

## 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 judicia 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.

Compro Maria - PI, 08 de Setembro de 2018

Maria de Nazaré Araujo 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 Nazaré Araújo Costa

**DECLARANTE**



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO **1059880-4**

**SEU CÓDIGO** **1059880-4**

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ**  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/06/98

**CONTABILIZAÇÃO**

**DATA DE FATURAÇÃO** 06/2018 **DATA DE LEITURA** 29/06/2018

**CONTA MÊS** **VENCIMENTO** **CONSUMO (kWh)** **TOTAL A PAGAR (R\$)**

JUNHO/2018	04/07/2018	129	74,48
------------	------------	-----	-------

**MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA**  
LC MOCAMBIÑHO 54 N. SRA DE NAZARE B-RURAL  
CPF: 00000876243383

**DATA DE LEITURA**

Atual:	Anterior: 3107	Atual: 29/06/2018
Constante de Multiplicação: 2978	Próxima Leitura: 29/05/2018	
Consumo Medido: 1,000	Emissão: 25/07/2018	
Consumo Faturado: 129	Apresentação: 26/06/2018	

**Forma de Faturamento:** C129 de irregular. FCAM **Dias de Consumo:** 29/06/2018

**DADOS DA UNIDADE DE CONSUMO**

Classe/Classificase	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	31
<b>REGISTRO DE RENDA</b>	<b>MÓDULO</b>	<b>A 164.724</b>	<b>ESCRITÓRIO DA CONTA 1.4.1.1</b>	<b>99</b>	
Mês/ano consumo					
MAI/18 99	CONSUMO	30 A R\$ 0,281596 =	8,44		
ABR/18 115		70 A R\$ 0,482596 =	33,78		
MAR/18 82		29 A R\$ 0,723888 =	20,99		
FEV/18 97	DIFERENÇA DE TARIFA		42,45		
JAN/18 100	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		31,18-		
DEZ/17 115	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,05			
NOV/17 110	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,59			
OUT/17 109					
SET/17 104					
AGO/17 99					

**TARIFA SEM TRIBUTOS:**

0 A 39 - 0,28655
39 A 100 - 0,48427
100 A 129 - 0,723888

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

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

05/2018 49,30



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
POLICIA CIVIL JUDICIARIA  
DELEGACIA DE POLICIA 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...**

**R E S O L V E:**

**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.**

*[Assinatura]*  
Agostinho Florindo de O. Filho  
Chefe do Cartório  
Mat. 039721-0

**NOTICIANTE maria de nazare Araujo costa**

*Eletivo*

~~101~~ 1

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

*Maria de Nazaré Araújo Costa  
Dr Raul  
Ortopedia*

**PRONTUÁRIO MÉDICO**

*372902*

*14-06-17*

*Atend. M. 2017-06-14-06-17*

*CONTEÚDO ORIGINAL  
10 p/fta 17  
14-06-17  
CP 003-97  
COPIA DE PRONTUÁRIO*

## 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:  
**372902**

Pronvário: 87592 MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA

Endereço: LOC MOCANBINO 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: 86 9812.97613 Cartão SUS: 203632249390002 CPF: 00876243383

Pai: ESPEDITO ERNESTO DA COSTA

Mãe: RAIMUNDA CARDOSO DE ARAUJO COSTA

Cônjugue:

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 Pescoco:

Tórax:

Abdome:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Promoção Terapêutico:

Data / Hora: 1 / 1 : 1

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFESSO COPIA ORIGINAL  
Em: 30/08/2017  
Edna M. Gomes  
Ass. Médico  
CPF: 00876243383  
Data: 11/06/2017  
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Ortopedia LEITO: 301-01 PRONTUÁRIO: 87592  
NOME: Paulo Nazaré Júnior DATA DE NASC.: 15/10/84  
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: lombocirose / Anomalia

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

Obesidade abdominal

CIRURGIA: lmb. lumbosacral + Sinovectomia N° SALA: 12  
CIRURGIAO: CRM-PI

AUXILIARES: 1º

INSTRUMENTADORA: Maura Lúcia

CIRCULANTE: Edicleides

TÉCNICA E TÉCNICA CIRÚRGICA:

03 abd. 02 fios de fibrônico (7)  
lumbosacral (9) Sinovectomia (5)  
fixo

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

10/10/84  
17

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: ISIM NÃO ESTIMADA

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: ISIM X NÃO DUAL

DATA: 12.10.84 HORA:

Dr. Rui Sales de Oliveira  
Assinatura  
CIRURGIAO Assinatura + Car

112

**MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO**

#### ANEXO 5: OCORRÊNCIAS

More: [View](#)

Malva J. Barreto  
Instrumentadora - COREN



MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANT.
LIQUIDOS E SOLUÇÕES					
100 FLS 2000 ml	frasco	06	AGULHA DE RAGUE N° 22	und	01
100 FLS 500 ml	frasco		AGULHA PERIODURAL N°	und	
100 GELO SABO 5g N	ml		AGULHA 25KT	und	01
1L LACTATO	ml		AGULHA 30X7	und	01
1L DESTILADA	ml		AGULHA 40X12	und	01
1L PARALÉGICO 1:200	ml		AGULHA DE INSULINA	und	
1000 ml	ml		SCALP N°	und	
1000 ml	ml		SELLO N°	und	
1000 OXIGENIO	ml		SERINGA DE 60 ml	und	
COOL 70%	ml		SERINGA DE 20 ml	und	
DEGERMANTES	ml		SERINGA DE 10 ml	und	
DISINF	ml		SERINGA DE 3 ml	und	
TOPO	ml		SERINGA DE 1 ml	und	
TOXINA degenerante	ml				
100 ml	ml				
clorhexidina alcoólica	ml	150			
DISCRIMINAÇÃO			BRINCO		
100 ml	ml	03	DREN DE FENROSE N°	und	
100 ml	ml		DREN DE SUCÇÃO N°	und	
100 ml	ml		DREN DE TORAX N°	und	
100 ml	ml		DREN DE KHER	und	
DISCRIMINAÇÃO			OUTROS MATERIAIS		
100 ml	ml	03	LAMINA DE BISTURI N° 26	und	
100 ml	ml		LAMINA DE BISTURI N° 32	und	
100 ml	ml		IGATES	pacote	03
100 ml	ml		ESPARADRAPO	cm	50
100 ml	ml		MICROPORE	cm	
100 ml	ml		COMPRESSAS	und	08
100 ml	ml		ALGODÃO	bolha	
100 ml	ml		EQUIPO MACROGOTAS	und	01
100 ml	ml		EQUIPO	und	
100 ml	ml		EQUIPO PARA SANGUE	und	
100 ml	ml		TONCEIRINHA	und	01
100 ml	ml		POLIFIX	und	
100 ml	ml		TRANSOFIX	und	
100 ml	ml		TRICOPLAS 2 - Vias	und	02
100 ml	ml		ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	und	0
100 ml	ml		CATETER DUPLO JOTA	und	
100 ml	ml		CATETER VERINOSO DUPLO LUMEN	und	
100 ml	ml		TUBO DROTRÁQUEAL N°	und	
100 ml	ml		FILTRO BACTERIOLÓGICO N° TOT	und	
100 ml	ml		CAPA PARA VIDRO	und	02
100 ml	ml		CAPA PARA MICROSCOPIO	und	
100 ml	ml		LENTE INTRACULAR N°	und	
100 ml	ml		Campo Insensível	und	04
			eletrônico	und	05
DISCRIMINAÇÃO			Braco		
100 ml	ml	02	Braco plástico	und	03
100 ml	ml		Braco n	und	06
100 ml	ml				
SENDAJEM					
100 ml	ml	02			
100 ml	ml				
DET CLEY 2 Vias N°	und				
DET CLEY 3 Vias N°	und				
DET NASOGASTRICA N°	und				
DET HODENTERAL N°	und				
DET DE URINA FECHADO	und				
DET DE URINA ABERTO	und				
CAIXA GELERA 25	tubo				
DIS FRAL N°	und				
DIS FRAL	tubo				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Edson Góes  
COREN 21202  
Circular - COREN

Hora: 16:00

Maura Japanne  
Instrumentadora - COREN

Capital Getúlio Vargas  
CONFECOM ORIGINAL  
JO GOMES  
Luis Henrique da Silva  
LICENCIADO  
CPF: 15.000.000-02  
CÓPIA DE

Amanda Marques de Oliveira  
Mat. 290119-9

DUO VARGAS  
ORIGINAL  
10/09/17  
Silva  
- MATERIAIS: 10-9  
CPF: 275.020.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

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

ROQUEDOSAS + redorço  
Rica em ferro, ouro, cobre, chumbo, zinco, etc.  
Além de minérios Histórica de char  
dade  
Tempo de germinação: 35 minutos

## 11. DOCUMENTOS UTILIZADOS

ARTICULACIONES UTILIZADAS		DOPAMINA	
Artro	Artro	Dopamina	Ampl
Artroalvina	Artro	Dormider	Ampl
Artro. desf. 10mg	03	Slept	Ampl
Vaso 500mg	Ampl	Electro	Ampl
Artroalvina 1g	02	Pantene	Ampl
Artroalvina	01	Fentanil	Ampl
Artroalvina	01	Sorvaltene	Ampl
Artroalvina	01	Hidrocortisone	Ampl
Artroalvina	01	Isolufenano	Ampl
Artroalvina	01	Manol	Ampl
Artroalvina	02	Matronedol	Ampl
Artroalvina	Ampl	Nancan	Ampl

DOPAQUÍDOS		Ar Medicinal
Dominid	Amg	
Skord	Amg	
Electrus	Amg	
Pentamidina	Amg	
Fentanil puro	Pras	
Sorvalfano	Am	
Hidrocodone	Pras	
Inofluranio	Am	
Mantol	Pras	
Metocarbamol	Pras	
Narcian	Amg	
Nostigmine		
Nipride		
Neorexina		
Neosin	Amg	
Nosocine 2,5%	Amg	
Ornapeptid		
Paracetamol 3D	Amg	
Profamed		
Propofol		
Proteracol		
Quetazol		
Quetamina		

Nature  
Anesthetics

IC	<input checked="" type="checkbox"/> Ondolginic	<input type="checkbox"/>
NI	<input type="checkbox"/> Capnografo	<input type="checkbox"/>
2 min	Info	Fin
2L	14:45	16:00
1L	14:45	16:00



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ **CPF:**  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

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

I - IDENTIFICAÇÃO		DATA: 07/01/2013		HORA: 10:00																																					
Nome: <u>Wagner Araujo Costa</u> Cidade de origem: <u>Recife, Pernambuco</u>		Data de Nascimento: <u>15/10/84</u>																																							
II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL																																									
Religião/Crença: <u>Católico</u>		Profissão: <u>Empresário</u>		<div style="background-color: #ccc; padding: 5px;"> <b>2 ITENS POSITIVOS:</b>  <b>ACIONAR A SERVIÇO</b>  <b>SOCIAL</b> </div>																																					
<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> Ensino médio <input checked="" type="checkbox"/> Superior <u>Universidade</u>																																									
Barreira na comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim																																									
Qual:																																									
Apresenta deficiência: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Tipo: <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditivo <input type="checkbox"/> Motor <input type="checkbox"/> Outros:																																									
III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)																																									
<input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Distípnea <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Usuário de drogas ilícitas <input type="checkbox"/> Outra Qual: Allergia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: <u>Nenhum alérgico</u>																																									
Faz uso de medicamentos? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NO ME</th> <th>DOSE</th> <th>VIA</th> <th>HORÁRIO</th> <th>NO ME</th> <th>DOSE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Onzap</u></td> <td><u>25mg</u></td> <td><u>V/V</u></td> <td><u>D/C</u></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="text-align: right; margin-top: -10px;"> <b>ACIONAR FARMACEUTICO</b> </div>						NO ME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NO ME	DOSE	<u>Onzap</u>	<u>25mg</u>	<u>V/V</u>	<u>D/C</u>																										
NO ME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NO ME	DOSE																																				
<u>Onzap</u>	<u>25mg</u>	<u>V/V</u>	<u>D/C</u>																																						
Resultados de exames (vindo com o paciente): <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: <u>Reunião de gizinha E + ELE + paciente com infarto</u>																																									
IV - EXAME FÍSICO																																									
a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS																																									
Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg) IMC: _____																																									
Dor: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, Localização: <u>peito</u> C _____																																									
Características:																																									
b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA																																									
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Tonoportoso																																									
ESCALA DE COMA GLASGOW:																																									
c) ASPECTO EMOCIONAL: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Outra alteração Qual:																																									
d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS																																									
Perda de peso nos últimos 3 meses: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Peso perdido: _____ (Kg) Histórico de: <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Nefropatia - Obesidade mórbida III (IMC>50Kg/m <sup>2</sup> ) <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica																																									
<div style="background-color: #ccc; padding: 5px;"> <b>2 ITENS POSITIVOS</b>  <b>ACIONAR A NUTRICIONISTA</b>  <b>(Atenção nutricional)</b> </div>																																									

<b>e) CABEÇA</b> <b>Couro Cabeludo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sem anormalidades <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Hematoma Alterações: <b>Face:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Hematomas <b>Nariz:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico <input checked="" type="checkbox"/> Sem anormalidades <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Epistaxe <b>Pupilas:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input checked="" type="checkbox"/> Reativa <input type="checkbox"/> Arreativas <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Puntiformes <input type="checkbox"/> Médias <b>Olhos:</b> <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 <b>Ouvidos:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Lesão Outros: <b>Boca:</b> <input type="checkbox"/> Sem anormalidades <input checked="" type="checkbox"/> Cárries <input type="checkbox"/> Falhas dentárias <input checked="" type="checkbox"/> Prótese <input type="checkbox"/> Lesão <i>anterior à prótese</i>		
<b>f) SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <b>Padrão:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico <input type="checkbox"/> Bradipnélico <input type="checkbox"/> Taquipnélico <input type="checkbox"/> Dispnéico <input type="checkbox"/> Tiragem intercostal <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 <b>Ausculta:</b> Murmúrio vesicular <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente <b>Ruidos adventícios:</b> <input type="checkbox"/> Roncos <input checked="" type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores <input type="checkbox"/> Tosse <b>Tipo:</b> <b>Alterações:</b>		<b>ACIONAR O FISIOTERPEUTA, QUANDO O PACIENTE APRESENTAR TIRAGEM INTERCOSTAL</b>
<b>g) SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <b>Perfusão Periférica:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Cianose Outros: <b>Ausculta cardíaca:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <b>Ritmo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <b>Acesso Venoso:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: <b>Faz uso de marcapasso:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Há quanto tempo:		
<b>h) SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <b>Abdômen:</b> <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Tenso <input checked="" type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input checked="" type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Timpânico <input type="checkbox"/> Doloroso <b>Ruidos Hidroáreos:</b> <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Presente, tipo: <input checked="" type="checkbox"/> Hiperativos <input type="checkbox"/> Hipoativos <b>Estomias:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: <b>Tipo de Dieta:</b> <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <b>Vias:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> Gastrostomia <b>Aceitação da dieta:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente <b>Eliminações Intestinais:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Obstipação		
<b>i) MUSCULO ESQUELÉTICO</b> <b>Deambulação:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sem auxílio <input type="checkbox"/> Com auxílio, Qual dispositivo? <input type="checkbox"/> Muleta <input type="checkbox"/> Andador <b>Utiliza prótese/órtese?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: <b>Sensibilidade:</b> <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Tipo: <input type="checkbox"/> Parestesia Qual lateralidade? <i>Já não é</i> <b>Déficit motor:</b> <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 <input type="checkbox"/> Paraplegia <b>Tonicidade:</b> <input type="checkbox"/> Rígido <input checked="" type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo <b>Imobilização:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Lateralidade? <b>Movimenta os quatro membros:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Risco de queda:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<b>ACIONAR O FISIOTERPEUTA, QUANDO O PACIENTE APRESENTAR PARESIA E/OU HEMIPARESIA</b>
<b>j) SISTEMA TEGUMENTAR</b> <b>Pele:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Desnutrida <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Lesionada Local: <i>anterior à prótese</i> Escala de Braden: _____ <b>Risco de pele</b> <b>Lesão por pressão:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <b>Classificação:</b> 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) Inclassificável ( )		
<b>k) APARELHO GENITOURINÁRIO</b> <b>Urinário:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção Urinária <input type="checkbox"/> Fralda <b>Dispositivo Urinário:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: <input type="checkbox"/> Sonda de alívio <input type="checkbox"/> Sonda de Foley <input type="checkbox"/> Cistostomia <b>Alterações:</b> <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		
<b>l) PADRÃO DE SONO:</b> <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 checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		

ESTÚDIO VARGAS  
 CONFERE COM ORIGINAL  
*JO. S. VARGAS*  
 Maria da Conceição da Silva  
 Fone/celular: 312065-9  
 CEP: 75.000-203-97  
 RUA DE PRONTUÁRIO

*A. Machado de Oliveira*  
*MPC 290119 - 6*

COPIA DE CONSULTA VAREJO

CONFESSO COM ORIGINAL

Em, 10/09/2017

Edna Maria de Souza Silva

Matrícula: G120065-9

CPF: 228.050.303-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIO

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

V - CIRURGIAS: Você já realizou alguma cirurgia: ( ) Não (X) Sim

Qual(is): ( ) (nenhuma + rotulada de unha rachada)

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 Nazaré Araújo Costa

Assinatura (Paciente ou Responsável)

Manoela Oliveira Mendes  
ENFERMEIRA

CREF-11-60395

CPF: 474.211-3388

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

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. PROVA/ELMEN TE	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	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	Esportânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
Melhor Resposta motora	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 VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em: 10/07/17  
Eduardo Mariano Machado de Silva  
Matrícula: 013265-9  
CPF: 175.000.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Assinatura: Machado de Silva  
Data: 29/01/18 - 6

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em: 10/07/17  
Edna Maria de Oliveira Silva  
Matrícula: 04265-9  
CPF: 275.033.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



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 leão de menino, devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de endoscopia em jolho esquerdo.

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

1. risco por - punção de dura-mátrix
2. complicações permanentes
3. anestesia
4. complicações neurologicas
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 julho de 2017.

Maria de Nazaré Araújo Costa  
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Dra. Suelen M. Lima  
Médica - Anestesiologista  
CRM-PI 4.612

Assinatura do Médico Responsável - CRM

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: MARIA DE NAZARE ARAUJO COSTA	Nascimento: 15/10/1984	Estado Civil: Casado
Prontuário: 87592		
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 \_\_\_\_\_

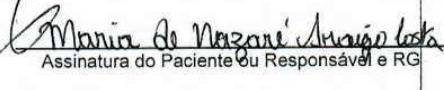
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de \_\_\_\_\_

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. Doenças
2. Nenhum
3. Conselho
4. Algo
5. Infecção

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

  
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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
Em 10/06/17  
Edna Maria de Souza Silva  
Matrícula: 610065-9  
CPF: 275.060.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

REQUISIÇÃO DE PARECER

ORTOPÉDIA  
10/11  
Exame 670 pts

NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
Mo de Mazan Andrade	05/05/1955
DA CLÍNICA:	ORTOPÉDIA 10/06/17
À CLÍNICA:	Cardiologista
MOTIVO DA CONSULTA	
AVALIAÇÃO RISCO CIRÚRGICO	
DATA: 11/06/17	
ASS. MÉDICO CONSULTANTE	
Dr. Thomaz CRM: 20472 CRM: 20472	
PARECER:	
16.00h	
<input checked="" type="checkbox"/> A paciente encontra-se no centro clínico	
DATA: 12/06/17	
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA	
Dr. Marcos Roberto Pinto CRM: 20472 CRM: 20472	

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 Nazaré Araújo Costa

Risco cirúrgico

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

Nega patologia

Nega uso de medicina

Assintomática

Exame físico normal. PA: 120x70

ECG: normal

Paciente de baixo risco de complicações cardiovasculares  
Goldman classe I.

Em 25/04/16

Dr. Fábio Lira R. G. de Carvalho  
CRM-PB 4447

Médico

HOSPITAL CÉSTULO VÁRZ  
COPIA DO PRONTUÁRIO  
Em 25/04/16  
Edna Oliveira de Souza Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Amanda Machado de Oliveira  
Matr. 250119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERIR COPIA ORIGINAL  
Em 10/07/17  
Edna Maria da Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.383-97  
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 (IMEDIATO)  
(Realizar antes de encaminhar o paciente para a enfermaria)

NOME:

DN:

CLÍNICA:

DATA: 10/07/17 HORÁRIO: 13:00

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAS
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira - nome completo e data do 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 CHECADO (✓) 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

*Edna Maria da Silva*

## 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 A  
Endereço: LOC MOCANBINO POV SAO JOAQUIM  
Cidade: NOSSA SENHORA DE NAZARE

ARAUJO COSTA  
0 SAO JOAQUIM  
UF:PI CEP: 64288-000

Sexo: F DT. Nasc:15/10/1984 ( Idade: 32 Anos  
Cadastro: 11/06/2017 Telefone:86 -9812.97613

Estado Civil: C Profissão: DO LAR  
Cartão SUS:203832249390002 CPF:0087624338

### Justificativa:

Paciente necesita  
de acompañante.

Data:

Ass. Médico Solicitante

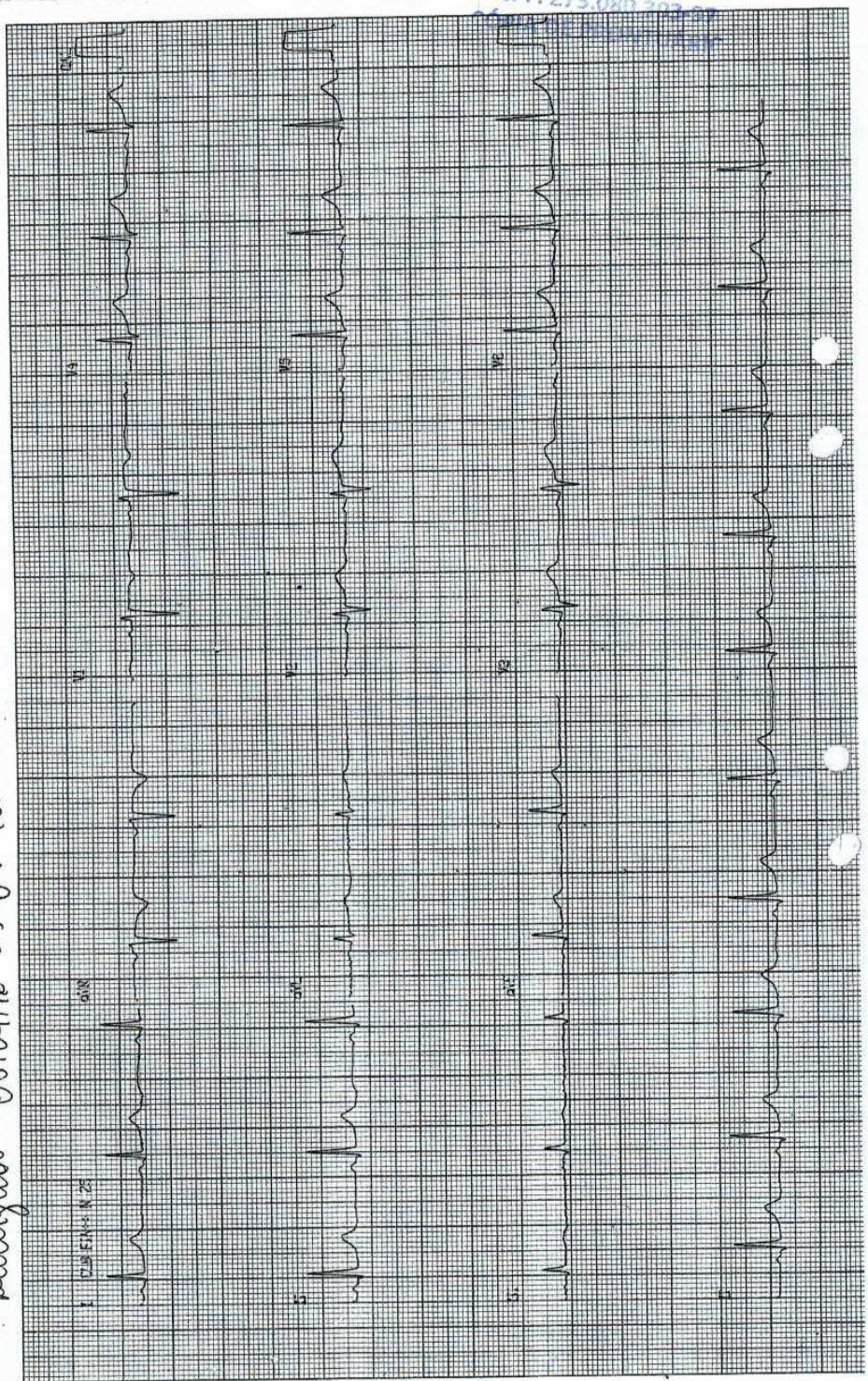
### Auditor

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Assinatura - CPF**



Maria de Nazaré Andrade Lobo  
An 15/10/84 39 anos  
Realizado: 05/04/16 às 09:40h



HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERS COM ORIGINAL  
Em, 10 de Abril de 17  
Edna Maria Andrade Silva  
Matrícula: 012065-9  
CPF: 275.080.303-97  
Amanda Macêdo de Oliveira  
Matr. 250119-6



Fundação Municipal de Saúde



**SUS**

**LAUDO DE** 506 **N.º** 506  
**Nome** Maria de Nazaré Araújo Costa **Idade** 32  
**Exame** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_  
**Médico Solicitante** DN: 15/10/84

*Maria*

*Dr. Wilson de Oliveira Góes Filho*  
CRM 774 CAR 102-76.151-77

**Data** 05/04/16

**Assinatura e Carimbo - Médico**

*Edna M. de Souza*  
CONSELHO CULIO VARGA.  
Em 10/04/16  
Edna M. de Souza  
Matrícula: 012065-9  
CPF: 75.080.303-97  
Setor de PONTOUÁRIO.

**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

Nº Protocolo: 2769

Convênio.....: SUS

Data Atend.: 29/03/2016

Médico.....:

**GLICEMIA DE JEJUM****VALORES DE REFERÊNCIA**

Glicemia de Jejum: 50 mg/dl 70 à 99 mg/dl

Método: Enzimático

Amostra: Soro

**COAGULOGRAMA I****VALORES DE REFERÊNCIA**

Tempo de Sangria:	2' e 30"	1 a 4 minutos
Tempo de Coagulação:	5'	5 a 10 minutos
Retração do Coagulo:	Normal	Normal
Prova do laço:	Negativa	Negativa
Número de Plaquetas:	/mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 /mm <sup>3</sup>

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605

CONFIRA O ORIGINAL  
Em \_\_\_\_\_ 17  
Edna Maria Souza Silva  
Matrícula: 010065-9  
CPF: 275.000.303-97  
SÉRIA DE PRONTUÁRIO

Amanda Melo de Oliveira  
Matrícula: 03119-6



### 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

Nº Protocolo: 2769

Convênio.....: SUS

Data Atend.: 29/03/2016

Médico.....:

### HEMOGRAMA

#### SÉRIE VERMELHA

		VALORES DE REFERÊNCIA	
		Homens	Mulheres
Hemácias	4,4 milhões/mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,5	4,0 a 5,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	13,5 g/dl	12,5 a 15,5	11,5 a 15,5 g/dl
Hematocrito	40 %	40 a 50	37 a 47 %
VCM	90,91 $\mu$ l	83 a 99	83 a 99 $\mu$ l
CHCM	30,68 $\mu$ g	23 a 33	23 a 33 $\mu$ g
CHCM	33,75 %	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 100
Metamielocito:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 100
Bastonetes	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	2 a 400
Segmentados:	58 %	4814 /mm <sup>3</sup>	58 a 66
Eosinofilos:	01 %	83 /mm <sup>3</sup>	2 a 400
Basofilos:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 100
Linfocitos Típicos:	39 %	3237 /mm <sup>3</sup>	20 a 30
Linfocitos Atípicos:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	1000 a 3000
Monocitos:	02 %	166 /mm <sup>3</sup>	4 a 8
Plaquetas:	/mm <sup>3</sup>		150.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>

OBS:

OBS:

CONFIRA COM ORIGINAL  
Em, 10/03/17  
Edna Matilde da Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605



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 PROXIMAS 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 Michelon de Oliveira  
MEL 230719-6*  
CONFESS CO-ORIGINAL  
Em: 10/07/17  
Edna Maia de Oliveira Silva  
Matrícula: 0.9085-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Dra. José Vaz  
CRM 3406

Dr. Leonardo Veloso  
CRM 3013

Dr. Wilsonney Leal  
CRM 2062

*xxxxxxxxxx*  
Dr. Leonardo Malos  
CRM 3508

Dr. Bruno Cabral  
CRM 5491

Dr. Francisco Cardoso  
CRM 5062

Dr. Lucas Maia  
CRM 3646

Dr. Alan Mychal Lima  
CRM 3489

*xxxxxxxxxx*  
Dr. Edward Mont'Alverne  
CRM 2738

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

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
LICITAÇÃO DE L  
DA CONSULTA: 3835  
CIENTE: marcos  
OCEDIMENTO: 9408  
Dr. Raul Ruben de M  
ORTOPEDISTA  
ASSINATURA: DE NAZARE ARAUJO COSTA  
Solicitante: Dr. MARCOS ANTONIO MIRANDA PEREIRA  
Código: 969666.01

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

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

**RESONÂNCIA 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.

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.

Pequeno infiltrado líquido de partes moles em região anterior deste joelho.  
Os tendões quadríceps e patelar, retináculos da patela, ligamentos colaterais lateral e medial, bem como o cruzado posterior, apresentam intensidade de sinal normal e anatomicas preservadas.

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

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 tibio-femorais apresentam morfologia e sinal de R.M. inalterados.

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

LCA

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em: 10/07/2015  
Edna Maria Andrade Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
LIVRO DE PRONTUÁRIO

Dra. José Vaz  
CRM 3406

Dr. Leonardo Veloso  
CRM 3013

Dr. Wilsonney Loal  
CRM 2062

Dr. Bruno Cabral  
CRM 5491

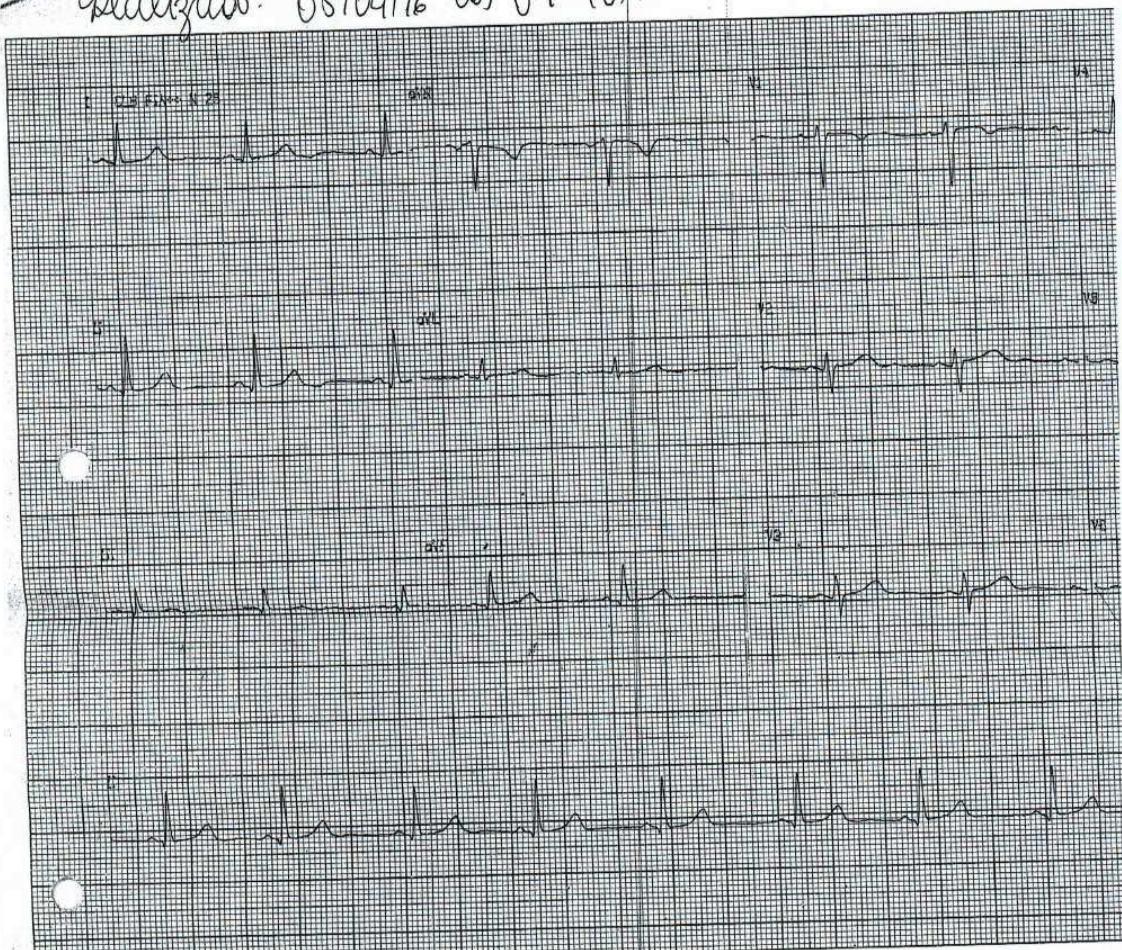
Dr. Francisco Cardoso  
CRM 5082

Dr. Lucas Maia  
CRM 3646

Dr. Alan Mychel Lima  
CRM 3489

Dr. Edward Mont'Alverne  
CRM 2738

João Almeida  
n° 10184 32 anos  
Realizado: 05/04/16 às 09:40h



SIGMAX: (86) 3226-5330

Amândio  
Machado de Oliveira  
2013-6

Julio Varg  
CORREDE COM ORIGINAL  
Em: 30/04/17  
Edna Maria Machado Silva  
Matrícula: 030065-9  
CPF: 273.080.363-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



LAUDO DE EOG N.º \_\_\_\_\_  
Nome Maria de Nazaré Sraely Costa Idade 32  
Exame \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Médico Solicitante DR. 15/10/84

*Mariael*

Dr. Wildson de Castro Gonçalves Filho  
CARDIOLOGISTA  
CRM 734 CPF 102.726.764-72

Data

05/10/16

Assinatura e Carimbo - Médico

*Amanda M. de Oliveira*  
CONFIRMO TÚLIO VARGAS  
EM 30/10/2017  
Edna Furtado de Oliveira Silva  
Matrícula: 018065-9  
CPF: 275.080.303-97  
ASSINA DE PRONTUÁRIO



Amanda Mariana de Oliveira  
Mat. 019065-9-6

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFER COPIA ORIGINAL  
Em 10/06/2017  
Edna Paula de Oliveira 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

Mulher

Hemácias em milhões/ml.....: 4,24  
Hemoglobina em g/dl.....: 12,50  
Hematócrito em %.....: 35,90  
Vol. Glob. Média em u3.....: 84,67  
Hem. Glob. Média em uug....: 29,48  
C.H. Glob. Média em %.....: 34,82

###### Valores de

Homem

4,5 - 6,5	3,9 -
5,8	
13,5 - 18,0	11,5 -
16,4	
40,0 - 54,0	36,0 -
47,0	
76,0 - 96,0	
27,0 - 32,0	
32,0 - 36,0	

OBS:

##### LEUCOGRAMA

###### Valores Encontrados

Leucócitos por ml.....: 9.030  
Promielocitos.....: 0,00  
Mielocitos.....: 0,00  
Metamielocitos.....: 0,00  
Bastões.....: 0,00  
Segmentados.....: 65,00  
Eosinofilos.....: 2,00  
Basofilos.....: 0,00  
Linfócitos.....: 29,00  
Monócitos.....: 4,00

4.000 - 10.000

0
0 - 1
1 - 3
40 - 75
1 - 6
0 - 1
20 - 45
2 - 10

OBS:

Plaquetas.....: 285.000 mm/3  
mm/3

142.000 mm/3 a 450.000

OBS:

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**  
Pedido: **53758** Data Pedido: **11 de Junho de 2017** Sexo: **F**  
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**

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

**UREIA**

Material: Soro Método: Enzimático **21,00 mg/dl**  
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. 275.080.303-97

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFIRME COM ORIGINAL  
Em: 10/07/17  
Edna Maria Oliveira de Silva  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

  
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
Hematocrito.....	41 %
CM.....	90,91 $\mu$ g
HCM.....	30,15 $\mu$ g
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 $\mu$ g
23 a 33	23 a 33 $\mu$ g
32 a 35	32 a 35 %

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	11900/mm <sup>3</sup>	&	5000 a 10000/mm <sup>3</sup>
Mielocito.....	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 100
Metamielocito.....	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 100
Bastonetes.....	02 %	238 /mm <sup>3</sup>	2 a 4
Segmentados.....	80 %	9520 /mm <sup>3</sup>	58 a 66
Eosinófilos.....	02 %	238 /mm <sup>3</sup>	2 a 4
Basófilos.....	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 1
Linfócitos Típicos.....	13 %	1547 /mm <sup>3</sup>	20 a 30
Linfócitos Atípicos.....	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 1
Monócitos.....	03 %	357 /mm <sup>3</sup>	4 a 8
Plaquetas.....	312000/mm <sup>3</sup>		150000 a 400000

OBS:

OBS:

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605

GETULIO VARGAS  
CONFIRA COM ORIGINAL  
Em: 10/01/2017  
Edna Oliveira de Souza  
Matrícula: 019065-9  
CPF: 275.080.303-97  
SÉRIE 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: 69 mg/dl  
Método: Enzimático  
Amostra: Soro

VALORES DE REFERÊNCIA  
70 à 99 mg/dl

COLESTEROL TOTAL

esterol Total: 279 mg/dl  
Método: Enzimático  
Amostra: Soro

VALOR DE REFERÊNCIA  
até 200 mg/dl

Capital Getúlio Vargas  
CONFIRA COM ORIGINAL  
Em: 30/01/17  
Edna Maria da Silva  
Matrícula: 029065-9  
CPF: 275.060.303-97  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Dr. Franciso 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
Hematocrito	40 %
VCM	90,91 µ <sup>3</sup>
H	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>	&	mm <sup>3</sup>
Mielocito:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	5.000 a 10.000
Metamielocito:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 100
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 Tipicos:	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
			150.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>

OBS:

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

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605

ORIGINAL  
Em, 30/03/17  
Edna Maria Andrade Silva  
Matrícula: 013065-9  
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 NAZARE ARAUJO COSTA  
Convênio.....: SUS  
Médico.....:

Nº Protocolo: 2769

## 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 da 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>

CONFEE CONFERENCIAL  
Em, 10/09/97  
Edna Marlene Gómez Silva  
Matrícula: 015003-9  
CPF: 275.080.303-97  
ÓPIA DE PRONTUÁRIO

Dr. Francisco Gomes Barbosa  
CRF/PI 0605

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ARAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
PACIENTE MARIA DE NAZARE ARAUJO

CONFIRA COMIGO  
Enviado por  
Edna M. de Oliveira  
Mairiporã - SP  
CPF: 275.080.303-9  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

limento:  
**2902**

ontuário:  
87592

SENHORA DE NAZ.  
3900002

20

20 F

ARL  
GINAL

TF  
o Silva

5-9  
3-97

20

1.6. Evasão  
trativa

ar/Residente