANESTESIA**

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: Maria de Nazaré Araújo Costa

Prontuário: 87592

Nascimento: 15 / 10 / 84 Estado Civil: \_\_\_\_\_

Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

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

**REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL**

Nome: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

RG/CPF: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Residente em: \_\_\_\_\_

Eu, Maria de Nazaré Araújo Costa

responsável pelo paciente acima citado, que é portador da doença lesão de menisco

devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de artroscopia em joelho  
esquerdo

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

1. exatidão pós - punção de duna - mator
2. complicações pulmonares
3. anafilaxia
4. complicações neurológicas
5. óbito

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

Teresina (PI), 12 de junho de 20 14

Maria de Nazaré Araújo Costa

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. 86-3221-3040

Dr. Sidleem M. Lima  
Médico - Anestesiologista  
CRM-PI 4612



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA		
Prontuário: 87592	Nascimento: 15/10/1984	Estador Civil: Casado
Cartão SUS: 203832249390002		

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

Representante / Responsável Legal	
Nome: RAIMUNDA CARDOSO DE ARAUJO COSTA	
Estado Civil: Casado	CPF:
Parentesco: MAE	

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. Doença aguda
2. Necess
3. urgência
4. alco
5. fever

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), 11/06/2017

Maria de Nazare Araujo Costa  
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Dr. Themistocles Ramos  
Assinatura do Médico Responsável - CRM

Antônio  
Assinatura de Oficial

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 10 de Maio de 2017  
Edna Maria de Almeida Silva  
Matrícula: 6.0065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
Em, 10 de Maio de 2017  
Edna Maria Miranda de Silva  
Matrícula: 610365-9  
CPF: 275.030.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

REQUISIÇÃO DE PARECER

ORTOPEDIA

10911

Exame 670 pto

NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
M <sup>te</sup> de Nazari Araújo Costa	
DA CLÍNICA:	ORTOPEDIA 101-01
À CLÍNICA:	Condicionador
MOTIVO DA CONSULTA	
AVALIAÇÃO RISCO CIRÚRGICO	
DATA: 11, 06, 17	Dr. Themistocles Gomes CRM-PA 44.123 ASS. MÉDICO CONSULTANTE
PARECER:	
16:00h	
A paciente encontra-se no centro cirúrgico	
DATA: 12, 06, 17	Dr. Marcos Vinícius O. Faria CRM-PA 44.123 ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

POSTO DE SAÚDE  
"Fundação Valter Alencar"  
Rua Coelho Rodrigues, 1564 • Centro • Fone: (86) 3221-9012  
CNPJ: (MF) 41.522.566/0001-60

**RECEITUÁRIO**

Paciente: Maria de Nazari Araújo Costa

Risco cirúrgico

Paciente de 31 anos em programação de cirurgia  
de joelho esquerdo.

Nega patologia

Nega uso de medicação

Assintomática

Exame físico normal. PA: 120x70

ECG: normal

Paciente de baixo risco de complicações cardiovasculares  
Goldman classe I.

Em 25.04.16

Dr. Victor Lira R. G. de Carvalho  
CRM-PR 4447

Médico

Antônio Machado de Oliveira  
Mat. 25017

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL  
Em 25/04/16  
Edna Maria de Almeida Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



Amanda Machado de Oliveira  
Matr. 290119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 10 de Maio de 2017  
Edna Maria de Almeida Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.393-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO (MEDIATO)  
(Realizar antes de encaminhar o paciente para a enfermagem)

NOME: Maria de Souza Lima DN: 12/06/1960  
CLÍNICA: Obstetria DATA: 06/05/17 HORÁRIO: 13:00

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECK
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira - nome completo e data de nascimento)	
2	Confirmar com a(o) enfermeira(o) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo	✓
3	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário	✓
4	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso)	✓
5	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário	✓
6	Verificar se há solicitação de Raio X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de Radiologia	✓
7	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (Incluir a dor)	✓
8	Fazer o registro de enfermagem no prontuário	✓
9	Solicitar o maqueiro para o transporte e encaminhar o paciente a clínica ou setor de radiologia (se necessário)	✓

OBS: DEVERÁ SER VERIFICADO E CHECKADO (✓) CADA ITEM

\*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DA(O) ENFERMEIRA(O) E  
CARIMBO

ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILIAR DE  
ENFERMAGEM E CARIMBO

[Assinatura]

## SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE



**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**

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

Atendimento:

**372902**

Prontuário: 87592 Nome: MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA  
Endereço: LOC MOCANBINHO POV SAO JOAQUIM 0 SAO JOAQUIM  
Cidade: NOSSA SENHORA DE NAZARE UF: PI CEP: 64288-000

Sexo: F DT. Nasc: 15/10/1984 Idade: 32 Anos Estado Civil: C Profissão: DO LAR  
Cadastro: 11/06/2017 Telefone: 86 -9812.97613 Cartão SUS: 203832249390002 CPF: 00876243383

Justificativa:

Paciente necessita  
de acompanhante.

Data	Assinatura
11/06/17	Edna Maria de Souza Costa
12/06/17	Edna Maria de Souza Costa
13/06/17	Edna Maria de Souza Costa
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em 10/06/17

Edna Maria de Souza Costa

Matrícula: 05065-9

CPF: 275.080.303-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Data: / /

Ass. Médico Solicitante

Auditor

Data: / /

Assinatura - CPF





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

Paciente: Maria da Nazareth Araújo Data de Nascimento: 15/10/84 Prontuário: 84592 Data: 12/06/17

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

MOD. 135-HGV

**Cirurgião** Maura  
**Anestesiologista** Espenilda (O)  
**Enfermeira** Enfermeira  
**Instrumentadora (a)** Enfermeira  
**Circulante** Enfermeira  
COREN: 23302

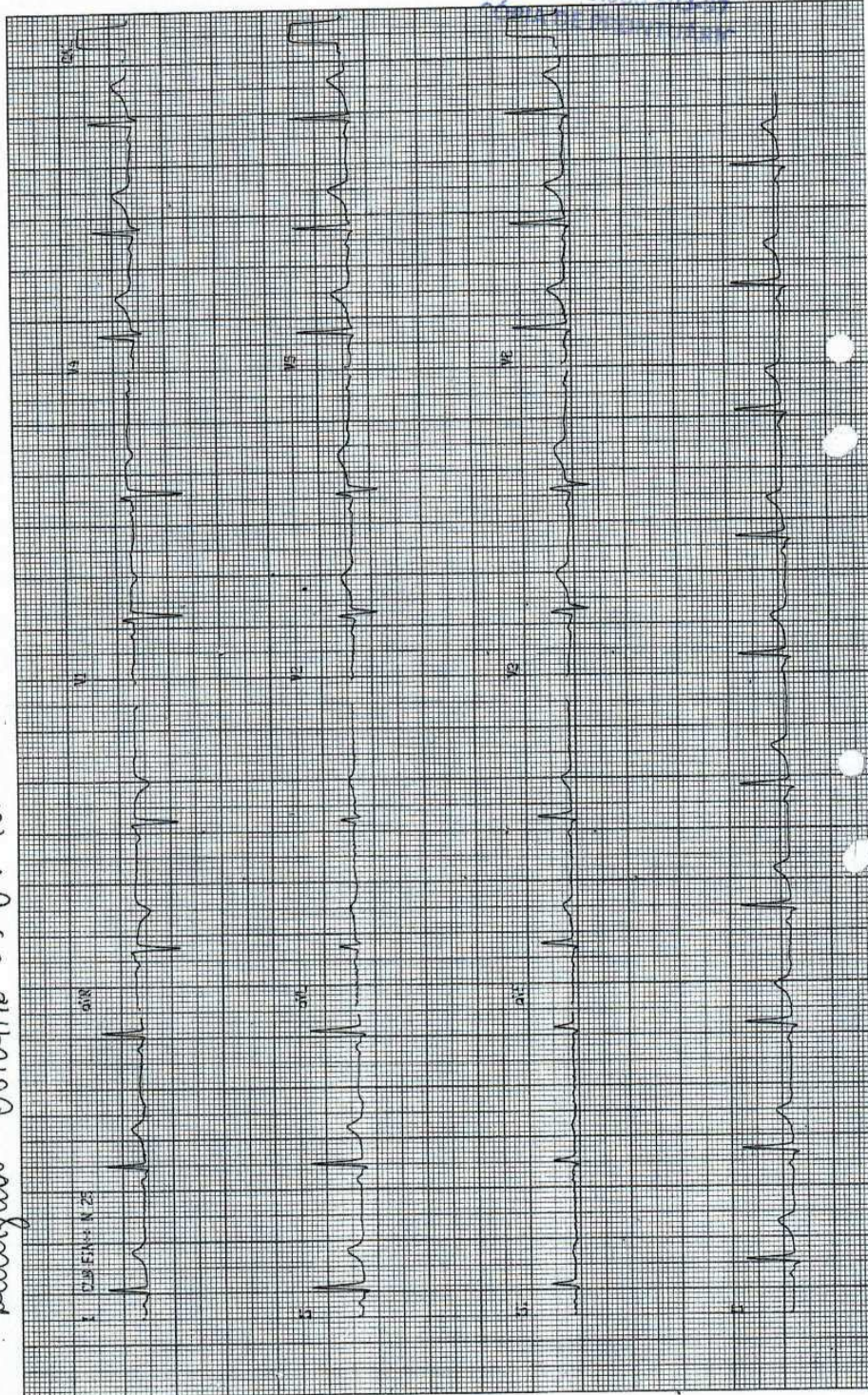
Antônio Ribeiro de Oliveira  
Mat. 20119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 10 de 17  
Edna Maria de Silva  
Matrícula: 010955-9

CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



Maria de Nazaré Araújo Costa  
Ow 15/10/84 33 anos  
Realizado: 05/04/16 às 07:40h



Amanda Macêdo de Oliveira  
Mat. 290219-6

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 30 de Maio de 2017  
Edna Maria Andrade Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.203-02





**N.°**

906

How can I make things easier

Sexo 10

QW: 15/10/84

**Médico Solicitante** \_\_\_\_\_

Monica

### Data

05, 04, 06

**Dr. Waldomir de Castro Gonçalves Filho**  
" CARDIOLOGISTA  
CRM 734 CP 102.788,75-1-77

405-1141 JETULIO VARGA.  
CONFEE COMA-

Em, 100%

Edna M. ... 17

Andrade Silva

6-5506 TO : JDD  
CPE: 75 080

12.020.303-97

MONITUÁRIO

**Assinatura e Carimbo - Médico**



PRONTO BABY DIAGNÓSTICO / LABORATÓRIO

Cidade..... Campo Maior  
Bairro..... Centro  
Endereço: Av José Paulino 868 Centro  
Telefone...: (86)3252-2267  
Site.....:

Paciente..... MARIA DE NAZARÉ ARAÚJO COSTA  
Convênio..... SUS  
Médico.....:

Nº Protocolo: 2769  
Data Atend...: 29/03/2016

GLICEMIA DE JEJUM

Glicemia de Jejum:  
Método: Enzimático  
Amostra: Soro

50 mg/dl

VALORES DE REFERÊNCIA  
70 à 99 mg/dl

COAGULOGRAMA I

Tempo de Sangria:  
Tempo de Coagulação:  
Retração do Coágulo:  
Prova do laço:  
Número de Plaquetas:

2' e 30"

5'

Normal

Negativa

/mm<sup>3</sup>

VALORES DE REFERÊNCIA

1 a 4 minutos  
5 a 10 minutos  
Normal  
Negativa  
150.000 a 400.000 /mm<sup>3</sup>

Amanda Medeiros de Oliveira  
Mat. 280119-6

CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 10/04/17  
Edna Maria de Jesus Silva  
Matrícula: 080665-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605





# PRONTO BABY DIAGNÓSTICO / LABORATÓRIO

Cidade.....: Campo Maior  
Bairro.....: Centro  
Endereço: Av José Paulino 868 Centro  
Telefone...: (86)3252-2267  
Site.....:

Paciente.....: MARIA DE NAZARÉ ARAÚJO COSTA  
Convênio.....: SUS  
Médico.....:

Nº Protocolo: 2769  
Data Atend...: 29/03/2016

## HEMOGRAMA

### SÉRIE VERMELHA

Hemácias 4,4 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina 13,5 g/dl  
Hematócrito 40 %  
VCM 90,91 µ<sup>3</sup>  
CM 30,68 µµg  
CHCM 33,75 %

### VALORES DE REFERÊNCIA

Homens	Mulheres
4,5 a 5,5	4,0 a 5,0 milhões/mm <sup>3</sup>
12,5 a 15,5	11,5 a 15,5 g/dl
40 a 50	37 a 47 %
83 a 99	83 a 99 µ <sup>3</sup>
23 a 33	23 a 33 µµg
32 a 35	32 a 35 %

### SÉRIE BRANCA

		&	mm <sup>3</sup>
Leucocitos:	8300 mm <sup>3</sup>		5.000 a 10.000
Mielocito:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 1
Metamielocito:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 1
Bastonetes	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	2 a 4
Segmentados:	58 %	4814 /mm <sup>3</sup>	58 a 66
Eosinófilos:	01 %	83 /mm <sup>3</sup>	2 a 4
Basófilos:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 1
Linfócitos Típicos:	39 %	3237 /mm <sup>3</sup>	20 a 30
Linfócitos Atípicos:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 1
Monócitos:	02 %	166 /mm <sup>3</sup>	4 a 8
Plaquetas:	/mm <sup>3</sup>		200 a 800
OBS:			150.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>
OBS:			

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605

CONFERE COM ORIGINAL  
Em 10/04/17  
Edna Maria Silva  
Matrícula: 029065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

Emissão: 07/07/2015 19:53:18  
Página...: 2/2

Nome: MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA  
Convênio: PARTICULAR  
Solicitante: Dr. MARCOS ANTONIO MIRANDA PEREIRA  
Código: 969666.01

Idade: 30 anos  
Sexo: FEM  
Data: 07/07/2015 19:52:48

### CONCLUSÃO:

1. DERRAME ARTICULAR;
2. EVIDENTE AFILAMENTO COM MÁ DEFINIÇÃO DAS FIBRAS PROXIMAIS DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, que pode representar LESÃO PARCIAL IMPORTANTE/TOTAL DO MESMO;
3. SALIENTA-SE PARA MAIOR RELEVÂNCIA VISTA ATRAVÉS DE DADOS CLÍNICOS DE EXAME FÍSICO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, DO QUE DO ASPECTO A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, PARA CONDUTA TERAPÊUTICA ADEQUADA DO CASO;
4. PEQUENO INFILTRADO LÍQUIDO DE PARTES MOLES EM REGIÃO ANTERIOR DESTE JOELHO;
5. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

Amanda Machado de Oliveira  
Mat. 290.119-6

CONFERE COM ORIGINAL  
Em 10/07/2015  
Edna Maria Araújo Silva  
Matrícula: 019085-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Dra. Joss Vaz  
CRM 3406

Dr. Leonardo Veloso  
CRM 3013

Dr. Wilsonney Leal  
CRM 2062

Dr. Leonardo Matos  
CRM 3508

Dr. Bruno Cabral  
CRM 5491

Dr. Francisco Cardoso  
CRM 5062

Dr. Lucas Maia  
CRM 3546

Dr. Alan Mychel Lima  
CRM 3489

Dr. Edward Mont'Alverno  
CRM 2738

Rua Álvaro Mendes, 2256 • Fone/Fax: (86)3221.0099 • Teresina - Piauí





por Imagem Ltda

Emissão: 07/07/2015 19:53:18  
Página...: 1/2

Dr. Raul Ruben de M.  
ORTOPEDIA  
ASSINATURA DE NAZARE ARAUJO COSTA

Idade: 30 anos  
Sexo: FEM  
Data: 07/07/2015 19:52:48

Solicitante: Dr. MARCOS ANTONIO MIRANDA PEREIRA  
Código: 969666.01

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO ESQUERDO (5 filmes) (G) (LA)

#### TÉCNICA:

Realizadas aquisições multiplanares em campo de 1,5 Tesla (alto campo) com as seguintes ponderações:

Coronal: T1 e T2;  
Sagital: T1 e T2;  
Axial: T2.

#### ACHADOS:

Derrame articular.

Evidente afilamento com má definição das fibras proximais do ligamento cruzado anterior, que pode representar lesão parcial importante/total do mesmo.

Saltienta-se para maior relevância vista através de dados clínicos de exame físico do ligamento cruzado anterior, do que do aspecto a ressonância magnética, para conduta terapêutica adequada do caso.

Pequeno infiltrado líquido de partes moles em região anterior deste joelho.

Os tendões quadricipital e patelar, retináculos da patela, ligamentos colaterais lateral e medial, bem como o cruzado posterior, apresentam intensidade de sinal normal e anatomias preservadas.

Os meniscos medial e lateral estão bem visualizados, com forma e intensidade de sinal íntegros.

As relações entre a patela e a troclea com formas e relações habituais e cartilagens de revestimento preservadas. Retináculos da patela sem anormalidade.

Estrutura óssea e cobertura cartilaginosa dos comportamentos tíbio-femorais apresentam morfologia e sinal de R.M. inalterados.

Diversos músculos, estruturas tendíneas e demais partes moles visualizadas não demonstram anormalidades.

LCA

→

→

Amândia  
Méd. 20119-6

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 10 de Julho de 2015  
Edna Ivana Andrade Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
DE PRONTUÁRIO

Dr. Jôse Vaz  
CRM 3406

Dr. Leonardo Veloso  
CRM 3013

Dr. Wilsonny Leal  
CRM 2062

Dr. Leonardo Matos  
CRM 3508

Dr. Bruno Cabral  
CRM 5491

Dr. Francisco Cardoso  
CRM 5062

Dr. Lucas Maia  
CRM 3646

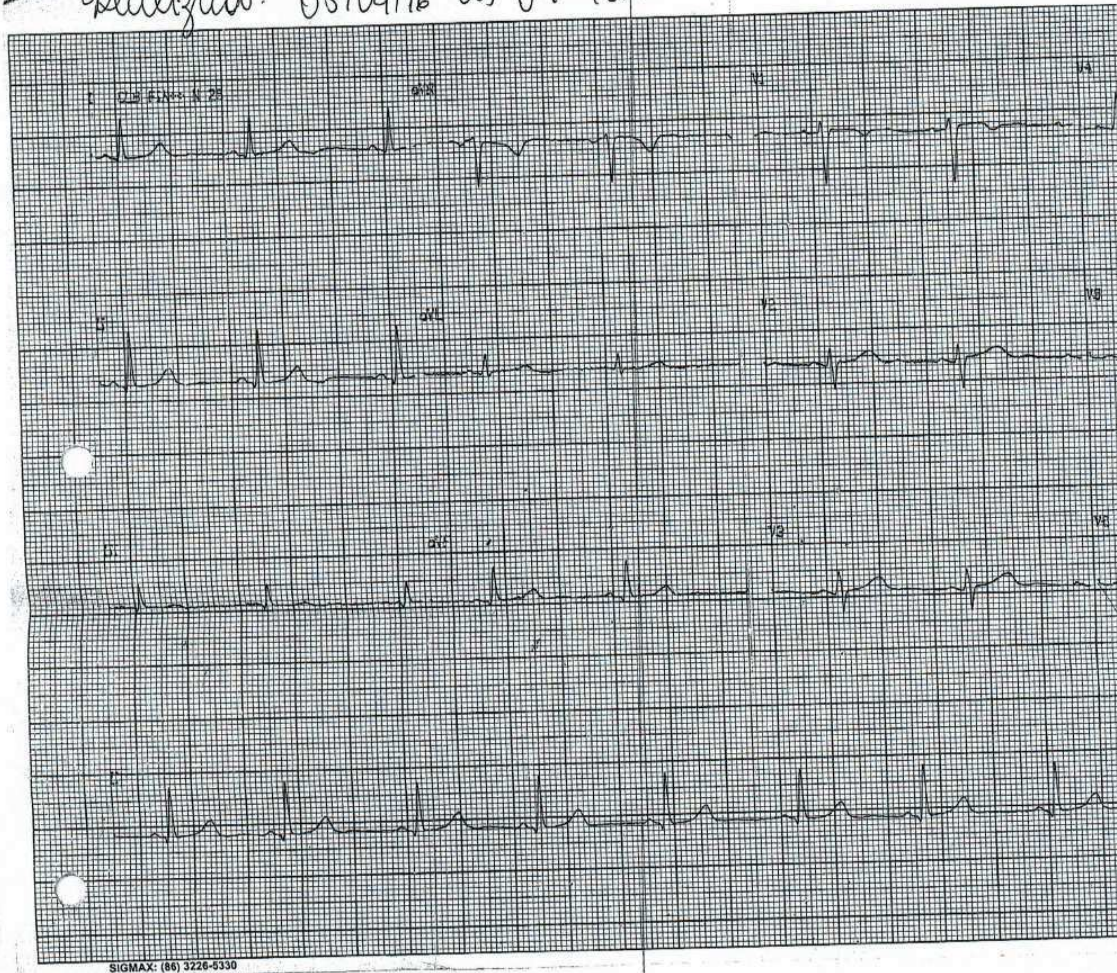
Dr. Alan Mychel Lima  
CRM 3489

Dr. Edward Mont'Alborno  
CRM 2738

Rua Álvaro Mendes, 2256 • Fone/Fax: (86)3221.0099 • Teresina - Piauí



gore X Mayo 2016  
nº 50184 32 anos  
Realizado: 05/04/16 às 07:40h



SIGMAX (86) 3226-9330

Amândio de Oliveira  
Médico - CRM 23519-6

YOSUKE DETULIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em 30 de Maio de 2017  
Edna Maria Andrade Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



LAUDO DE ECG N.º \_\_\_\_\_  
Nome Maria de Nazare Azeite Costa Idade 32  
Exame \_\_\_\_\_ Sexo F  
Médico Solicitante \_\_\_\_\_ RW-15/10/84

*Normal*

Data 05, 04, 16

Dr. Wilson de Castro Gonçalves Filho  
CARDIOLOGISTA  
CRM 734 CPF 102.706.764-72

Assinatura e Carimbo - Médico

*Amanda Maria de Oliveira*  
11/04/16  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em 30/04/17  
Edna Maria de Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
ÁREA DE PRONTUÁRIO



Amanda Magalhães de Oliveira  
Mat. 20019-6

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERIR COM ORIGINAL  
Em 10/06/17  
Edna Lúcia de Macedo Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

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

Ortop

Paciente: **MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA**  
Prontuário: **87592** Atendimento: **372902**  
Dt. Nasc.: **15/10/1984** Idade: **32a 7m 27d** Sexo: **F**  
Pedido: **53758** Data Pedido: **11 de Junho de 2017**  
Médico Solicitante: **RAUL RUBEN DE MACEDO NETO**  
Setor Solicitante: **CL. ORTOPEDICA**  
Unid. Internação / Leito: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT105**  
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 11 de Junho de 2017

## HEMOGRAMA COMPLETO

### ERITROGRAMA

Referências	Valores de
	Homem
Mulher	4,5 - 6,5 3,9 -
Hemácias em milhões/ml.....: 4,24	5,8 13,5 - 18,0 11,5 -
Hemoglobina em g/dl.....: 12,50	16,4 40,0 - 54,0 36,0 -
Hematócrito em %.....: 35,90	47,0 76,0 - 96,0
Vol. Glob. Média em u3.....: 84,67	27,0 - 32,0
Hem. Glob. Média em ug.....: 29,48	32,0 - 36,0
C.H. Glob. Média em %.....: 34,82	
OBS:	

### LEUCOGRAMA

#### Valores Encontrados

Leucócitos por ml.....: 9.030	4.000 - 10.000
Promielocitos.....: 0,00	0
Mielocitos.....: 0,00	0 - 1
Metamielocitos.....: 0,00	1 - 3
Bastões.....: 0,00	40 - 75
Segmentados.....: 65,00	1 - 6
Eosinófilos.....: 2,00	0 - 1
Basófilos.....: 0,00	20 - 45
Linfócitos.....: 29,00	2 - 10
Monócitos.....: 4,00	
OBS:	

Plaquetas.....: 285.000 mm/3 142.000 mm/3 a 450.000 mm/3

OBS:

Alexandrino

FRANCISCA ELOIZA CANUTO ALEXANDRINO  
3849





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

Paciente: **MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA**  
Prontuário: **87592** Atendimento: **372902**  
Dt. Nasc.: **15/10/1984** Idade: **32a 7m 27d** Sexo: **F**  
Pedido: **53758** Data Pedido: **11 de Junho de 2017**  
Médico Solicitante: **RAUL RUBEN DE MACEDO NETO**  
Setor Solicitante: **CL. ORTOPEDICA**  
Unid. Internação / Leito: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT105**  
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **11 de Junho de 2017**

**CREATININA** .....: **0,60 mg/dl**  
Material: Soro Método: Enzimático  
Valores de Referência:  
De 0,4 a 1,3 mg/dl

**UREIA** .....: **21,00 mg/dl**  
Material: Soro Método: Enzimático  
Valor de Referência:  
10 a 50 mg/dl

#### GLICEMIA

**RESULTADO** .....: **103,00 MG/DL**

VALOR DE REFERÊNCIA: NEGATIVO  
MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO  
MATERIAL: SORO/PLASMA

*Amanda Machado de Oliveira*  
Mat. 278819-6

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em, *10/06/17*  
Edna Maria de Araújo Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

*Francisca Eloi*  
FRANCISCA ELOIZA CANUTO ALEXANDRINO  
3849



PRONTO BABY DIAGNÓSTICO / LABORATÓRIO

Cidade.....: Campo Maior  
Bairro.....: Centro  
Endereço: Av. José Paulino, 868  
Telefone...: (86)32522267  
Site.....:

Paciente.....: MARIA DE NAZARÉ ARAÚJO COSTA  
Convênio.....: SUS  
Médico.....:

Nº Protocolo: 1585  
Data Atend...: 11/01/2017

HEMOGRAMA

SÉRIE VERMELHA

Hemácias 4,51 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina 13,6 g/dl  
Hematócrito 41 %  
VCM 90,91 μ<sup>3</sup>  
HCM 30,15 μg  
CHCM 33,17 %

VALORES DE REFERÊNCIA

Homens	Mulheres
4,5 a 5,5	4,0 a 5,0 milhões/mm <sup>3</sup>
12,5 a 15,5	11,5 a 15,5 g/dl
40 a 50	37 a 47 %
83 a 99	83 a 99 μ <sup>3</sup>
23 a 33	23 a 33 μg
32 a 35	32 a 35 %

SÉRIE BRANCA

Leucócitos: 11900 mm<sup>3</sup>  
Mielócito: 0 %  
Metamielócito: 0 %  
Bastonetes 02 %  
Segmentados: 80 %  
Eosinófilos: 02 %  
Basófilos: 0 %  
Linfócitos Típicos: 13 %  
Linfócitos Atípicos: 0 %  
Monócitos: 03 %  
Plaquetas 312000 mm<sup>3</sup>

&	mm <sup>3</sup>
0 a 1	5000 a 10000
0 a 1	0 a 100
2 a 4	0 a 100
58 a 66	100 a 400
2 a 4	2900 a 6600
0 a 1	100 a 400
0 a 1	0 a 100
20 a 30	0 a 100
0 a 1	0 a 100
4 a 8	200 a 800
	150000 a 400000

Amanda Machado de Oliveira  
Mat. 290123-6

Dr. Francisco Gomes Barbosa

CRF/PI 0605

CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 10 de Janeiro de 2017  
Edna Maria Almeida Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 075.080.303-97  
SUA DE PRONTUÁRIO





PRONTO BABY DIAGNÓSTICO / LABORATÓRIO

Cidade.....: Campo Maior  
Bairro.....: Centro  
Endereço: Av. José Paulino, 868  
Telefone...: (86)32522267  
Site.....:

Paciente.....: MARIA DE NAZARÉ ARAÚJO COSTA  
Convênio.....: SUS  
Médico.....:

Nº Protocolo: 1585

Data Atend...: 11/01/2017

GLICEMIA DE JEJUM

Glicemia de Jejum:  
Método: Enzimático  
Amostra: Soro

69 mg/dl

VALORES DE REFERÊNCIA  
70 à 99 mg/dl

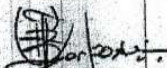
COLESTEROL TOTAL

Cholesterol Total:  
Método: Enzimático  
Amostra: Soro

279 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA  
até 200 mg/dl

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em 30 de Jan 17  
Edna Maria de Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

  
Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605



PRONTO BABY DIAGNÓSTICO / LABORATÓRIO

Cidade..... Campo Maior

Bairro..... Centro

Endereço: Av José Paulino 868 Centro

Telefone...: (86)3252-2267

Site.....

Paciente..... MARIA DE NAZARÉ ARAÚJO COSTA

Convênio..... SUS

Médico.....

Nº Protocolo: 2769

Data Atend...: 29/03/2016

HEMOGRAMA

SÉRIE VERMELHA

Hemácias	4,4 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	13,5 g/dl
Hematócrito	40 %
VCM	90,91 µ <sup>3</sup>
H <sup>1</sup>	30,68 µg
CHCM	33,75 %

VALORES DE REFERÊNCIA

Homens	Mulheres
4,5 a 5,5	4,0 a 5,0 milhões/mm <sup>3</sup>
12,5 a 15,5	11,5 a 15,5 g/dl
40 a 50	37 a 47 %
83 a 99	83 a 99 µ <sup>3</sup>
23 a 33	23 a 33 µg
32 a 35	32 a 35 %

SÉRIE BRANCA

Leucócitos:	8300 mm <sup>3</sup>			5.000 a 10.000
Mielocito:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 1	0 a 100
Metamielocito:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 1	0 a 100
Bastonetes	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	2 a 4	100 a 400
Segmentados:	58 %	4814 /mm <sup>3</sup>	58 a 66	2900 a 6600
Eosinófilos:	01 %	83 /mm <sup>3</sup>	2 a 4	100 a 400
Basófilos:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 1	0 a 100
Linfócitos Típicos:	39 %	3237 /mm <sup>3</sup>	20 a 30	1000 a 3000
Linfócitos Atípicos:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 1	0 a 100
Monócitos:	02 %	166 /mm <sup>3</sup>	4 a 8	200 a 800
Plaquetas:	/mm <sup>3</sup>			150.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>

3:

OBS:

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
Fisioterapeuta / Bioquímico  
CRF/PI 0605

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605

ORIGINAL  
Em, 30/03/17  
Edna Maria de Souza Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO





PRONTO BABY DIAGNÓSTICO / LABORATÓRIO

Cidade.....: Campo Maior  
Bairro.....: Centro  
Endereço: Av José Paulino 868 Centro  
Telefone...: (86)3252-2267  
Site.....:

Paciente.....: MARIA DE NAZARÉ ARAÚJO COSTA  
Convênio.....: SUS  
Médico.....:

Nº Protocolo: 2769

Data Atend...: 29/03/2016

GLICEMIA DE JEJUM

Glicemia de Jejum: 50 mg/dl  
Método: Enzimático  
Amostra: Soro

VALORES DE REFERÊNCIA  
70 à 99 mg/dl

COAGULOGRAMA I

Tempo de Sangria: 2' e 30"  
Tempo de Coagulação: 5'  
Retração do Coágulo: Normal  
Prova do laço: Negativa  
Número de Plaquetas: /mm<sup>3</sup>

VALORES DE REFERÊNCIA  
1 a 4 minutos  
5 a 10 minutos  
Normal  
Negativa  
150.000 a 400.000 /mm<sup>3</sup>

9-611-1139-6  
Amanda Maria de Oliveira

CONFERE COM ORIGINAL  
Em, 10/04/17  
Edna Maria de Silva  
Matrícula: 015065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Dr. Francisco Gomes Bar  
Frac. Químico / Bioquímico  
CRF/PI 0605

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605

**MARIA DE NAZARE ARAUJO**

Dr. Nairmar Soares da Silva  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 12.237 / CRM-MG 15.533

Amanda M. Pinto de Oliveira  
mat. 201119-5

CONFERE COM ORIGINAL  
Em: 10/08/2012  
Edna Maria de Sílvia  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-9  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



Alimento:  
2902

Contuário:  
87592

SENHORA DE NAZ  
390002

us

to €

ARC

SINAL

17

de Silva

5-9

3-97

14/07

Caro

☐ 1.6. Evasão

trativo

ar/Residente