

**PROCURAÇÃO “AD-JUDICIA ET EXTRA”**

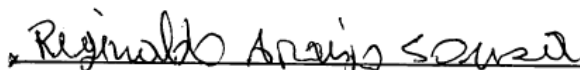
**OUTORGANTE: REGINALDO ARAÚJO SOUSA**, brasileiro, portador da identidade nº 3.562.631 SSP/PI, CPF: 068.788.563-96, residente e domiciliado na Localidade Baixa Grande, S/N, Zona rural, União – PI.

pelo presente instrumento de procuração, ao final assinado, nomeia e constitui seus bastante procuradores

**OUTORGADOS: ARTHUR LENNON ALVES MENESES e JEFFERSON LIMA DA SILVA**, advogados inscritos na OAB/PI sob os números 15.984 e 15.658, com escritório localizado à Av. 19 de outubro, 1079, bairro: Lourival Parente, Teresina-PI,

A quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral à defesa de seus direitos e interesses, com a “cláusula ad judicium e et extra” a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-os quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber quitação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Teresina, 05 de janeiro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
OUTORGANTE

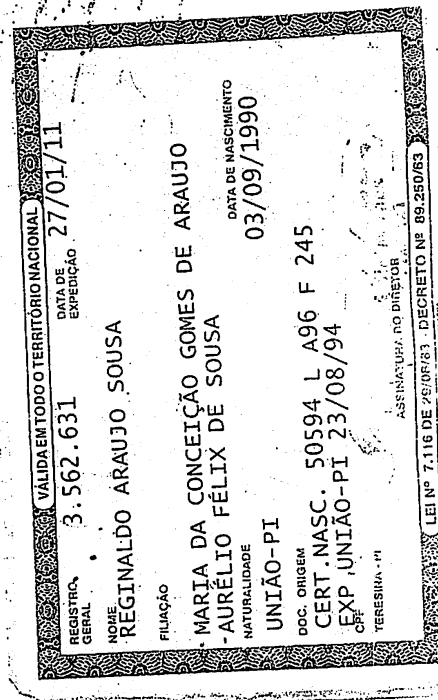
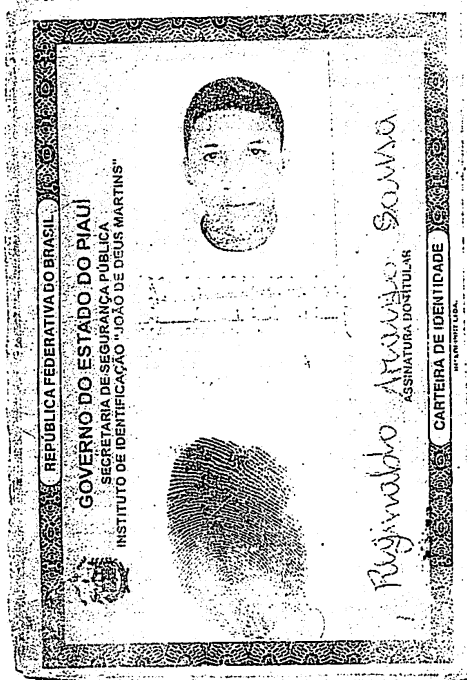


CÓDIGO DE CONTROLE  
E17F.BE4A.40FC.2E98

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 08:51:05 do dia 30/07/2012 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
068.788.563-96

Nome  
REGINALDO ARAUJO SOUSA

Nascimento  
03/09/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0824672-6

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

Nº da Nota Fiscal 013712663

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
NOVEMBRO/2018	23/11/2018	97	58,2

MARIA DA CONCEICAO GOMES DE ARAUJO  
LC BAIXA GRANDE S/N B-RURAL  
CPF: 00094043310315  
CEP: 64.120-000 - UNIAO

DADOS DA LEITURA kWh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	11025	Atual:	16/11/2018
Anterior:	10928	Anterior:	16/10/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/12/2018
Consumo Medido:	97	Emissão:	14/11/2018
Consumo Faturado:	97	Apresentação:	16/11/2018
TARIFA SOCIAL NORMAL		31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat. Média 12
RESID. BX. RENDA	MONO	A397051		1.4.1.1

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
OUT/18	80	CONSUMO	30 A R\$ 0,210939 = 8,4
SET/18	77		67 A R\$ 0,41623 = 32,2
AGO/18	80	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CDSIP)	5,2
JUL/18	65	DIFERENCA DE TARIFA	38,6
JUN/18	73	SUBVENCAO BAIXA RENDA	27,5
MAI/18	67	CORRECAO MONETARIA IG 10/13-10	0,3
ABR/18	71	MULTA POR ATRASO 10/18-00	0,8
MAR/18	69	DIUROS POR ATRASO 10/18-00	0,2
FEV/18	73	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,25
JAN/18	82	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	1,20

TARIFA SOCIAL TRIBUTOS:  
0 A 30 - 0,20054  
31 A 50 - 0,34054

#### MESSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 14/11/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 30ED.517E.AB15.4590.5A2B.DD87.DC70.092B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	16,17	Base de Cálculo:	79,34
Energia:	30,72	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,83	Valor do ICMS:	17,45
Encargos:	4,89	Valor do PIS:	0,94
Tributos:	22,73	Valor do COFINS:	4,34

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

DS	IS	AME	FECH
----	----	-----	------



Assinado eletronicamente por: ARTHUR LENNON ALVES MENESES - 08/01/2019 17:41:15  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19010817411582000000003885011>  
Número do documento: 19010817411582000000003885011



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

804 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001223/2016-12

Complementar ao BO Nº: 107500.001219/2016-54

Unidade Policial: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Thiago Da Silva Macedo

Data/Hora: 17/08/2016 - 14:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

20º DP - UNIÃO

30/07/2016 - 14:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

LOCALIDADE BAIXA GRANDE, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS ARAUJO SOUSA

RG: 50113470 SSPPI PI

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES ARAUJO

Endereço: LOCALIDADE BAIXA GRANDE, Nº

Complemento: LOCALIDADE BAIXA GRANDE

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Nome: REGINALDO ARAUJO SOUSA

RG: 3562631 SSPPI PI

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES DE ARAUJO

Endereço: LOCALIDADE BAIXA GRANDE, Nº

Complemento: LOCALIDADE BAIXA GRANDE

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9947-3802

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

COMARCA DE UNIÃO

CARTÓRIO MATIAS QUARESIMA

SEGUNDA OFICINA

MARIA DELIA RODRIGUES

Tabela Pública e Juiz

Civil e dos Casamentos

LUCINETE OLIVEIRA

Escrevente

Concl. Tipo Envolv.: VITIMA

CERTIDÃO  
Certifico, que a presente fotocópia  
confere com o original que conferi  
o que reporto e sou f.  
Em testemunho da verdade  
União (PI) 27/10/2016

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. 125 FAN

Ano: Placa:

2008 NMQ3298

Chassi:

9C2JC30708R778542

Renavam:

143506951

Cor:

Preta

Condutor: REGINALDO ARAUJO SOUSA

RG: 3562631 Órgão: SSPPI UF RG: PI

End: LOCALIDADE BAIXA GRANDE Número: Complemento: LOCALIDADE BAIXA GRANDE

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: ANTONIO CARDOS DA SILVA FILHO

End: RUA 19 Número: 17

Cidade: TIMON UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

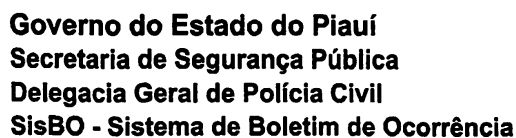
RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLICIA PRA INFORMAR QUE O SEU IRMÃO DE NOME REGINALDO VINHA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA QUANDO O SEU IRMÃO FOI DESVIA DE UM CARRO QUE ESTAVA PARADO NA ESTRADA QUANDO VEIO OUTRA MOTOCICLETA E LHE FECHOU E REGINALDO DESCEU A RIBANCEIRA E TEVE UMA LESÃO NA PERNA ESQUERDA COM FRATURA EXPOSTA.E OS TESTEMUNHA AJUDARAM A SOCORRER REGINALDO AS TESTEMUNHAS SÃO,MARIA DA CRUZ LIMA ARAUJO DE RG.1.803.446 RESIDE NA LOCALIDADE VARGINHA E LENITA MARIA RODRIGUES FERNANDES RG.1558085 RESIDE NA LOCALIDADE TABOCA.

Relatório de Ocorrência emitido em: 17/08/2016 15:08 - SisBO@2011-2016 ATI

Página 1/2





804 v. 1.0

**Complementar ao BO Nº: 107500.001219/2016-54**

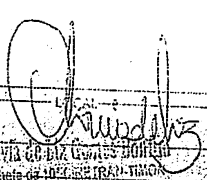
Thiago Da Silva Macedo - Mat. 2823403  
AGENTE DE POLÍCIA

07500.001219/2016-84  
Francisca das Chagas Araújo Sousa  
FRANCISCA DAS CHAGAS ARAUJO SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

**ANA LUIZA MARQUES DOS REIS**  
Delegado de Polícia

**CERTIDÃO**  
 Certifico, que a presente fotocópia  
 confere com o original que conferi  
 o que reporto e dou fé.  
 Em testemunho \_\_\_\_\_ de verdade  
 União (PI) 15/08/16

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - MA	Nº 8093329023
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
1	143506951
NOME/ENDERECO	
ANTONIO CARDOSO DA SILVA FILHO	
RUA 19 NR 17	
CIDADE NOVA	
65630000 TIMON - MA	
CPF/CGC	PLACA
30529280310	NMQ3298
NOME/INTERIOR	
SOL NASCENTE MOTOS LTDA	
PLACA ANT/LF	CHASSI
V. NOVO MA	902JC30708R77E542
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO FAB - ANO MOD
HONDA/CG 125 FAN	2008 2008
CAP/POT/CIL	CATEGORIA
00002P/0124 CIL	PARTIC
COR PREDOMINANTE	
PRETA	
MOTOR: JC30E7877E542	
AF /ADM CONS NAC HONDA LTDA	
LOCAL	DATA
TIMON-MA	21/05/09
 Chefe do Departamento de Registro de Veiculos Matr. 1588201	



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Carlos da Silva Filho,  
RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 305.292.803-10, com  
domicílio na cidade de Timon, no Estado de  
Maranhão, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua 49, Cidade Nova, nº 17,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Roginaldo Augusto Sousa, cujo o condutor era  
\_\_\_\_\_.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA / CG 125 FAN  
Ano: 2008 / 2008  
Placa: NMA-3238  
Chassi: 9C28C30708R778542  
Data do Acidente: 30/07/2016  
Local e Data: União - PI, 30 de Julho de 2016

x \_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





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

804 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001223/2016-12**

Complementar ao BO Nº: 107500.001219/2016-54

Unidade Policial: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Thiago Da Silva Macedo

Data/Hora: 17/08/2016 - 14:36

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Data/Hora

30/07/2016 - 14:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

LOCALIDADE BAIXA GRANDE, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS ARAUJO SOUSA

RG: 50113470 SSPPI PI

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES ARAUJO

Endereço: LOCALIDADE BAIXA GRANDE, Nº

Complemento: LOCALIDADE BAIXA GRANDE

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Nome: REGINALDO ARAUJO SOUSA

RG: 3562631 SSPPI PI

Tipo Envolv.: VÍTIMA

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES DE ARAUJO

Endereço: LOCALIDADE BAIXA GRANDE, Nº

Complemento: LOCALIDADE BAIXA GRANDE

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9947-3802

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

1 - HONDA. 125 FAN

Ano: Placa: Chassi:

2008 NMQ3298 9C2JC30708R778542

Renavam:

143506951

Cor:

Preta

Condutor: REGINALDO ARAUJO SOUSA

RG: 3562631 Órgão: SSPPI UF RG: PI

End: LOCALIDADE BAIXA GRANDE Número: Complemento: LOCALIDADE BAIXA GRANDE

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: ANTONIO CARDOS DA SILVA FILHO

End: RUA 19 Número: 17

Cidade: TIMON UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLICIA PRA INFORMAR QUE O SEU IRMÃO DE NOME REGINALDO VINHA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA QUANDO O SEU IRMÃO FOI DESVIA DE UM CARRO QUE ESTAVA PARADO NA ESTRADA QUANDO VEIO OUTRA MOTOCICLETA E LHE FECHOU E REGINALDO DESCEU A RIBANCEIRA E TEVE UMA LESÃO NA PERNA ESQUERDA COM FRATURA EXPOSTA.E OS TESTEMUNHA AJUDARAM A SOCORRER REGINALDO AS TESTEMUNHAS SÃO,MARIA DA CRUZ LIMA ARAUJO DE RG.1.803.446 RESIDE NA LOCALIDADE VARGINHA E LENITA MARIA RODRIGUES FERNANDES RG.1558085 RESIDE NA LOCALIDADE TABOCA.







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

804 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001223/2016-12**

*Thiago da Silva Macedo*

Thiago Da Silva Macedo - Mat. 2823403  
AGENTE DE POLÍCIA

Complementar ao BO Nº: 107500.001219/2016-54

*Francisca das Chagas Araújo Sousa*

FRANCISCA DAS CHAGAS ARAUJO SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

ANA LUIZA MARQUES DOS REIS  
Delegado de Polícia





# HOSPITAL Dr. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Data: 30/07/2016

Hora: 14:31

DIEGO

15:10

PA 180 + 70

FICHA DE									
CONTROLE:0000038896		SERVIDOR:DIEGO			DATA:30/07/2016		HORA:14:29:00		
01.DADOS DO									
NOME:REGINALDO ARAUJO SOUSA				DATA NASCIMENTO:03/09/1990		IDADE 25 ANO(S)SEXO:M			
NOME DA MÃE:MARIA DA CONCEICAO G. DE ARAUJO									
CNS:203608950710007			RG:3562631			CONTATO			
ENDEREÇO:BAIXA GRANDE					CEP:				
BAIRRO:Z. RURAL			CIDADE:UNIÃO				UF:PI		
FORMA DE ENCAMINHAMENTO POPULARES									
<input type="checkbox"/> DEMANDA ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS									
02.ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
MOTIVO DA PROCURA:				TRAUMA:		CLÍNICO:		PEDIATRIA:	
S.VITAIS		FC:0		PA:		SAT.O2:0		T: 0	
DOR:0		ECG:		GLICEMIA:0		PESO:0		ALTURA:0	
DISCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:									
OBSERVAÇÕES: pac. refere acidente de motocicleta apresenta fratura exposta m.i.esquerdo,									
<input checked="" type="checkbox"/> VERMELHO <input type="checkbox"/> LARANJA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> AZUL									
HORÁRIO:		ENFERMEIRO(A):SIMONE ALMEIDA MEDEIROS DA ROCHA				CONSELHO REGISTRO: OREN		342126	
03.HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO									
<i>ferimento e machucado</i>									
04.EXAMES COMPLEMENTARES <input type="checkbox"/> LABORATORIAL <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US									
05.DIAGNÓSTICO									
<i>fratura da perna esquerda</i>									
06.PRESCRIÇÃO MÉDICA									
<i>13 dias de tratamento valer 75 mg 1 vez ao dia</i>									
07.CONDUTA									
<input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE									
HORA SAÍDA:		ENFERMEIRO(A)				<input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> NÃO URGÊNCIA			
MÉDICO/CRM:					ASSINATURA DO PACIENTE				
<i>Valter Sá Lima</i> CRM 2058 F 073 708 503-06					REGINALDO ARAUJO SOUSA				

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 15/08/16

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

2016 07 30 00 99





SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS  
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 30/07/16 HORA: 14:39 Nº DO TELEFONE: (86) 3265-1116

HOSPITAL SOLICITANTE J. Rocha Furtado MUNICÍPIO União

MÉDICO: Valter Sá Lima CRM: \_\_\_\_\_

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia ( ☒ ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Pediatria ( ) Outro \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Reginaldo Araújo Sousa

Data de Nascimento 03-09-1990 Idade: 25 anos Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino

CPF \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde 203608950730007

Município de Procedência União

HDA: Paciente vítima de acidente  
de trânsito em função de uma escuridão  
(falta de sinal)

HD: \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mrm PA: 130 x 80 mmHg Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio ( ☒ ) Hidratação Venosa \_\_\_\_\_  
( ) Aspiração ( ☒ ) Medicação (especificar) Valtarem 1M 1amp.  
( ) Curativo ( ) Outros \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico

Dr. Valter Sá Lima

CRM 2058

CPF 078 708 503-06

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clínica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 205607300098

CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA: 30/07/16  
ANTONIA R. VIANA DA SILVA





NOME DO PACIENTE: Reginaldo Araújo Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 813972

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME**

“O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO”.





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

ORTOPEDIA - OR  
CIRURGIA GERAL

# BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Nome:	REGINALDO ARAUJO SOUSA	Prontuário:	413972
Mãe:	MARIA DA CONCEICAO GOMES DE ARAUJO	Pai:	AURELIO FELIX DE SOUSA
End. Resid.:	BAIXA GRANDE - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento:	03/09/1990	Idade:	25a:10m:27d
Responsável:	JOSE WILSON	Sexo:	Masculino
Profissão:	LAVRADOR	Fone:	86-99447-3809
G. Instrução:	Médio Incompleto	CNS:	706702598133312
End. Local.:	- - -	Documento:	CPF: 068.786.563-96
		E. Civil:	Solteiro(a)

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	559680	Data:	30/07/2016 16:02:28	Condução:	AMPLIADA - INTERIORE
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)	Convênio:	S U S		
Id. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundario:	V299

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Fratura exposta	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, A QM. CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPOSTA A FRATURA EXPONTA EM MÃO. NEGA TRAUMA CEFÁLICO. LESÕES MÚLTIPLAS EM MÔMBOS E MÃOS.		JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 30/07/2016 16:08:15	

## DADOS CLÍNICOS: (Hora: 16:30)

Reflexos acilados de 2 h em tórax em M1 E e guarnecidos em fêmur;  
ao exame: dor, ferida perfurante aberta e deformatada em cost. C.  
RX - Fratura Deformada Comminada de Tórax D  
Cl. Encaixe ao Centro Cirúrgico APÓS LIBERAÇÃO DA CIRURGIA GERAL  
Exame direto M1 e fêmur ortopedic

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:	
Diagnóstico Inicial:							

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:


## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	/ /	HORA:	:	Procedimento	CID
-------	-----	-------	---	--------------	-----

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

FIS IN \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 30/02/2016

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Roginaldo Araújo Sampaio</u>	PRONTUÁRIO N°:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	N° DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Claudio Nogueira</u> <u>Ortopedia / Traumatologia</u> <u>CRMPL 224.620-1/1991</u>	CPF N°:
AUXILIAR:	CPF N°:
ANESTESIA:	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <u>Ann glaydes</u>	CPF N°:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>2</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>8</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	20	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	40	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADADO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>cateter tipo orelha</u>	ti.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	ti.	03	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>curam</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>signada</u>			
PROLENE							

HUT-SANIF  
CONFERE COM O ORIGINAL  
TERESINA, PL 12/01/16  
SERVIDOR: \_\_\_\_\_





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Mod. 76 HUT

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 11 / 08 / 16**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

NOME DO PACIENTE: <u>Reginaldo Araújo Sousa</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>413972</u>
DIAGNÓSTICO: <u>FRT. INF. AMN. E</u>	CIRURGIA: <u>MFCI PMS</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	N° DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Léo</u>	CPF <u>Dr. Léo Tsé Frontiers</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u>
AUXILIAR:	CPF <u>CRM 2660</u> CPF <u>746.635.933-7</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Aldo</u>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <u>Claudiana</u>	CPF N°:

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>Nº 24</u>	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>2.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRADO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>CREPON</u>	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	<div>MUT. SAÚDE CONF. COORD. GERAL TERESINA, PI <u>12.08.16</u> SERVIDOR: _____</div>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.		—					
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO C/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG.		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON <u>Nº 2.0</u>	UNID.	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>Nº 0</u>	UNID.	01		CIRCULANTE: <u>Benildo</u>			
PROLENE		—					







## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente			REGINALDO AMARAL JOLIS		
Diagnóstico pré-operatório			FRAT. FEMUR (L) LOURDE		
Operação - Tipo			MFC RM 2089		
Cirurgião		1º Assinante		2º Assinante	
LAETIS		Dr. Aldo José da Silva		3º Assinante	
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)		Dr. Aldo José da Silva Médico Anestesiologista CRM-PL 4482			
Data da Operação		Início		Fim	
11/08/16					
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					

HUT - 40416  
COM. DE REG. E CONT. DE  
TERESINA, P. 12/08/16  
SERVIDOR

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(1) DDH (2) ASSEPSIA (3) CAUPOS  
(4) PRESSO URM (5) RMFCY PDL DCP  
(6) SUTURA (7) URM

Dr. Aldo José da Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
RM 2089 CRM 4482

MOD. 76 - HUT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4870  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**SUS SUS**

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	REGINALDO ARAUJO SOUSA	Prontuário:	413972
Mãe:	MARIA DA CONCEICAO GOMES DE ARAUJO	Pai:	AURELIO FELIX DE SOUSA
End. Resid.:	BAIXA GRANDE - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000	Sexo:	Masculino
Nascimento:	03/09/1990	Idade:	25a:10m:27d
Responsável:	JOSE WILSON	CNS:	706702598133312
Profissão:	LAVRADOR	Documento:	CPF: 0-8.788.563-96
G. Instrução:	Médio Incompleto	E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local.:	- - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	559680	Data:	30/07/2016 16:02:28	Condução:	EM MOTOCICLETA (MOTOR)	Convênio:	S U S
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA	Pl. Saúde:	Não	Trauma:	Não	Maus Tratos:	Não
acid. Trab.:	Não	Caso Policial:	Não				

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 30/07/16 17:40 ESPECIALISTA: Cir. geral  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pac. vítima de acidente automobilístico há 105 h, qd. sentando no banco da esquerda (quadrado de 3" grau) e sinais de fratura no fêmur. A fratura é fechada, sem sinais de contusão peritumoral. Sem conduta cirúrgica no momento.  
CS: Alta da cirurgia geral.

Carimbo/Assinatura Solicitante

MEDICO  
CRM-PI 6181

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_ ESPECIALISTA: HU - GME

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



FMS

SUS



**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**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES

**5828856**

Código da  
Internação:

4-CNES

**5828856**

**169835**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: **REGINALDO ARAUJO SOUSA**

6 - Prontuário: 413972

7-CNS: 706702598133312

8-Nascimento: 03/09/1990

9-Sexo: Masculino

CPF: 068.788.563-96

11-Mãe: MARIA DA CONCEICAO GOMES DE ARAUJO

12-Fone: 86-99447-3809

13-Resp: JOSE WILSON

14-Fone: 86-99447-3809

15-Ender: BAIXA GRANDE - ZONA RURAL - CEP: 64120-000

17-Cod.IBGE: 221110

18-UF: PI

19-CEP: 64120-000

16-Munic: UNIAO

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.

**0408050519**

30 - Procedimento Principal / Descrição:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR**

31-Cod.Procedi-  
mento Especial

**0702030910**

32 - Descrição do Procedimento Especial:

**PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)**

Quant. Soli-  
cidada:

**1**

38-Profissional Responsável:

**LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA**

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Med. Solic.:

**746.635.933-72**

39-Data Solicitação:

**11/08/2016**

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle  
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

CARTÃO DE AVALIAÇÃO







SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS  
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 30/07/16 HORA: 14:39 Nº DO TELEFONE: (86) 3265-1116

HOSPITAL SOLICITANTE: I. Rocha Furtado MUNICÍPIO: União

MÉDICO: Valter Sá Lima CRM: \_\_\_\_\_

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia ( ☒ ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Pediatria ( ) Outro \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Reginaldo Araújo Sousa

Data de Nascimento: 03-09-1990 Idade: 25 anos Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino

CPF: \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde: 203608950730007

Município de Procedência: União

HDA: Acidente de trânsito com lesão grave  
em via pública  
(sem culpa)

HD: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mmm PA: 130x80 mmHg Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio ( ☒ ) Hidratação Venosa \_\_\_\_\_  
( ) Aspiração ( ☒ ) Medicação (especificar) Valtarem I.M. 1amp.  
( ) Curativo ( ) Outros. \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico

Dr. Valters Sá Lima  
CRM 2058  
CPF 078 708 503-06

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HVT

Clinica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 203607300098

CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA: 31/07/16  
ANTÔNIA R. VIANA DA SILVA





# HOSPITAL Dr. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Data: 30/07/2016

Hora: 14:31

DIEGO

PA 180 + 70

FICHA DE			
CONTROLE:0000038896	SERVIDOR:DIEGO	DATA:30/07/2016	HORA:14:29:00
01.DADOS DO			
NOME:REGINALDO ARAUJO SOUSA	DATAINASCIMENTO03/09/1990	IDADE 25 ANO(S)SEXO: M	
NOME DA MÃEMARIA DA CONCEICAO G. DE ARAUJO			
CNS:203608950710007	RG:3562631	CONTATO	
ENDEREÇO:BAIXA GRANDE	CEP:		
BAIRRO:Z. RURAL	CIDADE:UNIÃO	UF:PI	
FORMA DE ENCAMINHAMENTO POPULARES			
<input type="checkbox"/> DEMANDA ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> SAMU	<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS
02.ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
MOTIVO DA PROCURA:		TRAUMA:	CLÍNICO:
S.VITAIS:FC:0	PA:	SAT.O2:0	T:0
DOR:0	ECG:	GLICEMIA0	PESO:0
ALTURA:0	DISCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA		
OBSERVAÇÕES: pac. refere acidente de motocicleta apresenta fratura esposta m.i.esquerdo,			
<input checked="" type="checkbox"/> VERMELH	<input type="checkbox"/> LARANJA	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERD <input type="checkbox"/> AZUL
HORÁRIO:	ENFERMEIRO(A):SIMONE ALMEIDA MEDEIROS DA ROCHA	CONSELHO:REGISTRO: OREN	342126
03.HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO			
2016 07 30 00 97			
04.EXAMES COMPLEMENTARES			
<input type="checkbox"/> LABORATORIAL	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> US	
05.DIAGNÓSTICO			
fratura de humerus esquerdo			
06.PRESCRIÇÃO MÉDICA			
13 dias de tratamento valer 70 + 70 - 50			
07.CONDUTA			
<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> EVASÃO	<input type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE
HORA SAÍDA:	ENFERMEIRO(A)	URGÊNCIA	EMERGÊNCIA
MÉDICO/CRM:	ASSINATURA DO PACIENTE		
Valter Sá Lima CRM 2058	REGINALDO ARAUJO SOUSA		
F 079 708 503-06			

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 15/07/16

ANTONIA R. VIANA DA SILVA





NOME DO PACIENTE: Reginaldo Araújo Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 813972

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





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

ORTOPEDIA - OR  
CIRURGIA GERAL

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NHE 01/08/16

Imp: 30/07/2016 16:08:16

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	REGINALDO ARAUJO SOUSA	Prontuário:	413972
Mãe:	MARIA DA CONCEICAO GOMES DE ARAUJO	Pai:	AURELIO FELIX DE SOUSA
End.Resid.:	BAIXA GRANDE - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento:	03/09/1990	Idade:	25a:10m:27d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99447-3809
Responsável:	JOSE WILSON	CNS:	706702598133312
Profissão:	LAVRADOR	Documento:	CPF: 068.788.563-96
G. Instrução:	Médio Incompleto	E.Civil:	Solteiro(a)
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	559680	Data:	30/07/2016 16:02:28	Condução:	MOTOCICLETA
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)			Convênio:	S U S
Id.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
			CID Secundario:	V299	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Fratura exposta	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, A QNH. CONSCIENTE, ORIENTADO. APRESENTA FRATURA EXPONTA EM MEB. NEGA TRAUMA CEFÁLICO. LESÕES MÚLTIPLAS EM PARTES DO CORPO.		JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 30/07/2016 16:08:15	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 16:30)

Refere-se a lesão de 2h em trauma em MLE a quem se refere;  
ex exame: dor, ferimento profundo, extenso e defeituoso em parte C.  
Rx - Fratura Definitiva Comminada de Fêmur  
A. Encaminhado ao Centro Cirúrgico APÓS LIBERAÇÃO DA CIRURGIA GERAL  
Exame direto pl. após ortopedia

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:						CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

HUT-SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PI 12/08/16 SERVIDOR:	
--	--

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	1/1	HORA:	:
Procedimento		CID	

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico







# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 30/02/2016

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Reginaldo Araújo Sampaio</u>	PRONTUÁRIO N°:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	N° DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Claudio Nogueira</u> <u>Ortopedia / Traumatologia</u> <u>CRMPL 23814/DF 11261</u>	CPF N°:
AUXILIAR:	CPF N°:
ANESTESIA:	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <u>Ana glaydes</u>	CPF N°:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N° <u>2</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° <u>8</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	20	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	40	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRADO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° <u>20</u>	UNID.	01		<u>cateter tipo oculo</u>	ti.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>41-03</u>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Curon</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				HUT-SAME			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				TERESINA, PI 12/01/16			
ALCOFIL				SERVIDOR: _____			
MONONYLON	2-0	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Aguiar</u>			
PROLENE							





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Reganolds Aranyis Sam</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura exposta fêmur E</i>		
Operação - Tipo <i>LMC + Fixação externa</i>		
Cirurgião <i>Dr. Cláudio Nogueira</i> <small>Dr. Cláudio Nogueira Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 11.580712681</small>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>30/07/16</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>O mesmo</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

HUT-SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
TERESINA, PL *12/08/16*  
SERVIDOR: *[assinatura]*

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) O.P.D. - DDIT sub onstent
- 2) Amputação 7 Antisepsia + Lavagem externa
- 3) LMC abundante (1 SF0,9%)
- 4) Labores fixados externamente -  
fêmur E
- 5) Sutura + Curativo

*[Assinatura]*  
Dr. Cláudio Nogueira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 11.580712681

Mod. 76 HUT





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 11 / 08 / 16

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Reginaldo Araújo Sousa</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>413972</u>
DIAGNÓSTICO: <u>FRIT. Inf. FUR (E)</u>	CIRURGIA: <u>MF: C1 PMS</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	N° DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Léo</u>	CPF <u>Dr. Léo Tsé Frontiers</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u>
AUXILIAR:	CPF <u>DRM 2660</u> CPF <u>746.635.933-71</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Aldo</u>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <u>Claudiana</u>	CPF N°:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n°24	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N° 8.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRADO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—		CREPON	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA  HUT-SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PI 12/08/16 SERVIDOR: _____			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.		—					
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO C/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG.		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON N° 2.0	UNID.	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL N° 0	UNID.	01		CIRCULANTE: <u>Genildo</u>			
PROLENE		—					





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente LEONARDO AMARAL JOLIS  
Diagnóstico pré-operatório FRAT. FURR (E) LOUINTE  
Operação - Tipo MFE PDL DEP  
Cirurgião LAOIS 1º Assinante  
2º Assinante LAOIS 3º Assinante  
Instrumentador(a) Anestesista Dr. Aldo José da Silva Anestesia  
Anestésico(a) Dr. Aldo José da Silva  
Médico Anestesiologista  
CRM-PI 4482

Data da Operação 11/08/16 Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

HUT-SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
TERESINA, PI 12/08/16  
SERVIDOR: [assinatura]

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

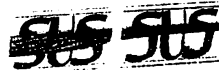
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) DD + 2) ASSEPSU 3) CAUFOS  
4) PESSO URMR 5) MFE PDL DEP  
6) SUTURA 7) URMR

Dr. Aldo José da Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 4482

MOD. 76 - HUT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4870  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

DATA: 30/07/2016 16:02:28  
LOCAL: URGÊNCIA

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	REGINALDO ARAUJO SOUSA	Prontuário:	413972
Mãe:	MARIA DA CONCEICAO GOMES DE ARAUJO	Pai:	AURELIO FELIX DE SOUSA
End. Resid.:	BAIXA GRANDE - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64100-000	Sexo:	Masculino
Nascimento:	03/09/1990	Idade:	25a:10m:27d
Responsável:	JOSE WILSON	CNS:	706702598133312
Profissão:	LAVRADOR	Documento:	CPF: 048.788.563-96
G. Instrução:	Médio Incompleto	E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local.:	- - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	559680	Data:	30/07/2016 16:02:28	Condução:	SEM CONDIÇÃO DE VIA DE INTERFERIR
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)	Convênio:	S U S	Maus Tratos:	Não
Acid. Trab.:	Não	Caso Policial:	Não	Pl. Saúde:	Não
Trauma:	Não				

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	30/07/16 17:40	ESPECIALISTA:	Car. geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Pac. vítima de acidente motociclístico há 15 dias, com trauma de cabeça, em hemisfério esquerdo (hemiparesia de 3º grau) e sinais de fratura em nível de base de crânio, com fratura de costela posterior. Sem conduta cirúrgica no momento. CS: Alta da cirurgia geral.		
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:		
Carimbo/Assinatura Solicitante			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	/ /	ESPECIALISTA:	HUT SAME
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	CONFERE COM O ORIGINAL		
TERESINA, PI 07/07/16			
SERVIDOR:			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:		
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			





**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>169835</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>REGINALDO ARAUJO SOUSA</b>	6 - Prontuário: <b>413972</b>		
7-CNS: <b>706702598133312</b>	8-Nascimento: <b>03/09/1990</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>068.788.563-96</b>
11-Mãe: <b>MARIA DA CONCEICAO GOMES DE ARAUJO</b>	12-Fone: <b>86-99447-3809</b>	14-Fone: <b>86-99447-3809</b>	
13-Resp: <b>JOSE WILSON</b>			
15-End: <b>BAIXA GRANDE - ZONA RURAL - CEP: 64120-000</b>	17-Cod.IBGE: <b>221110</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64120-000</b>
16-Munic: <b>UNIAO</b>			

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050519</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR</b>	Quant. Soli- cidada: <b>1</b>
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030910</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)</b>	
38-Profissional Responsável: <b>LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>11/08/2016</b>	40-No.Doc. Med. Solic.: <b>746.635.933-72</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Parafuso com fôlego, necess  
placa*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>12/08/16</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>12/08/16</b>	52-CNS/CPF:
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(ANTONIO EURIAN)





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

413912

NOME DO PACIENTE

Reginaldo Araújo Gomes

PRONTUÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA/HORA  
CÓDIGO

30/07/16

MÉDICO ASSISTENTE

ENF. OU AP  
LEITO

233-EXT.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

00-20- Administração procedimentos  
de sang. em P.O.S de LME + Jm  
em sistema de tratamento de  
sang. E. vítima de acidente  
motorístico, com fratura -  
clavícula, 2º grau.  
Nem drogas essenciais de  
alergias medicamentosas,  
nem imunização atualizada.  
em pré-hospitalar -  
08/01/2019

HUT-SAME  
CONFERE COM ORIGINAL  
TERESINA, 02/07/16  
SERVIDOR:

DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO

5G5% 1000 ML EV 14 GTS/MIN

CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

GENTAMICINA 80 - 240 MG + 100 ML SF0,9% EV 1X DIA

OMEPRAZOL 40 MG - 1 AMP + AD EV 1x dia

DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

TILATIL 40 - 1 AMP + AD EV 12/12H

TRAMAL 100 1 AMP + 100 ML SF0,9% EV 6/6H

MEMBRO OPERADO ELEVADO

CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

Clavícula 40% long SC 1x/dia

Dr. Claudio Nogueira

Ortopedia e Traumatologia

CRM 113.561/20081

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Reginaldo Araújo Sousa, portador da carteira de identidade nº 3.562.631 e inscrito no CPF/MF sob o nº 068.788.563-96, residente e domiciliado na Localidade Boa Grande, Zona Rural, Cidade Unat, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Reginaldo Araújo Sousa

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

\_\_\_\_\_  
Local e data





### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Reginaldo Araújo Sousa,

RG nº 3.562.631, data de expedição 27/01/11, Órgão SSP-PI,

CPF nº 068.788.563-96 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Localidade Baixa Grande</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>União</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>69.120-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99841-3133 ou (86) 99966-9878</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante: Reginaldo Araújo Sousa

