



Número: **0801723-38.2018.8.18.0026**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Campo Maior**

Última distribuição : **23/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro, Obrigação de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA (AUTOR)		IDERLENE BRAGA CAMPOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)		HERISON HELDER PORTELA PINTO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
3610135	13/02/2019 12:03	Despacho	Despacho
3608786	25/10/2018 10:44	Certidão	Certidão
3587698	23/10/2018 11:18	Petição Inicial	Petição Inicial
3587699	23/10/2018 11:18	Procuração	Procuração
3587701	23/10/2018 11:18	Petição inicial - complemento do seguro DPVAT.	Petição
3587702	23/10/2018 11:18	Declaração de pobreza	Documentos
3587705	23/10/2018 11:18	Documentos pessoais - B.O	Documentos
3587708	23/10/2018 11:18	Documentos hospitalares 1	Documentos
3587710	23/10/2018 11:18	Documentos hospitalares 2	Documentos



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
2ª VARA DA COMARCA DE CAMPO MAIOR DA COMARCA DE
CAMPO MAIOR

Rua Siqueira Campos, 372, Centro, CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64280-000

PROCESSO Nº: 0801723-38.2018.8.18.0026

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito, Seguro, Obrigação de Fazer / Não Fazer]

AUTOR: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Ante as especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento posterior a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art.139, VI, do NCPC e em consonância com o Enunciado n.35 da ENFAM ("Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo").

Considerando, ainda, que, a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, de forma reiterada, deixa de formular proposta de acordo nas demandas em que figura como réu, a designação de uma audiência de conciliação tem se mostrado algo inócuo para os jurisdicionados, acarretando, na verdade, uma violação aos princípios da celeridade processual, da duração razoável do processo e da economia processual. Ademais, a realização do ato servirá apenas para ocupar, de forma desnecessária, o trabalho dos servidores deste juízo.

Cite-se a parte Ré para contestar no prazo de 15 (quinze) dias.

Expedientes necessários. .

CAMPO MAIOR-PI, 13 de fevereiro de 2019

Juiz(a) de Direito da 2ª Vara da Comarca de Campo Maior





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
GABINETE DA 2ª VARA DA COMARCA DE CAMPO MAIOR DA COMARCA DE CAMPO
MAIOR
Rua Siqueira Campos, 372, Centro, CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64280-000

PROCESSO Nº: 0801723-38.2018.8.18.0026

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito, Seguro, Obrigação de Fazer / Não Fazer]

AUTOR: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Certidão de Triagem

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação e há pedido de justiça gratuita a ser apreciado, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

CAMPO MAIOR-PI, 25 de outubro de 2018.

JANINE SOUZA OLIVEIRA
Secretaria da 2ª Vara da Comarca de Campo Maior





PROCURAÇÃO "AD JUDICIA" "ET EXTRA"

OUTORGANTE: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA, Nacionalidade **brasileira**, Estado Civil **casada**, Profissão **aposentada**, Inscrito (a) no RG: **554.153 SSP PI**, CPF/MF **207.724.243-49**, residente e domiciliado (a) na **Travessa José Martiliano, nº 91, bairro Santa Cruz**, Cidade: **Campo Maior**, Estado: **Piauí**, CEP: 64280-000.

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, 06 de setembro de 2018.

Francisca Oliveira de Sousa

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

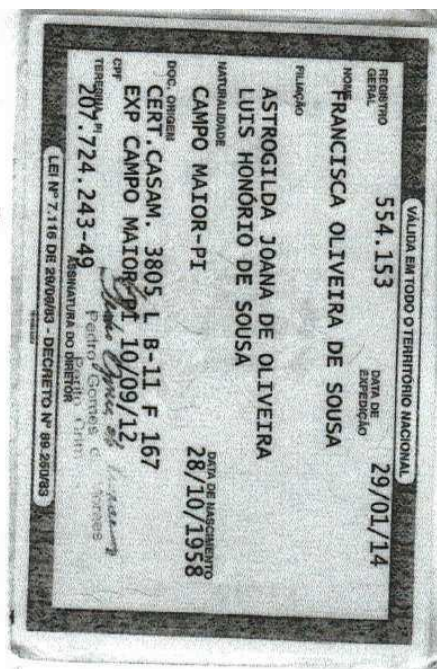
Declaro para os devidos fins que sou pobre na concepção do art. 04 da Lei 1.060/50; art. 5º, LXXIV e os arts. 98 e 99 do NCPD.

Campo Maior-PI 06 de setembro de 2018

Francisca Alciana de Sousa

DECLARANTE





**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 8460196

FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

TV JOSE MARTILIANO, 91, STA CRUZ

SANTA CRUZ

64280000 CAMPO MAIOR

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
5817315	07/2018	14/06/2018 a 12/07/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
119	19/07/2018	R\$ 120,22

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
5817315	07/2018	R\$ 120,22

836100000014.202200170001.000000005819.731507180057





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

1214 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.002325/2016-51

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Das Chagas Silva

Data/Hora: 06/12/2016 - 17:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2º DP DE CAMPO MAIOR

Data/Hora

28/09/2016 - 09:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

PI 115, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PROXIMO À PONTE DO JENIPAPO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 554153 SSP PI

Endereço: TRAVESSA JOÉ MARTILIANO, Nº 91

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: CAMPO MAIOR

Telefone(s): 86-9532-6918

Nome: LUCIANA DE SOUSA BARROS

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 561211796

Mãe: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

Endereço: TRAVESSA JOSÉ MARTILIANO, Nº 81

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: CAMPO MAIOR

Telefone(s): 86-9532-6918

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE: " NO DIA 28/09/2016 POR VOLTA DAS 09:30H QUANDO A NOTICIANTE ERA CONDUZIDA NA SEGUINTE MOTOCICLETA: HONDA CG 125 FAN ES, 2010/2010, PRETA, GASOLINA, PLACA NIT 7033, CHASSI 9C2JC4120AR118186, RENAVAM 00230084087, CAMPO MAIOR, LICENCIADA EM NOME DE FRANCISCO FERREIRA RODRIGUES, NA PI 115 E NAS PROXIMIDADES DA LOCALIDADE SANTA ALICE AS MESMAS FORAM ATROPELADAS POR UM CARRO QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO, OCASIONANDO A QUEDA DE AMBAS DA MOTOCICLETA, ONDE FORAM SOCORRIDAS PELO PROPRIO CONDUTOR DO VEICULO QUE AS LEVOU PARA O HRCM, ONDE AMBAS FORAM ATENDIDAS PELO DR. ERICO PAZ CRM-PI 5577, SENDO QUE A SENHORA FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA FOI TRANSFERIDA IMEDIATAMENTE PARA O HUT, POIS A MESMA SOFREU FRATURAS EXPOSTAS EM BRAÇO ESQUERDO, ONDE FICOU INTERNADA PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO E A OUTRA VITIMA PERMANECEU EM OBSERVAÇÃO NO HRCM". DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Italo Amaury Teixeira Da Silva
Italo Amaury Teixeira Da Silva - Mat. 2991195
Delegado de Polícia
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 299.119-5

FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação





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

1214 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.002325/2016-51

Delegado de Polícia

Italo Aury Teixeira da Silva
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 299.119-5





AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Nº 2217100487657

1ª Via

Órgão Emissor : M220220001 SMS DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Solicitante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Executante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
Paciente
Nome : FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA
Sexo : FEMININO **Nascimento :** 28/10/1958
Nome da Mãe : ASTROGILDA JOANA DE OLIVEIRA
Município : 2202208 CAMPO MAIOR
Raça / Cor : 99-SEM **Responsável :**
Prontuário :
CNS : 708103567416439
CPF :
CEP : 64280000

CPF Solicitante : 07806116320 **Solicitação / Autorização**
Procedimento Solicitado : 0408060352 JOSE GREGORIO XIMENES
Procedimento Autorizado : 0408060352
CID : RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO
Nº Laudo : 2478 Outros seguimentos ortopédicos especificados
Nº Prontuário :

Data : 07/04/2017 **Autorizador**
CPF : 09114351315 **ANTONIO AUGUSTO DA P. FILHO**
CNS : 170244261420002
Assinatura e carimbo (Nº do registro do conselho de classe) ;



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Nº 2217100487657

2ª Via

Órgão Emissor : M220220001 SMS DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Solicitante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Executante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
Paciente
Nome : FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA
Sexo : FEMININO **Nascimento :** 28/10/1958
Nome da Mãe : ASTROGILDA JOANA DE OLIVEIRA
Município : 2202208 CAMPO MAIOR
Raça / Cor : 99-SEM INFORMAÇÃO **Responsável :**
Prontuário :
CNS : 708103567416439
CPF :
CEP : 64280000

CPF Solicitante : 07806116320 **Solicitação / Autorização**
Procedimento Solicitado : 0408060352 JOSE GREGORIO XIMENES
Procedimento Autorizado : 0408060352
CID : RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO
Nº Laudo : 2478 Outros seguimentos ortopédicos especificados
Nº Prontuário :

Data : 07/04/2017 **Autorizador**
CPF : 09114351315 **ANTONIO AUGUSTO DA P. FILHO**
CNS : 170244261420002
Assinatura e carimbo (Nº do registro do conselho de classe) ;



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde											
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						7 - CNES					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES					
Identificação do Paciente											
5 - NOME DO PACIENTE <i>Fra Oliveira de Jesus</i>						6 - Nº DO PRONTUÁRIO					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3		10 - RAÇA / COR	
11 - NOME DA MÃE						DDD		12 - TELEFONE DE CONTATO		14 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						DDD		14 - TELEFONE DE CONTATO			
15 - ENDEREÇO (RUA - Nº, BAIRRO)											
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF		19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO											
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fret. dos ombros do Colômbio esq em compressão com sint.</i>											
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessita de t. not. e m. p. retinida de f. de Kersch</i>											
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>px de Colômbio</i>											
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Flet. oss. do Colômbio</i>											
24 - CID 10 PRINCIPAL											
25 - CID 10 SECUNDÁRIO											
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS											
PROCEDIMENTO SOLICITADO											
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Retinida de f. de Kersch</i>											
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO											
29 - CLÍNICA											
30 - CARÁTER DE INTERNAÇÃO											
31 - DOCUMENTO											
32 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE											
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)											
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO											
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)											
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)											
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO											
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO											
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO											
39 - CNPJ DA SEGURADORA											
40 - Nº DO BILHETE											
41 - SÉRIE											
42 - CNPJ EMPRESA											
43 - CNAE DA EMPRESA											
44 - CBO											
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA											
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO											
AUTORIZAÇÃO											
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR											
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO											
48 - DOCUMENTO											
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)											
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)											
51 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL <i>Fra Oliveira de Jesus</i>											

GRÁFICA PIAUIPEL (86) 3222-8005 • THF-P1





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR	2 - CNES 2777754
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR	4 - CNES 2777754

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 12542
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708103567416439	8 - DATA DE NASCIMENTO 28/10/1958
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 2	11 - TELEFONE DE CONTATO (86) 9953-26918
10 - NOME DA MÃE ASTROGILDA JOANA DE OLIVEIRA	12 - ENDEREÇO JOSE MARTILIANO, 91 - SANTA CRUZ
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAMPO MAIOR	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2202208
15 - UF PI	16 - CEP 64280-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fraturas dos ossos do cotovelo E, em consolidação com sintoma

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

na cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + exame de imagem

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura consolidada com sintoma

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.
2478

Confere com Original
Em 19/05/2017
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
José Augusto Alves Peres
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Retirada de fio K do cotovelo E	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0424060352
26 - CLÍNICA CIRURGIA GERAL	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ELETIVA
28 - DOCUMENTO () CNS (x) CPF	29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE JOSE GREGORIO XIMENES	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 5/4/2017
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR JOSE LAURINDO DA SILVA	44 - COD. ORGÃO EMISSOR E220000002	49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS (x) CPF 008.811.473-20	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
50 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL Francisca Oliveira de Sousa		



Atendimento	106299
Data:	05/04/2017
Hora:	11:13

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1026
CAMPO MAIOR/PI

Nº
JULIANA

BOLETIM DE ADMISSÃO

12542 - FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

CASADO(A) - Sexo: FEMININO - 28/10/1958 - 58 ANOS, 5 MESES, 8 DIAS

Clinica: CIRURGIA GERAL Enfermaria: CC02- CLINICA CIRURGICA - Fleito: CC0203 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 862 - JOSE GREGORIO XIMENES

CPF: 207.724.243-49 RG: 554153 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: JOSE MÁRTILIANO, N° 91 - CEP: 64280-000 Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI Profissão: APOSENTADO Telefone: () -

Pai: LUIS HONORIO DE SOUSA Mãe: ASTROGILDA JOANA DE OLIVEIRA

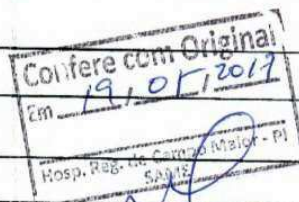
Responsável: LUCIANA DE SOUSA BARROS - FILHA

Posto inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

História Clínica

Fratura do osso do cotovelo E, com sintoma.



José Augusto Alves Peres
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

Diagnóstico Provável Fratura consolidada

JOSE GREGORIO XIMENES





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI
(86) 3252-4546

Resumo de Alta / Transferência

106299 - FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

Data: 5/4/2017 Leito: CC0203

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Retorno de Fran K.
do controle especial
do - para no caso de
Operações
Resumo H. Acordo

Dr. César Barros Rabelo
Médico do Trabalho
CRM-PI 1222 - CPF 218.059.543-34

Diagnóstico principal:

Fratura costal da 1ª costela

Diagnósticos Secundários:

Confere com Original
Em 12/04/2017
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☒ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:

Atm - h. p. t. e. s. e. s.
em duas dias e operado
credito

Dr. César Barros Rabelo
Médico do Trabalho
CRM-PI 1222 - CPF 218.059.543-34

Dr. César Barros Rabelo
Médico do Trabalho
CRM-PI 1222 - CPF 218.059.543-34

Data:

06/04/2017

Médico

CRM/Carimbo



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

NOME: *Car Oliveira da Sousa*

ENFERMARIA: *02*

LEITO: *07*



JOSE AUGUSTO ALVES PERES
SACRE - Hosp. Reg. Campo Maior - PI



DATA / HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
<i>06/04/2017</i>	<i>dieta ad libit</i> <i>10h00 - 12h00 - 14h00 - 16h00 - 18h00 - 20h00</i> <i>18:00h</i>	<i>18:00h</i>
	<i>dieta + lactina</i>	
	<i>Atenção com os</i> <i>ag. drog. e de</i> <i>preparação</i>	

Gráfica Piauípe/ (86) 3222-8005 - THE-PI

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luis

Dr. César Borges Ribeiro
Médico de Trabalho
CRM-PI 1222 - CPF 218.059.543-34

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4546
CEP: 64.280-000 • Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

16299 - FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

Data da internação: 05/04/2017 - 11:13:00

Sexo: F

Idade: 58 ANOS, 5 MESES, 8 DIAS

Responsável: LUCIANA DE SOUSA BARROS
Unidade: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Evolução

04/2017

Enfermeiro(a)

Assinatura

Page 1 of 1
Data Impresso: 06/04/2017

2:44:13	CLIENTE NO 1º DPO POR RETIRADA DE FIO EM COTOVELO ESQUERDO. EM REPOUSO NO LEITO. CONSCIENTE, ORIENTADA, FÍSICA, AFEBRIL. ACEITANDO DIETA OFERECIDA, DIURSE ESPONTANEA E FISIOLÓGICA. REALIZADO TROCA DE CURATIVO PELA TÉCNICA DE ENFERMAGEM ELITE. FO COM PEQUENA QUANTIDADE DE SECREÇÃO SANGUINOLENTA. MEDICO PRESCRITOR AVALIOU E PRESCREVEU ALTA APÓS ADMINISTRAÇÃO DAS MEDICAÇÕES. PRESTADO ORIENTAÇÕES.	KALLIA	 Kallia Andrade e Silva Enfermeira COREN-PI 323.093
---------	--	--------	--





Piauí
GOVERNO DO ESTADO

LEITO: 03

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

Dieta livre a partir das 20: h

2. Sulfur salinometer
3. Thermal 100 mg + 100 ml S. F 0.9% EU de 12/12 V
4. SSU + CCl₄ 670

CDREN 485883

Confere com Original
Em 19.05.2014
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
S.A.M.E.
José Augusto Alves Peres
S.A.M.E. - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Ext. 1.954.556-6

Phone (86) 3252-1372 • Fax (86) 3252-4546
CEP 64 230-000 • Campo Maior - PI
CNPJ 06.553.557/0006-42

Graphica Piauipet (86) 3222-8005 * THE-PI

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18102311171976000000003464771>

Número do documento: 1810231117197600000003464771

Num. 3587708 - Pág. 8

Gracia Piaupel (86)

Phone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4546
CEP: 54.280-300 • Campo Maior - PA
CNPJ: 06.553.564/0006-42

Número do documento: 18102311171976000000003464771

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

NOME: Francisca Oliveira Sousa DATA DE NASCIMENTO: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: _____

CIRURGIA: Retinada de Fios K com esclera N° SALA: _____

CIRURGIÃO: Dr. José Gregório CRM-PI: _____

AUXILIARES: 1° Antonia Felipe 2° _____

INSTRUMENTADOR (A): Suli CIRCULANTE: Antonia Vieira

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Pct em DDH sob bloqueio artier

1° Colocação de garrote m s E.

2° Degomulação

3° Osepsia + Antissepsia + Campos Esteril

4° Inserção no cotovelo E.

5° Retinada dos Fios K

6° Suturas.

7° Osepsia final + Curativo.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: NENHUMA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

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

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

DATA: 05/04/17 HORA: _____

CIRURGIÃO





F. de Oliveira Souza



MATERIAIS E MEDICAMENTOS SALA CIRÚRGICA

DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% ml	FRASCO	X 02	AGULHA DE RAQUE N°	UND	
SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% ml	FRASCO		AGULHA DE PERIDURAL N°	UND	
SORO GLICOSADO 5% ml	FRASCO		AGULHA 25X7	UND	
RINGER LACTATO ml	FRASCO		AGULHA 30X7	UND	
ÁGUA DESTILADA ml	FRASCO		AGULHA 40X12	UND	
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	AMP		AGULHA DE INSULINA	UND	
MANITOL 3% 200 ml	FRASCO		SCALP N°	UND	
FORMOL	ML		JELCO N°	UND	
ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGA DE 50 ml	UND	
ÁCOOL 70%	ML		SERINGA DE 20 ml	UND	02
PVPI DEGERMANTE	ML	X	SERINGA DE 10 ml	UND	02
PVPI TÓPICO	ML	X	SERINGA DE 5 ml	UND	
CLOREXIDINA	ML		SERINGA DE 3 ml	UND	
BSS 500ml	FRASCO		SERINGA DE 1 ml	UND	
VOLUVEN 6% 500 ml	FRASCO		DRENOS		
ISOCEL	FRASCO		DRENO DE PENROSE N°	UND	
ÉTER	FRASCO		DRENO DE SUÇÃO N°	UND	
FIOS			DRENO DE TÓRAX N°	UND	
NYLON N° 300	UND	02	DRENO DE KHER N°	UND	
CATGUT SIMPLES N°	UND		OUTROS MATERIAIS		
CATGUT CROMADO N°	UND		LÂMINA DE BISTURI N° 24	UND	06
CATEGUT CROMADO N°	UND		GAZES	UND	04
ALGODÃO COM AGULHA N°	UND		ESPARADRAPO	UND	
ALGODÃO SEM AGULHA N°	UND		MICROPORE	UND	
VYCRIL N°	UND		COMPRESSAS	UND	06
PROPELENE N°	UND		ALGODÃO	UND	
PROPELENE AGULHA GRANDE N°	UND		ATADURA 20 CM CM	UND	03
MONOCRYL N°	UND		EQUIPO MACROGOTAS	UND	
PDS N°	UND		EQUIPO MICROGOTAS	UND	
LUVAS			EQUIPO PARA SANGUE	UND	
PROCEDIMENTO	PAR	06	TORNEIRINHA	UND	
ESTÉRIL N°	PAR	06	POLIFLIX	UND	
SONDAGEM			TRANSOFIX	UND	
SONDA URETRAL N°	UND		IRRIGOPLAS VIAS	UND	
SONDA DE FOLEY 2 VIAS N°	UND		ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	UND	
SONDA DE FOLEY 3 VIAS N°	UND		CATETER DUPLA JOTA	UND	
SONDA NASOGÁSTRICA N°	UND		CATETER VENOSO DUPLA LUMEN	UND	
SONDA NASOENTERAL N°	UND		TUBO OROTRAQUEAL N°	UND	
COLETOR DE URINA FECHADO	UND		FILTRO BACTERIOLÓGICO P/TOT	UND	
COLETOR DE URINA ABERTO	UND		MATERIAIS ORTOPÉDICOS		
XYLOCAÍNA GELÉIA 2%	TUBO		CAIXA PEQUENO FRAGMENTO		
SONDA RETAL N°	UND		CAIXA GRANDE FRAGMENTO		
VASELINA	TUBO		FIO DE KIRSCHNER N°		
TELA PROTÉSICA			FIO DE STEINMAN N°		
cm x cm	UND		FIO DE CERCLAGEM N°		
cm x cm	UND		FIXADOR EXTERNO MMSS N°		
POMADAS			FIXADOR EXTERNO MMII N°		
COLAGENASE	TUBO		ÂNCORA N°		
NEOMICINA	TUBO		APARELHAGEM		
NITROFURAZONA	TUBO		ASPIRADOR		
SULFADIAZINA DE PRATA	TUBO		BISTURI ELÉTRICO		
			PERFURADOR		
			SERRA		
			hicholouina		
			Ceftriaxona		
			Dexametasona		

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Maria da Solange Maciel
Técnica de Enfermagem
COREN-PI 372.938
Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4546
CEP. 64280-000 - Campo Maior-PI
CNPJ. 06.553.564/0006-42

Original
19.08.2017
José Augusto Alves Peres
Coord. Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6





LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Responsáveis: Cirurgião, Auxiliar, Anestesiista, Instrumentador, Enfermeiro, Circulante.



Paciente Le Oliveira

Data de nascimento: 1/1/1971

Data: 05/04/17

CHECAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	CHECAGEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	CHECAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA
IDENTIFICAÇÃO (SIGN-IN)	CONFIRMAÇÕES (TIME-OUT)	REGISTROS (CHECK-OUT)
Confirmar com o paciente: Identidade (nome e data de nascimento): <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Jejum? <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Quantas horas? <u>7h</u> () Não Procedimento programado: <u>24.2.14.17</u>	Todos os membros da equipe se apresentam pelo nome e função. - Identificação do paciente: - Procedimento programado: - Sítio cirúrgico demarcado: - Placa de bisturi posicionada corretamente: - Profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica	Procedimento realizado: <u>24.2.14.17</u> Contagem das compressas correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <u>Plano de Trabalho</u> Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica Contagem de agulhas correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica
Para anestesia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não se aplica Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário): <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <u>ACAP (CNA 5)</u> Materiais/medicamentos para anestesia disponíveis na sala? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não O paciente possui alergia? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não O Paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Equipamentos para assistência disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não O paciente tem risco de perda sanguínea > 500ml (criança > 7ml/kg)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Tem acesso endovenoso adequado? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Tem reserva de sangue () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Antecipação de eventos críticos: Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista? <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Qual? Equipe de anestesia: alguma preocupação específica com o paciente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Qual? Checkagem da equipe de enfermagem: Todos os instrumentais estão disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Todos os instrumentais estão esterilizados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Todos os equipamentos necessários estão disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	Amostradas/biópsias estão identificadas (nome do paciente, data de nascimento, local anatômico, quantidade)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <u>Não se aplica</u> Registros completos no prontuário: Do procedimento intraoperatório: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Do procedimento anestésico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Todos os medicamentos administrados foram registrados e checados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritas? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
OBS:	Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Qual? <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro Luis

Cirurgião

Anestesiista

Instrumentador

Circulante

Confere com Original
Em 05/04/17
José Augusto Alves Pereira
SAME - Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
Matrícula 372438

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4546
CEP: 64.280-000 - Campo Maior-PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA
CHECK LIST - PRÉ-OPERATÓRIO



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

NOME: Francisca Oliveira de Sousa DN: 28.10.1958
DA CLÍNICA: Cirurgia
PARA CENTRO CIRÚRGICO

- ☒ Conferir a identificação do paciente.
- ☒ Conferir o tipo de cirurgia agendada.
- ☐ Verificar a reserva de sangue na agência transfusional.
- ☐ Confirmar a reserva de vaga na UTI, se necessário.
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga.
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa.
- ☒ Conferir retirada de adornos, esmalte e prótese (dentadura, etc).
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propés, camisola e lençol.
- ☐ Retirar peças íntimas.
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal.
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com Jelco nº 20 ou menor que 20.
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa com soro fisiológico a 0,9%.
- ☒ Verificar sinais vitais e registrar no prontuário.
- ☒ Avaliar estado geral do paciente.
- ☒ Fazer o registro de enfermagem no prontuário.
- ☒ Confirmar com o centro cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado.
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente.
- ☒ Encaminhar o paciente ao centro cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 antes do horário agendado para o procedimento.



Data: 05 de março de 17

Enfermeiro responsável: Kalila Andrade

Kalila Andrade
Enfermeira
COREN-PI 353.893

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luis

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4540
CEP 64205-000 - Campo Maior-PI
CNPJ 06.553.564/0005-42





**PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA
CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO**



NOME: F^{ca} Mariana Sousa DN: / /

DO: CENTRO CIRÚRGICO

PARA CLÍNICA: kirurgico DATA: 05/04/17 HORÁRIO: /

ITENS A SEREM CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR À CLINICA	CHECAR
Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento).	<input checked="" type="checkbox"/>
Confirmar com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo.	<input checked="" type="checkbox"/>
Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário.	<input checked="" type="checkbox"/>
Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso).	<input checked="" type="checkbox"/>
Verificar se os exames estão anexados ao prontuário.	<input checked="" type="checkbox"/>
Verificar se há solicitação de Raio-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia.	<input checked="" type="checkbox"/>
Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo dor).	<input checked="" type="checkbox"/>
Fazer registro de enfermagem no prontuário.	<input checked="" type="checkbox"/>
Solicitar o maqueiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	<input checked="" type="checkbox"/>

Conferir com Original
Em 19/05/2019
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
SAME
JOSÉ AUGUSTO ALVES PARES
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Mat. 158459-6

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
	 Mariana da Silva Técnica de Enfermagem COREN-PI 372.938

OBS: O paciente deve ser encaminhado à clínica e radiologia obrigatoriamente de maca. O preenchimento deve ser feito pelo enfermeiro ou técnico do CC.

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4540
CEP: 64.280-000 - Campo Maior-PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
ANESTESIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Fca Oliveira Sousa
Prontuário: 12542 Nascimento: 28 / 10 / 58 Estado civil: casado
CARTÃO DO SUS: 708 103 567 416 439

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

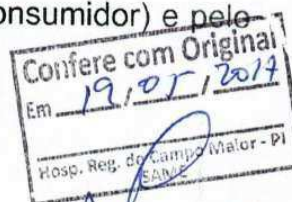
REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____
Estado civil: _____ Nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____
Parentesco: _____ Residente em: _____

Eu, _____ (paciente/responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____ devendo ser submetido à anestesia _____.

Declaro ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a anestesia a que serei/será submetido.

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Consentimento está em conformidade com a lei nº 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e pelo Código de Ética Médica seu artigo 22.



Jose Augusto Alves Pares
SANE - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Mat. 190430-6

Campo Maior (PI), 05 de abril de 2017.

Assinatura do paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico e CRM





**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
CIRURGIA**

DADOS DO PACIENTE			
Nome:	Faz de Oliveira Sousa		
Prontuário:	12542	Nascimento:	28/10/58
Estado civil:	Casado		
CARTÃO DO SUS:	708 103 567 416 439		

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL			
Nome:			
Estado civil:		Nascimento:	/ /
Parentesco:		RG/CPF:	
	Residente em:		

Eu, _____ (paciente/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.

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Consentimento está em conformidade com a Lei nº 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e pelo Código de Ética Médica no seu artigo 22.

Campo Maior (PI), 05 de abril de 2017.



Assinatura do paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico e CRM

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252/4546
CEP: 64.280-000 - Campo Maior-PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: Francisca Oliveira de Sousa ENF: 02 LEITO: 03

Sexo: M () F (X) Idade: 58 Estado Civil: Solteiro () Casado / União Estável (X)
Viúvo () Separado ()

2. PROCEDÊNCIA: Deste Município (X) Outros: _____
Deambulando (X) Cadeira de rodas () Maca () Sozinho () Acompanhado () SAMU ()

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico () Cirúrgico (X) Obstétrico ()

Se obstétrico: DUM: _____ IG: _____ G _____ P _____ A _____

Queixa principal: Retenção de material de sutura em cotovelo e

4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão () Diabetes () tabagismo () Etilismo () Doença cardíaca

Doença renal () Alergias () Outros ()

disipação

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido (X) Confuso () Coma superficial () Coma profundo ()

Estado emocional: Agitado () Tranquilo (X) Tenso () Deprimido ()

Pele: Normocorada (X) Hipocorada () Cianose () Sudorética ()

Hidratado (X) Desidratado () Hiperemia () Local: _____

Integridade da pele: Sim (X) Não () Obs: _____

Rede venosa: Visível (X) Não visível ()

Edemas: Ausência (X) Presença () Local: _____ Generalizado ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico (X) Bradpnéico () Taquipnéico () Dispneico ()

Tosse seca () Tosse produtiva () Hemoptise () Dor torácica () Epistaxe ()

Outros: _____

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia () Pirose () Disfagia () Náuseas () Vômitos () Hematêmese ()

Dor abdominal () Dor epigástrica ()

Alimentação: Oral (X) Por SNG () Aceita normal () Aceita parcial () Não aceita () Em jejum

Hábito Intestinal: Freqüência diária () Diarréia () Constipado () Última evacuação: _____

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal (X) Por SVD () Poliúria () Polaciúria () Oligúria () Hematúria ()

Incontinência () Disúria () Anúria () Aspecto: Claro (X) Truço ()

Sono e repouso: Preservados (X) Insatisfatórios ()

Outras queixas: Febre () Dor () Local: _____ Outras: _____

SSVV: Tax°C: 36,4 P _____ R _____ PA 100/60

Medicações de uso regular: Não (X) Sim () Quais: _____

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção relacionado a procedimento cirúrgico.

Data: 05/04/17 Enfermeiro: Klus

Klus
Enfermeiro
COREM-PI 353.393

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luis

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4546
CEP: 64.280-000 • Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42

Confere com Original
Em 19.05.2017
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
S.A.M.E.

Jose Augusto Alves Peres
S.A.M.E. - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Mat. 190439-6





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

Cirurgia



Nome do Paciente: Francisco Oliveira de Sousa

Data do Nascimento:

Data do Registro: 23/03/17

Médico(a): José Gregório Ximenes

RAIO X DO COTOVELO ESQUERDO

Fraturas supra-condiliana do úmero e do olecrano. (Controle).

Dr. José Luiz da Paz
Radiologista
CRM: 0367 / CPF: 030.027.993 - 00



Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luis

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4546
CEP. 64280-000 - Campo Maior-PI
CNPJ. 06.553.564/0008-42





SAMI

SOCIEDADE DOS AMIGOS DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE vítima DE ACIDENTE DE MOTO-
CICLISTA NO DIA 28/09/2016, TENDO
COMO RESULTADO FRATURA EXPOSTA DE
COTOVELO ESQUERDO, PARA A QUAL
FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Hoje a mesma encontra-se com
70% DE INCAPACIDADE DE MEMBRO
SUPERIOR ESQUERDO MAIS DEFORMIDADE
DO MEMBRO.

Data: 30 / 04 / 2018

Heldernilson Eugênio
Médico
CRM: 2885

Assinatura do(a) Médico(a)



Pergunte ao
Dr Denilson
97.5

Todo sábado
LÍDER FM
às 09:00h.

Na net. radioliderfm975.wixsite.com/radioliderfm

SAMI
CNPJ: 14.627.094/0001-38
Site: www.sami.org.br
PRESIDENTE: DR. DENILSON EUGÊNIO
EMAIL: SAMISAUDE@YAHOO.COM.BR

