

LUCIANO DE CARVALHO E SILVA
Advocacia, Assessoria e Consultoria Jurídica

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

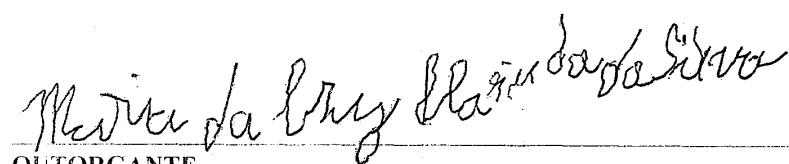
OUTORGANTE: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA, brasileira, casada, lavradora, inscrito no CPF sob n. 849.185.193-34 e RG nº 621390 SSP/PI, residente e domiciliado na Rua Pe. Leonei de Franca, s/n, Centro, Elesbão Veloso (PI) CEP 64325-000.

OUTORGADO: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PI 10.014, com escritório profissional situado à Rua Minas Gerais, 246, Acarape, Teresina/PI, CEP 64003-850.

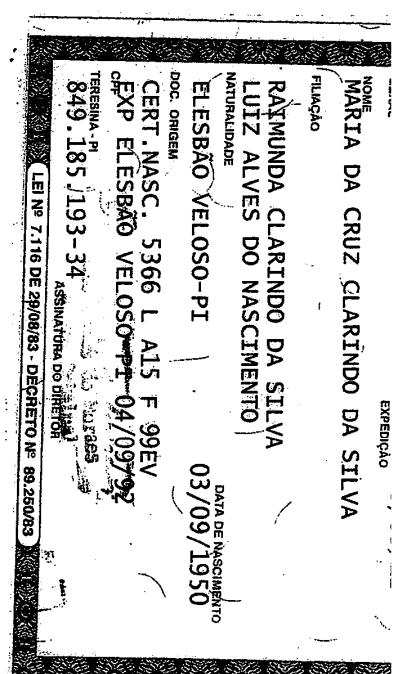
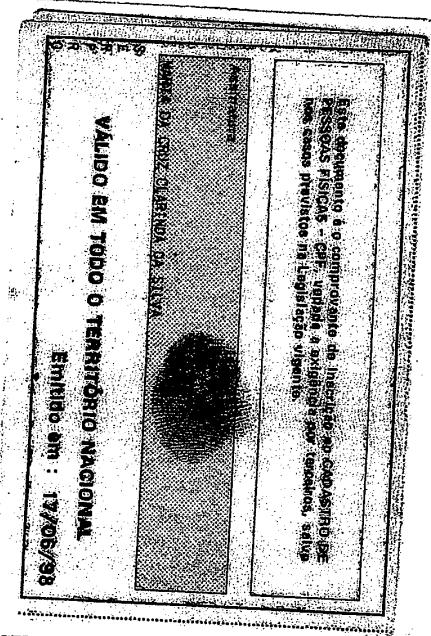
PODERES: Por este instrumento particular de mandado o outorgante nomeia e constitui como seu procurador os outorgados acima citados, para proporem perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, qualquer ação, defendê-lo nas contra ele propostas e promover qualquer medida preliminar, preventiva ou assecuratória dos seus direitos, para o que lhes confere os poderes da cláusula "*Ad Judicia Et Extra*" sem prejuízo do conteúdo e dos poderes contidos no contrato de honorários, e mais o de acordar, discordar, desistir, receber e dar quitação, reconvir, arguir exceções de incompetência, litispendência, coisa julgada, transigir, optar pelo rito e adjudicar, concordar com a adjudicação, prestar declarações, assinar declarações de isento de Imposto de Renda para fins de pagamento judicial, renunciar a excedentes do juizado especial federal, conceder poderes especiais para requerer e acompanhar até o final da sentença e os respectivos termos e a praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, como se o declarado fosse, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes.

DECLARAÇÃO PARA ASSISTENCIA - Declaro ainda que por este instrumento, e sob minha responsabilidade, e para todos os fins de direito e a quem possa interessar, atendendo ao disposto na Lei n.º 7.115, de 29/08/1983 e art. 32, §1º do Código de Processo Penal, e ainda Lei Complementar n.155, de abril de 1997, art. 8º, que não tenho condições financeiras de arcar com honorários advocatícios e custas legais, sem prejuízo dos recursos indispensáveis ao próprio sustento e/ou de minha família, sendo considerada pessoa pobre na acepção jurídica do termo, declaro ainda ser isento de pagamento do imposto de renda.

Elesbão Veloso, (PI), 07 de agosto de 2017.


OUTORGANTE





Assinado eletronicamente por: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - 10/05/2018 09:37:24
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18051009372496100000001852178
Número do documento: 18051009372496100000001852178

Num. 1903765 - Pág. 2

SINISTRO 3150359222 - Resultado de consulta por beneficiário

VITIMA MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A #211

BENEFICIÁRIO MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA

CPF/CNPJ: 84918519334

Posição em 30-08-2017 14:11:59

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

21/07/2015	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25
------------	--------------	----------	--------------



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - 10/05/2018 09:37:24

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18051009372496100000001852178>

Número do documento: 18051009372496100000001852178

Num. 1903765 - Pág. 3



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

798 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000036/2015-16

Unidade Policial: DELEGACIA DE POLÍCIA DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Paulo Roberto Moura Satiro

Delegado: ANDREI DA COSTA ALVARENGA

Data/Hora: 13/01/2015 - 14:49

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE POLÍCIA DE ELESBÃO VELOSO

30/06/2014 - 09:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

ELESBÃO VELOSO

FÁTIMA

Endereço

RUA PIAUÍ, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

PROXIMO À FARMACIA NOVA SAUDE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA

Tipo Envolt.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 621390 PI

Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA

Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO

Endereço: RUA PÁDRE LEONEL FRANÇA, Nº S/N

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: ELESBÃO VELOSO - CEP: 64325-000

Telefone(s): 86-9408-8518 86-9964-8527

NATUREZA/VIDA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) FAZIDO(VÍDOS)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

Não Informada

1 - HONDA. Outros

Condutor: NÃO IDENTIFICADO

End: NÃO IDENTIFICADO Número: Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro:

RESUMO DA OCORRÊNCIA

A informante compareceu nesta delegacia de polícia para informar que: no dia 30/06/2014 por volta das 09h00min dirigia-se a pé a farmácia nova saúde localizada na Rua Piauí quando duas motocicletas não identificadas conduzidas por pessoas desconhecidas vinham na mesma direção em alta velocidade sendo que uma das motocicletas atropelou a mesma vinda a cair, sendo que o motociclista não parou para socorrer a vítima, que logo em seguida foi socorrida por uma patrulha da polícia militar, SGT Soares e SD Elias Neto e trouxeram a mesma para o hospital local, sendo que com consequência obteve fratura do úmero proximal direito, foi submetido a tratamento cirúrgico no H.U.t em 10/07/2014, (redução aberta e fixação com placa e parafusos). Evolui com consolidação da fratura e rigidez articular, com perda da função do membro superior direito de 50% de caráter definitivo. De acordo com laudo medico apresentado desta DEPOL. Era o que tinha a certificar

Paulo Roberto Moura Satiro - Mat. 270148X
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

ANDREI DA COSTA ALVARENGA





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.540.749/0001-89 | insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

759203-5

Nº da Nota Fiscal

000162528
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\$)
JULHO/2015	17/07/2015	100	70,61

MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA
R. PE LEONEI DE FRANCA S/N B-URBANO
CPF: 00084918519334

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atuat:	4992		Atual:	10/07/2015
Anterior:	4892		Anterior:	09/06/2015
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	10/08/2015
Consumo Medido:	100		Emissão:	10/07/2015
Consumo Faturado:	100		Apresentação:	10/07/2015
Forma de Faturamento:	100	FCAR	Dias de Consumo:	21
Código de Irregularidade:				
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.
RESIDENCIAL	MONO	A331449		99
HISTÓRICO kWh				
Mês/ano consumo		DESCRIPÇÃO DA CONTA		
JUN/15	104	CONSUMO 100 A R\$ 0,634		33,69
MAI/15	92	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP)		5,67
ABR/15	96	CORRECÇÃO MONETARIA IG 06/15-06		0,21
MAR/15	97	MULTA POR ATRASO 06/15-00		0,86
FEV/15	97	JUROS DE MORA DE IMPO 06/15-00		0,18
JAN/15	92	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -		19
DEZ/14	96			
NOV/14	105			
OUT/14	114			
SET/14	102			
TARIFA SEM TRIBUTO:				
0 A 100 - 0,47000				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 055 0500 E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO ATÉ 30/06/2015
Parabéns! Até o dia 30/06/2015, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	16,29	Base de Cálculo:	63,69
Energia:	24,25	Aliquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,89	Valor do ICMS:	12,73
Encargos:	1,90	Valor do PIS:	0,64
Total:	16,36	Valor do COFINS:	2,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	FIC	DMIC	DICRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
14,53	29,06	4,12	8,24
0,00	0,00	0,00	16,47
			4,14
			Periodo de apuração: 05/2015
			EUSD: 11,04

O' ORIENTE



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - 10/05/2018 09:37:24
<https://tjpi.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18051009372496100000001852178>
Número do documento: 18051009372496100000001852178

Num. 1903765 - Pág. 5



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA** (Prontuário: 317338)
Endereço: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 03/09/1950 Idade: 64a:0m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 110571
Requisição: 440169 Solicitação: 10/07/2014 Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL
Controle: 559500 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 237 LEITO 252

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 10/07/2014

OMOPLATA OU OMBRO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA NO COLO UMERAL ALINHADA FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(ANTONIO

TERESINA - PI 20/09/2014

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

HUT - SAMM
CONFIRMO 04/11/14
TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO CORRETAS
Kle





Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I.E. Isento

www.saomarcos.org.br

Para a Sra.

MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

RUA PADRE MANOEL FRANCI S/N - SANTA CLARA * ELESBAO VELOSO - PI * 64.325-000

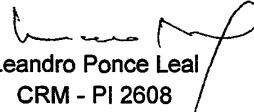
Rx

ATESTADO MÉDICO / DPVAT

Paciente com quadro de fratura do úmero proximal direito em 30/06/2014, foi submetida à tratamento cirúrgico em 10/07/2014 (redução aberta e fixação com placa e parafusos). Evolui com consolidação da fratura e rigidez articular, com perda da função do membro superior direito de 50% de caráter definitivo.

CID: S 42-2 / T 92-1 / M 25-6

Teresina (Pi), 16/12/2014 08:51:41


Leandro Ponce Leal
CRM - PI 2608

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2608

CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: TER: 07:30 - 10:29 * QUA: 07:30 - 10:29 * SEX: 07:30 - 10:30
TELEFONE(S): 8832-1175

Hospital São Marcos - Impresso por heribert em 16/12/2014 08:51:41 | mail: lealip@uol.com.br



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - 10/05/2018 09:37:25

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18051009372499500000001852181>

Número do documento: 18051009372499500000001852181

Num. 1903768 - Pág. 2

DAMM

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

NOME DO PACIENTE:		IDADE
<i>Maria da Cruz Ghericke da Silva</i>		63
ENDERECO:		CIDADE
<i>Rua Peche prenei French</i>		<i>Elesbão Veloso</i>
UF		
PA.		
CPF:	RG:	
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE:		
DADOS CLÍNICOS <i>Lesões superficiais na face de apresentar de trânsito com dor e dor em braço direito</i>		
DIAGNÓSTICO		
DATA	<i>Fca. Luzia L. Nascimento</i> <i>Médica</i> <i>CRM 3047</i>	
ASS. CARIMBO DO MÉDICO		

CONFIRA O CARIMBO

EM: 07/02/2015

Luzia

DEPTO: Pessoal - H. E. N. M.

CNPJ - 06.553.564/0012-90

Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro • Fone: (86) 3285-1133 • Elesbão Veloso - PI





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Maria da Cruz elarinda da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 317.338

*HUT - SAME
CONCEPÇÃO
TERESINA
SERVIÇO*
04 M/14

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



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - 10/05/2018 09:37:25
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18051009372499500000001852181>
Número do documento: 18051009372499500000001852181

Num. 1903768 - Pág. 4



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDISTA

SUS SUS

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

ADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	Prontuário: 317338		
Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO		
End. Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000			
Nascimento: 03/09/1950	Idade: 63a:10m:1d	Sexo: Masculino	Fone: 86-9408-8518
Responsável: EDIMAR LAURINDO DA SILVA	CNS: 898002936631124		
Profissão: APOSENTADA	Documento: RG: 621390 - SSP PI		
G. Instrução: Não alfabetizado	E.Civil: Solteiro(a)		
End. Local.: - - -			

ADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 400958	Data: 04/07/2014 07:09:13	Condução: VEÍCULO PROPRIO OU DE TERCEIROS		
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO		Convênio: S U S		
d.Trab.: Não	Caso Policial:Não	Pl.Saúde: Não	Trauma: Não	Maus Tratos: Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Fratura mitral d esquerda operatório ferter bles em ondas D.*

Reduções lind

Carimbo/Assinatura Solicitante

HUT GAME
CONFERIDA 04/07/2014
TERESA
SERVIDOR
Dr. LUCIANO DE CARVALHO
CRM/PI 3134C
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DO PARECER:

Fratura d ondas D.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

SPECIALISTA: ORTOPEDIA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Repe traume no ombro D com dor e disforia pueril. Ex com ferme duração com indício crônico.*

col: Fratura pene clavie

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:

*Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia- Traumatologia
CRM 3090 - TEC*

S 42.2

0408060/90

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



SMS

SUS

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Órgão Emissor: M221100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AIH : 221410156666-6

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

MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

NASCIMENTO

03/09/1950

Identificação do Estabelecimento de Saúde

D.LIBERA: 14/07/2014 DT. LAUDO: 10/07/2014

1-Nome do estabelecimento solicitante:

PROCED.: 0408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

OP.SIST: CLIDENOR

3-Nome do estabelecimento executante:

CID : 9422

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Dr. Zenon Rocha - M221100001
CRM-PI 2256 - CPF: 463.297.653-91
CNS 124234913570006

030

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	6 - Prontuário: 317338
7-CNS: 899002936631124	8-Nascimento: 03/09/1950
9-Sexo: Masculino	RG: 621390 - SSP PI
10-Mae: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	12-Fone: 86-9408-8518
13-Resp: EDITMAR LAURENDO DA SILVA	14-Cor: Parda
15-Rua: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - CEP: 64325-000	16-Munic: ELESBEO VELOSO
17-Cod. IBGE: 220350	18-UF: PI
19-CEP: 64325-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

21 - Principais sintomas e sintomas clínicos:

Transe os ombros () e dor
e instabilidade

CONCEPCAO DR. ZENON
TERESA, 10/07/2014
R

21 - Condicoes que justificam a internacao:

Fratura no ombro

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

Braço direito / Radiografia

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

CONCEPCAO DR. ZENON
TERESA, 10/07/2014
R

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

28-Clinica: 30-Carater: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
Afonso 02 01 CPF 167.786.998-41

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitacão:
LEANDRO PONCE LEAL 10/07/2014

Ortopedia Ponce Leal
CRM-PI 2608
CNPJ 23.520.260/0001-01

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	37-() Acidente Trabalho Típico	38-() Acidente Trabalho Trajetória	39-() Vítima de Crime	40-() Atentado Terrorista	41-() Desastre Natural
-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------	-------------------------

45 - Vinculo com a Viviéndencia:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
	m/7/14
48-Documento:	49-Nom. Documento:
()CNS ()CPF	

Rogério Costa Marques
Médico Auditor DRCAA/MSMS
CRM-PI 2256 - CPF: 463.297.653-91
CNS 124234913570006
50-Ass.Carmim (Rg. Comarca)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

() António M. P. -

Assinatura: () VITAM
Data assinatura: 10/07/2014
Data emissão: 10/07/2014
Data validade: 10/07/2014
Data inserção: 10/07/2014 08:50:34

ORTO-237/252

ORIGEM: ()HALL POSTO: CLÍNICA: EMERGÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F						
	DIA	MÊS	ANO							
NOME: <u>Maria da cruz</u> PÓS OPERATÓRIO										
CIRURGIA REALIZADA: <u>Fratura de tibia (1)</u>										
DATA: <u>10/07/14</u>		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.: <u>09:00</u>								
		TIPO ANESTESIA: <u>D.P.B</u>								
		HORÁRIO								
S.V.R	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL	<u>123/66</u>									
F. CARDIACA	<u>90</u>									
F. RESPIRATÓRIA										
TEMPERATURA										
OXÍMETRIA	<u>100%</u>									
NOME/ MATRÍCULA	<u>Regina</u>									
2- EXAME FÍSICO										
ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM - REGULAR - RUIM		ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA		
CONSCIÊNCIA									<u>B</u>	
BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS		<u>()BOM</u>								
REGULAR: OBEDECE A COMANDOS		<u>()REGULAR</u>								
RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INCONSCIENTE)		<u>()RUIM</u>							<u>B</u>	
ATIVIDADE MOTORA										
BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTÁRIAMENTE OU SOB COMANDOS		<u>()BOM</u>								
REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO		<u>()REGULAR</u>							<u>B</u>	
RUIM: DOBRA JOELHO PARALISIA TOTAL		<u>()RUIM</u>								
RESPIRAÇÃO										
BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		<u>()BOM</u>								
REFLEXO DA TOSSE		<u>()REGULAR</u>							<u>B</u>	
REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITIMICA		<u>()RUIM</u>								
RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA									<u>B</u>	
PELE										
BOM: ROSADA/ AQUECIDA		<u>()BOM</u>								
REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE		<u>()REGULAR</u>							<u>B</u>	
RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE		<u>()RUIM</u>								
PERFUSÃO										
BOM: RETORNO SATISFATÓRIO		<u>()BOM</u>								
REGULAR: RETORNO DIFICULTADO		<u>()REGULAR</u>							<u>B</u>	
RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO		<u>()RUIM</u>								
ASPECTO CURATIVO										
BOM: LIMPO/ SECO		<u>()BOM</u>								
REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE		<u>()REGULAR</u>							<u>B</u>	
RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE		<u>()RUIM</u>								
Nome/ Matrícula: <u>Maria Mendes Brito</u>										

HUT - SAME
CONFERE COMO CARNAL
TERESINA, PI
SERVIDOR 09/11/74

Mc Apóstolo Mendes Brito
INFRAESTRUTURA
COREN-PI 000317





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	111030

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA	6 - Prontuário: 317338
7-CNS: 898002936631124	8-Nascimento: 03/09/1950
9-Sexo: Masculino	RG: 621390- SSP PI-Exp:
11-Mae: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA	12-Fone: 86-9408-8518
13-Resp: EDIMAR LAURINDO DA SILVA	14-Fone: 86-9408-8518
15-Endr: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - CEP: 64325-000	
16-Munic: ELESBIAO VELOSO	17-Cod. IBGE: 220350 18-UF: PI 19-CEP: 64325-000

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18-Cod. Proced. Anterior	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
21-Cod. Mudança Proced.	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
26-Diagnóstico:	28-Cod. Proced. 29-Cod. Proced.

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod. Proced. Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE
31-Cod. Procedimento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

38-Nome Profissional Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL	40-Tp. Documento: CPF	41-No. Doc. Med. Solic.: 167.786.998-41	Quant. Soli- cidata: 1
39-Data Solicitação: 10/07/2014			

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura do osso nasal

*Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
Ass CRM-2603
Ass Carimbo Medi. Sol. (CRM)*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF 18051009372499500000001852181
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50-Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 18051009372499500000001852181
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): (CATIANO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 10/7/14

NOME DO PACIENTE:	Maria da Cunha C da Silva	PRONTUÁRIO N°:	<u>317338</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fratura Suave</u>	CIRURGIA:	<u>osteotomia</u>
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	<u>03</u>
CIRURGIÃO:	<u>Lemuel D. Dr. Leandro Ponce Lea.</u>	CPF N°:	<u>167 786 998-41</u>
AUXILIAR:	Ortopedia e Traumatologia <u>CRM-2608</u>	CPF N°:	
ANESTESISTA:		CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Fátima Barros</u>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	
AGULHA 25x8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>1</u>		
AGULHA 30x8	UNID.	<u>2</u>		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	<u>2</u>		
AGULHA 40x12	UNID.	<u>2</u>		LUVA Nº <u>7,0 e 8,0</u>	PAR	<u>2</u>		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>		
ÁLCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>300</u>		
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>50</u>		
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>50</u>		PVPI TINTURA	ML			
COMPRESSA	PAC.	<u>3</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>2</u>		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>2</u>		
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.			
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.			
FORMÓL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>3</u>		
GASES	PAC.	<u>3</u>		SONDA URETRAL	UNID.			
JELCO N°	UNID.							
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:	<i>Polisterpoint 5</i>			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				<i>HUT - SAMME</i>				
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				<i>CONFERE COM O ORIGINAL</i>				
CAT.GUT.CROMADU C/AG.				<i>TERESINA, PI 04/07/14</i>				
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				<i>SERVIDOR: <u>K</u></i>				
ALCOFIL								
MONONYLON <u>2,0</u>		<u>2</u>		ENFERMARIA:				
FITA UMBILICAL				<i>Inocia</i>				
VICRYL <u>2,0</u>		<u>2</u>		CIRCULANTE:				
PROLENE								





NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA Ortopédica	LEITO	ENF. OU AP	MEDICO ASSISTENTE	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
						HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
MARINA DA CUNHA DA SILVA	PRESCRIÇÃO MÉDICA						
10/07/14	POI						
	1. Dieta livre após efeito anestésico						
	2. Soro Glicosado 5% 1000ml + SF 0,91% 1000ml EV p/24 h						
	3. Keflin 1g + 10 mL 6/6h						
	4. Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6h						
	5. Trilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12/12h						
	6. Nubain _ 01 amp + AD EV 12/12h SOS						
	7. Ranitidina _ 01 amp + AD EV 8/8h						
	8. Curativos Diárias						
	Gel curativo: cônico 6/6h						
	Injetável R: confeção em gelatina						
	$0 - 200 = \cancel{6}$ 201 - 350 201						
	$251 - 300 = \cancel{49}$ 251 - 400 = 80						
	Gel banhado Syr - 1cp VO 1 vez/dia						
	Ciclo						
	Jr. Leandro Ponce						
	Ortopedia e Traumatologia						
	CRM-2608						



FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PREScrição MÉDICA

Assinado eletronicamente por: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - 10/05/2018 09:37:25
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18051009372499500000001852181>
Número do documento: 18051009372499500000001852181

Num. 1903768 - Pág. 13

SUMÁRIO DE ALTA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otávio Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-771 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:
317338
 Internação:
111030

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA				
End. Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANÇA - FAVINA				
Cidade: ELESBÃO VELOSO - PI CEP: 64325-000				
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	03/09/1950	63a:10m:7d	Solteiro(a)	APOSENTADA
Internação		Alta		Permanência
Data	Hora	Data	Hora	
10/07/2014	08:50	/ /	:	

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod.CID:

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

Bom

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Bom

MEDICAÇÕES:

IRURGIA: Data: 10/07/14 Tipo: Osteofítes

Ortosexual

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

*HUT-SANAF CONFERE COM O CEF 10/07/14
TENSAO PI 01/07/14
SANTANA*

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome: *LUCIANO DE CARVALHO E SILVA*

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tiló 1820 - Residencial - Fone: 86 3229-4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:
317338
Internação:
111030

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

End. Resid.: RUA PADRE LEOUEL FRANCE - FATIMA

Cidade: ELESBAO VELOSO - PI

CEP: 64325-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 03/09/1950	Idade: 63a:10m:7d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: APOSENTADA
Admissão:	G. Instrução:	Fone: 86-9408-8616	Cartão SUS (CNS): 298002936631124	Procedência: ELESBAO VELOSO

Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO | Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA

Responsável: EDIMAR LAURINDO DA SILVA

End. Responsável: RUA PADRE LEOUEL FRANCE - FATIMA

ELESBAO VELOSO - PI

64325-000

Documento: RG: 621390 - SSP PI

Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):

ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 10/07/2014	Hora: 08:50	Data: ... / ... / ...	Hora: ... / ... / ...	P.A. TEMPORÁRIO

Diagnóstico de Admissão:

Procedimento: 0408060190 - OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE

CID 10: S422 - Fratura da extremidade superior do úmero

Diagnóstico de Alta:

Procedimento:

CID 10:

Tratamento Realizado:

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
SERVIÇO DE SAÚDE
01/07/14

Exames Realizados:

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

Data

Carimbo/Asg. Fisiot. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



ESCALA DE PREVENÇÃO DE RISCO DE QUEDA

enf 237 L:28

PACIENTE	Nº PRONTUÁRIO	LOCALE DATA
Maria da Cruz Clarindo da Silva	317338	11/07/14

Risco para Queda – assinalar todos os itens de riscos identificados.

- Idade menor ou igual a 5 anos
- Idade maior ou igual a 60 anos
- Com déficit sensitivo (visão, tato, audição)
- Com distúrbios neurológicos (crises convulsivas, etc...)
- Com distúrbio metabólico (diabetes descompensada/alteração de exames bioquímicos)
- Incontinência urinária ou intestinal?
- Fazendo uso de sedativos e/ou pós anestésico
- Com dificuldade de marcha
- História de queda: onde aconteceu - Residência Hospital outros _____

Risco Moderado – Quando houver de um(1) a três(3) itens assinalados

Alto Risco – Quando qualquer dos itens abaixo estiverem assinalados

1. Idade maior ou igual a 60 anos ou Idade menor ou igual a 5 anos
2. História de queda anterior
3. Quatro(4) ou mais itens assinalados

Procedimento:

Risco Moderado de Queda

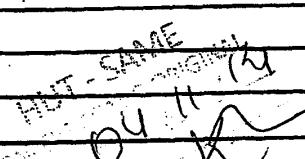
- Sinalizar o prontuário com carimbo Risco de Queda
- Identificar o paciente com a pulseira amarela
- Intervenções padrão de prevenção de quedas

Alto Risco de Queda

- Sinalizar o prontuário com carimbo Risco de Queda
- Identificar o paciente com a pulseira amarela
- Intervenções de prevenção de quedas de alto risco

HUT - SAME
 CONFECOMA/CURNAI
 TERESINA - PI
 01/07/14
 SERVIDOR: *[Assinatura]*



DATA/HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA DO RISCO DE QUEDA - NSP
RISCO DE QUEDA	<p>14:20 Admitido e avaliado com identificação com alto risco de queda evidenciado por idade, e com distúrbio metabólico com identificação de risco de queda. Acl: claudicante.</p>
1ª AVALIAÇÃO	<p><u>11/07/14</u></p>
2ª AVALIAÇÃO	<p><u> </u></p>
3ª AVALIAÇÃO	<p><u> </u></p>
4ª AVALIAÇÃO	<p><u> </u></p>
5ª AVALIAÇÃO	<p><u> </u></p>
6ª AVALIAÇÃO	<p><u> </u></p>
7ª AVALIAÇÃO	<p><u> </u></p>
8ª AVALIAÇÃO	<p><u> </u></p>
9ª AVALIAÇÃO	<p><u> </u></p>
10ª AVALIAÇÃO	<p><u> </u></p>
	<p>DATA: 11/07/14 HORAS: 14:20 SAP: 111111 NSP: 0411</p>





BOLETIM CIRÚRGICO

NOME *Maria da Cruz C da Silva* Nº DO REGISTRO

DIAGNÓSTICO PR-EOPERATÓRIO *Fratura tibial proximal* (5)

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO *o mesmo*

INÍCIO HS TÉRMINO HS DURAÇÃO

OPERADOR *WANNO*

AUXILIAR 1º

CIB - 542-2

ANESTESISTA

Proc: 0408060190

TIPO DE ANESTESIA

Dr. Leandro José da Silva
Médico Anestesiologista
CRM-14492

INSTRUMENTADOR

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

*Procedente em coluna da paciente ; curva que é anterio-
posterior; curva antero-posterior; diminuir o risco
osteoporose do elefante, fixações de flocos e parafuso;
sutura com flocos ; curvatura*

CIRURGIA CANCELADA (MOTIVO)

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2608

CONDIÇÕES AO SAIR DA SALA

TEMP	PULSO	RESP	PR ART MAX	MIN
------	-------	------	------------	-----

OBSERVAÇÕES:

HOT-SALE
CONFIDENCIAL
04/11/14

RECÉM NATO

<input type="checkbox"/> MASC	<input type="checkbox"/> VIVO	<input type="checkbox"/> A TERMO	<input type="checkbox"/> ÚNICO
<input type="checkbox"/> FEM	<input type="checkbox"/> MORTO	<input type="checkbox"/> PRÉ-TERMO	<input type="checkbox"/> GEMELAR
<input type="checkbox"/> PÓS-TERMO			

APGAR 1º 5º

NOME DO MÉDICO





FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE
URGENCIA DE TERESINA - HUT

URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

卷之三

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - 10/05/2018 09:37:25
<https://tpj.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1805100937249950000000185218>
Número do documento: 18051009372499500000001852181

Num. 1903768 - Pág. 20