



Número: **0800164-12.2019.8.18.0026**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/02/2019**

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

Assuntos: **Abatimento proporcional do preço**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA (AUTOR)		GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
4248277	07/02/2019 18:29	Petição Inicial	Petição Inicial
4248279	07/02/2019 18:29	procuração declaração de residência e declaração de hipossuficiência maria do socorro alves da silva	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
4248280	07/02/2019 18:29	cpf	Documentos
4248282	07/02/2019 18:29	identidade	Documentos
4248283	07/02/2019 18:29	comprovante de residência	Documentos
4248284	07/02/2019 18:29	exmas e raio x-ilovepdf-compressed	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
4248285	07/02/2019 18:29	laudos medicos	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
4248287	07/02/2019 18:29	pagamento administrativo Maria do Socorro Alves da Silva	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
4248288	07/02/2019 18:29	prontuário 1	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
4248289	07/02/2019 18:29	prontuário 2	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
4248291	07/02/2019 18:29	prontuário 3-ilovepdf-compressed	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
4248344	07/02/2019 18:29	prontuário 4-ilovepdf-compressed	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA DA COMARCA DE CAMPO MAIOR – PI

MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA, brasileira, casada, autônoma, RG nº 1.389.263 SSP/PI, e CPF nº 016.569.463-78, residente e domiciliado na Rua Rondônia, nº 142, Bairro Santa Cruz, Campo Maior, Piauí, CEP: 64.280-000, com o devido respeito e acatamento, vem, por intermédio de seus advogados e bastante procuradores, que esta subscrevem, com escritório profissional delineado na parte inferior deste petição, à presença de Vossa Excelência, na melhor forma de direito, propor a presente

AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO

Em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGUROS DPVAT S/A**, empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro- Rio de Janeiro/ RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04, pelos fatos e fundamentos jurídicos que passa expor:

1. DO BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA

O requerente declara para os devidos fins ser pobre na forma da lei, uma vez que seu sustento é de baixa renda, motivo pelo qual não tem como arcar com custas e demais despesas processuais.

Assim sendo, na forma autorizada pela Lei 1.060/50 e pelo novo CPC, **requer** o deferimento preliminar dos benefícios da justiça gratuita por preencher as condições para obtê-la, de forma a evitar violação a direito constitucionalmente assegurado.

2. DOS FATOS



O Promovente envolveu-se em um acidente de trânsito no dia 13/12/2017, por volta das 12h00minh quando estava na garupa de uma motocicleta MODELO HONDA/NXR 160 BROS ESDD, PLACA PIS 2967, COR VERMELHA, conduzida pelo seu esposo Jorge Teixeira Paz, saindo da cidade de Campo Maior rumo a sua casa na Fazenda Lembrança na zona rural de Nossa Senhora De Nazaré-PI, quando estavam na BR 343 na altura do monumento do jenipapo surge na via inesperadamente animais (caprinos) e não tendo como desviar acabam por se chocar em um desses animais ocasionando a queda dos passageiros da motocicleta.

Os passageiros foram conduzidos para o Hospital Regional De Campo Maior-PI e lá foram atendidos pelo medico plantonista Dr. Lucas Garibald, CRM 6499 e após exames foram constatados que o condutor da moto sofreu luxação no ombro direito e a promovente, Maria Do Socorro Alves da Silva, ficou internada para tratamento da fratura de úmero do braço direito e alguns dias depois foi transferida para o hospital Getúlio Vargas em Teresina-Pi para realização de cirurgia, TUDO CONFORME DOC EM ANEXO.

O Promovente necessitou de cuidados emergenciais e hospitalares, como demonstram o Relatório de Atendimento do Hospital.

O Promovente deu entrada no pedido de liberação do seguro DPVAT para DAMS e INVALIDEZ, tendo sido liberado somente o valor de **R\$ 2.531,25 (dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, no dia 16 de Abril de 2018, **conforme extrato em anexo.**

3. LEGITIMIDADE PASSIVA

Inicialmente, cumpre esclarecer que a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** foi criada com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT.

A Resolução CNSP de n.º 154 determinou a constituição de uma Seguradora especializada para administrar os Consórcios do Seguro DPVAT – anteriormente conhecido como “Convênio do Seguro Obrigatório DPVAT”.

Ademais, tem-se que a Seguradora Lider dos Consórcios de Seguro DPVAT detém autorização da SUSEP - SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS, para operar no que tange ao Seguro Obrigatório DPVAT, conforme Portaria n.º 2797/07, destaque-se para o art. 5º, §3º, da referida Resolução:

“CAPÍTULO IV DOS CONSÓRCIOS Art. 5º. Para operar no seguro DPVAT, as sociedades seguradoras deverão aderir, simultaneamente, aos dois Consórcios específicos, um englobando as categorias 1, 2, 9 e 10 e o outro, as categorias 3 e 4. (...). § 3º. Cada um dos



consórcios TERÁ COMO ENTIDADE LÍDER UMA SEGURADORA ESPECIALIZADA em seguro DPVAT, podendo a mesma seguradora ser a entidade líder dos dois consórcios previstos no caput deste artigo.”

Não obstante, tem-se que no art. 8º da mesma Resolução, encontra-se o principal motivo, da SUBSTITUIÇÃO ora pleiteada, senão vejamos:

“§ 8º. OS PAGAMENTOS DE INDENIZAÇÕES serão realizados pelos consórcios, REPRESENTADOS POR SEUS RESPECTIVOS LÍDERES.”

Desta forma, é de fácil visualizar que os pagamentos de indenizações oriundas do Seguro Obrigatório DPVAT serão, impreterivelmente, pagos pela SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT.

4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Diante do que será exposto não restará dúvida do direito do Promovente de receber a complementação do seguro obrigatório DPVAT, uma vez que o valor a ser recebido pelo Promovente em caso de invalidez permanente deve ser superior ao que foi recebido administrativamente, vez que ocorreu debilidade permanente na face da vítima, **devido a uma fratura do úmero do braço direito, vez que o Promovente está incapaz para trabalhar, por tal estado de saúde ser prejudicial, como comprova o “Receituário” em anexo.**

Em consonância com a lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à demandante:

APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT. Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016). (grifou-se).



O julgado acima defende que comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito da mesma ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez. Da mesma maneira é o entendimento do Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474:

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Ademais Excelência, a indenização do seguro obrigatório DPVAT está condicionado a simples prova acidente e dano decorrente, segundo o art. 5º da Lei nº 6.194/74:

Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Sendo assim, o Boletim de Ocorrência e o Laudo do IML, suprem a prova necessária para demonstrar o nexo entre o acidente e as sequelas daí decorrentes. Demonstrando assim, o direito do Promovente de receber a devida complementação do seguro obrigatório DPVAT.

Frisar-se ainda, que o Seguro obrigatório DPVAT foi criado pela **lei nº 6.194/74**, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos , ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso por despesas médicas.

Baseado nesta obrigatoriedade e na tabela estabelecida pela **lei nº 11.482/2007**, o valor recebido parte autora é inferior ao que ela tem direito, tendo em vista, que a redução funcional do membro supramencionados.

5. DOS PEDIDOS:

Ante exposto passa a requerer:

A citação da demandada, na pessoa de seus representantes legais, para, querendo, responder a presente ação, sob pena de revelia;

A condenação da Requerida ao pagamento da diferença do Seguro DPVAT a parte Autora, conforme previsto pela Lei nº 6.194/73, corrigidos pelo IGP-M desde a data do pagamento administrativo e juros de 1% ao mês desde a citação;



Provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especificamente, pericial, documental e depoimento pessoal do Promovente;

A condenação da parte ré nas custas processuais e pagamento de honorários sucumbências arbitrados por Vossa Excelência, onde aponta o percentual de 20% (vinte por cento).

Dá-se a causa o valor de **R\$ 10.968,75 (dez mil novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos).**

Nesses termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campo Maior – PI, 07 de janeiro de 2019.

Gilberto Leite de Azevedo Filho

OAB/PI 8496



GILBERTO AZEVEDO

A D V O C A C I A

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
brasileiro (a), Estado Civil: CASADA, Profissão: AUTONOMA
RG nº 1.389.263 SSP/ PI e CPF nº 016.569.463-78
Endereço: R. RONDONIA, 142, SANTA CRUZ
Cidade: CAMPO MAIOR, Estado: PI, CEP: 64280-000

OUTORGADO: GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PI nº 8496 com endereço profissional situado com escritório profissional sito à Rua Siqueira Campos, 318-A Centro, Campo Maior-PI, CEP 4280-000.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Campo Maior-PI, 09 de JULHO de 2018.

X Maria do Socorro Alves da Silva
OUTORGANTE

Rua Siqueira Campos, 318-A Centro, Campo Maior - PI, CEP: 64280-000.
E-mail: gilbertoleiteadv@gmail.com Fone: (86) 994168842/ 94421671/ 981257651



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA, brasileira, CASADA, AUTÔNOMA, inscrito no CPF sob o nº 016.569.463-78 e RG sob o nº 1.389.263, residente e domiciliado R. GONÇALVES, 142, SANTA CRUZ, CAMPUS MIOO-81, CEP nº 64.280-000, conforme cópia de comprovante anexo.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Campo Maior - PI, 09 de SETEMBRO de 2018.

Maria do Socorro Alves da Silva.

Declarante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA, brasileiro, CASADA
AVTOMOMA, inscrito no CPF nº 016.569.463-78 e RG nº 1.389.263,
residente e domiciliada na R. BONDONIA, 142, SANTA CRUZ, CAMPO
MAIOR, P. A. U. I., CEP= 64.280-000.

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Campo Maior-PI, 09 de SULHO de 2018.

Maria do Socorro Alves da Silva
Declarante







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.389.268 DATA DE EXPEDIÇÃO 01.09.92

NOME MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

PAI Aristides Alves da Silva

Mãe: Florencia Alves da Silva

Campo Maior_Pi. 09.Jun.1963

CERT. NASC. 6.005 Liv. A_5 Fls. 20_V Exp em C. Maior_Pi. 30.10.84

Pedro Gomes de Moraes

01.02.16
216/334

LEI Nº 116 DE 29/05/83





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
R. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-700 Fone: (067) 3181.1111 Fax: (067) 3181.1111
Nossa Pessoa Física é a Pessoa Jurídica - Pessoa Física

Nº da Nota Fiscal: 000628164

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI foi cancelada em 15/03/2017 de 14 de abril de 2017.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2017	21/12/2017	30	0,00

ARISTIDES DA SILVA
R. RONDONIA 142 SANTA CRUZ SANTA CRUZ
CPF: 000000000000000000
CEP: 64.280-000 - CAMPO MAIOR

ROT: 311.010.11.25.045200

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	39562	Atual	14/12/2017
Anterior	39532	Anterior	14/11/2017
Consumo da Mensuração	1,000	Próxima Leitura	16/01/2018
Consumo Médio	30	Emissão	14/12/2017
Consumo Faturado	30	Apresentação	14/12/2017
Consumo Mínimo	MINIMO	Consumo Máximo	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Uso	Numero Medidor	Posto	Código Pó	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A210855		1.1.1.1	S

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
MAIORES CONSUMOS	
NOV/17 30	CONSUMO 30 A R\$ 0,624284 = 18,72
OUT/17 0	BÔNUS IMPORTE - LUZ POPULAR 18,72-
SET/17 0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,21
AGO/17 30	
JUL/17 0	
JUN/17 0	
MAI/17 0	
ABR/17 0	
MAR/17 0	
FEV/17 0	
TARIFA SEM DESCONTOS:	
E A 00 = 0,000000	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Descrição
10/2016	0,63	Imposto de Renda - 10/2016 - 0,63
09/2016	11,18	Imposto de Renda - 09/2016 - 11,18
* (FATURADO PELO MINIMO, IMÓVEL DESOCUPADO)		
LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

RESERVAÇÃO AO FISCO: 2F8C.A0FC.728A.F135.590D.61A9.C4F3.95DD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	5,11	Base de Cálculo	
Energia	9,63	Alíquota ICMS	
Transmissão	1,52	Valor do ICMS	0,15
Encargos	1,54	Valor do PIS	0,72
Provisão	0,47	Valor do COFINS	

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	BIC			PIC			DMIC	OPON
	Índice	Desvio	Atual	Índice	Desvio	Atual	Índice	Atual
Energia	7,26	14,53	29,00	3,73	7,47	14,95	4,14	
Transmissão	0,00			0,00			0,00	
CAIXA MAIOR							10/2017	8,19

ROT: 311.010.11.25.045200

Eletrobras Distribuição Piauí		SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
		0183695-1	0,00
		MÊS FATURADO	VENCIMENTO
		12/2017	21/12/2017
		Nº da Nota Fiscal:	000628164 FCAM
***** CONTA COM VALOR IGUAL A ZERO *****			

SEQ.: 00225 UC: 0183695-1 DT. LEIT.: 14/12/2017 T. ENTR.: 03
LEITURA: 39562 HINIMO TOTAL: 0,00 CARGA: 001
DT. VENC.: 21/12/2017 IRREG.: 005 COLETOR: 1971



Assessoria em Clima

Atendimento 24 horas: 0800 086 0800

www.elektrobraspiail.com

Ouvidoria: 0800 721 0164



Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 - Ligação gratuita de telefones fixos e móveis.

Sobre as faturas as pagas em atraso incidirá multa de 2% do valor original, acrescida monetária pelo IGP-M e juros moratórios de 1% ao mês, cobrados em fatura posterior.

As informações sobre condições gerais de fornecimento, tarifas e descontos, serviços e instruções estão à disposição em nossas agências de atendimento e também página no internet.

Conforme resolução ANEEL 661/2013, a cobrança de serviço de energia elétrica em sua fatura pode ser cancelada, a qualquer tempo, em casos de cancelamento de atendimento.

CONTEÚDO

É direito do consumidor solicitar a purificação das informações DIC, FIC, DMC, DICH e receber compensação quando da violação dos padrões de confiabilidade individuais em sua Unidade Consumidora.

INDICADORES DE CONTINUIDADE

- + DIC - Tempo total (em horas) sem energia elétrica (apuração mensal, trimestral e anual)
- + FIC - Número de vezes sem energia elétrica (apuração mensal, trimestral e anual)
- + DMC - Duração máxima (em horas) de interrupção contínua (apuração mensal)
- + DICH - Duração da interrupção (em horas) ocorrida em dia crítico (apuração mensal)

ÍNDICE DE FORNECIMENTO - Índice Tensão

Uso	Tensão nominal	Lim. inferior	Lim. superior	Uso	Tensão nominal	Lim. inferior	Lim. superior
Residencial	220V	201V	241V	Residência Tri-fase	380V	360V	420V

BANDEIRAS TARIFÁRIAS 2014

Desde 2015 passou a vigorar o Sistema de Bandeiras Tarifárias na cobrança da energia elétrica.

Não haverá cobrança adicional de tarifa.

Haverá cobrança adicional de tarifa (de maior valor) devido ao maior custo de geração.

Quando ativadas as bandeiras amarela e vermelha serão informados, na fatura, os adicionais em R\$/kWh de acréscimo ao valor da tarifa. Sigla de bandeiras: (Res. Normativa ANEEL Nº 518 - 18.12.2012)

Mais informações: www.aneel.gov.br

TARIFA SOCIAL DE BAIXA RENDA

A Lei 12.212 de 20.01.2010 modificou a aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica para as unidades consumidoras de baixa renda das classes residencial e comercial rural, que agora devem atender às seguintes condições:

1. Família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, com renda familiar mensal per capita menor ou igual ao salário mínimo nacional;
2. Família que tenha entre os moradores quem recebe o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC, nos termos dos arts. 20 e 21 da Lei 8.742 de 7/12/1993;
3. Família inscrita no Cadastro Único com renda mensal de até três Salários Mínimos, que tenha portador de doença ou patologia cujo tratamento ou procedimento médico requiera o uso contínuo de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para seu funcionamento, demandam consumo de energia elétrica.

Iluminação pública é de
responsabilidade da Prefeitura

Piauienses, recebam a Eletrobras
com a hospitalidade que só vocês têm.

Para que a Eletrobras ofereça
um atendimento mais eficiente.

CONTRIBUA COM O
RECADASTRAMENTO

Eletrobras
Energia de Piauí

Ministério do
Poder e Energia



ESTÁ MAIS FÁCIL EMITIR A VIA PARA PAGAMENTO

Acesse

1. www.elektrobraspiail.com

2. Clique em 2ª via e confirme

Insira:

1. Código Único

CPF/CNPJ

Código de Segurança

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

Pronto, você já pode imprimir sua conta.

*Apresentar grupo B.

*Assessoria em Clima

ONDE PAGAR SUA CONTA

Banco do Brasil - Caixa Econômica - Bradesco
Pague Contas - Agente Lotérico

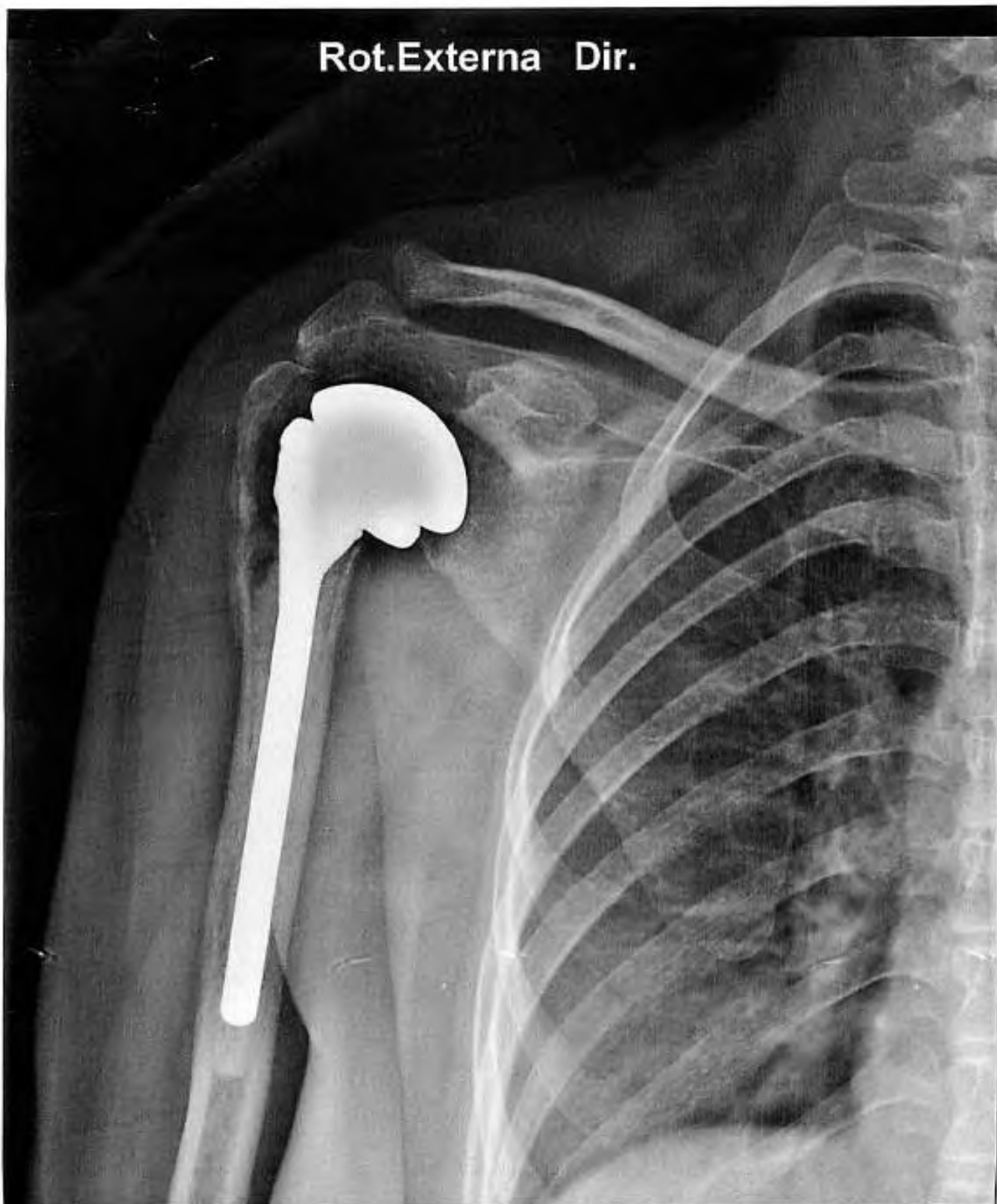
Atualize o débito automático em conta corrente. É prático e seguro.

DESVIAR ENERGIA É CRIME
SEJA UM CONSUMIDOR LEGAL

Assessoria em Clima



Rot.Externa Dir.



COPIL

MARIA DO SOCORRO ALVES DA S

ID: 099331

14/03/2018 13:27

REINALDO

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI



Rot.Interna Dir.



COPIL
MARIA DO SOCORRO ALVES DA S
ID: 099331 14/03/2018 13:27

REINALDO

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 88 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 64000000 CNPJ: 05.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA**
Prontuário: **326356** Atendimento: **541513** Sexo: **F**
Dt. Nasc.: **09/06/1963** Idade: **54a 7m 1d**

Dados da Solicitação:


Pedido: **83322** Data Pedido: **07/01/2018**
Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**
Setor Solicitante: **CL. NEFROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **CL. NEFROLOGICA / NEF 330**
Convênio: **SUS - INTERNACAO** Data do Laudo: **08/01/2018**
Cód. Procedimento: **02.04.04.005-1**

RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do braço direito realizado nas incidências AP e rotação interna e externa demonstra:

- Fratura fragmentada recente na cabeça do úmero.
- Edema de partes moles.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341


Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119 - 6

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM **08/03/18**
F. Silva Maria do Socorro Silva
CÓDIGO PROFISSIONAL MAT 010999-9





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 85 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 08.553.564/0104-43

Cirurgia III

LAUDO MEDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Prontuário: 326356

Atendimento: 541513

Dt. Nasc.: 09/06/1963

Idade: 54a 7m 15d

Sexo: F

Dados da Solicitação:

Pedido: 84994

Data Pedido: 19/01/2018

Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES

Setor Solicitante: CL. CIRURGICA II

Unid. Internação / Leito: CL. CIRURGICA III / CLC3 330

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.04.011-6

Data do Laudo: 22/01/2018

DG

RADIOGRAFIA OMBRO DIREITO

RELATÓRIO: O estudo radiológico do ombro direito realizado nas incidências AP e rotação interna e

- Artroplastia com prótese metálica bem posicionada no umero proximal.
- Aumento de volume e bolhas gasosas de permeio.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341


Amanda Magalhães de Oliveira
Mat. 290119-6

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE BOM ORIGINAL
EM 01/03/18
Edna Maria de Jesus SI
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 316004





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

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA**
Prontuário: **326356** Atendimento: **541513** Sexo: **F**
Dt. Nasc.: **09/06/1963** Idade: **54a 7m 1d**

Dados da Solicitação:

Pedido: **83322** Data Pedido: **07/01/2018**
Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**
Setor Solicitante: **CL. NEFROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **CL. NEFROLOGICA / NEF 330**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**
Cód. Procedimento: **02.04.04.011-6** Data do Laudo: **08/01/2018**

RADIOGRAFIA OMBRO DIREITO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do ombro direito realizado nas incidências AP e rotação interna e externa demonstra:

- Fratura fragmentada recente na cabeça do úmero.
- Edema de partes moles.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341


Amanda Machado da Oliveira
Mat. 290119-6

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM **01/03/2018**
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/MAT: 019065-3



32

63

56

X

Aguardar
laudo da
AIH

Solicitar
FALTA
NOTA FISCAL
Biosintese

330-06

Marina do Socorro Alves da Silva

Dr. Wilson

PRONTUÁRIO MÉDICO

INTERNAÇÃO REGULAÇÃO

ORTOP

01/18

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 240119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/10/2018
Edna Maria Miranda Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO (MAY) 01/05/18

ALTA EFETIVADA NO SISTEMA 21/10/18

MOD. 01 - HGV



AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

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

Atendimento:
541513

Prontuário: 326356 MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Endereço: LEMBRANÇA

0 ZONA RURAL

Cidade: NOSSA SENHORA DE NAZARE

UF: PI CEP: 64288-000

Sexo: F DT. Nasc: 09/06/1963 Idade: 54 Anos 6 Meses 29 Dias Estado Civil: U Profissão: TRABALHADOR RUR

Cadastro: 06/01/2018 Telefone: 86 9950.4275 Cartão SUS: 898002394986354 CPF: 01656946378

Pai: ARISTIDES ALVES DA SILVA

Mãe: MARIA FLORENCIA ALVES DA SILVA

Cônjuge:

Responsável: ISaura TEIXEIRA PAZ GONCALVES

Endereço: RUA MESTRE ANTONIO NEVES

854 NOSSA SENHORA DE

Cidade: 3151

UF: PI CEP: 64280-000

Daniene
Funcionário do SAME

Queixa Principal:

Trauma also dir

H.D.A.

*Trauma also dir com da
e perda func es.*

Ant. Pessoais:

HAS

Ant. Hereditários:

MDM

Exames Físicos:

Geral:

Bom estado geral

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

*Der also com limitação da
funç.*

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Fract úmero proximal

Plano Terapêutico:

Cirurgia

Data / Hora: 1 / 1 :

Ass. Médico Assistente/Auxiliar Residente

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119 - 6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/03/2018
Edna Maria Almeida Silva
CARGA DE PRONTUÁRIO MAT: 8169654





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	2 - CNES 2726971	Atendimento 541513
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	4 - CNES 2726971	

Identificação do Paciente

5 - Nome: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA		6 - Prontuário: 326356	
7 - CNS: 898002394986354	8 - Nascimento: 09/06/1963	9 - Sexo: F	CPF: 016.569.463-78
11 - Mãe: MARIA FLORENCIA ALVES DA SILVA		12 - Fone: 86-9.9504275 / 994374199	
13 - Resp: ISAURA TEIXEIRA PAZ GONCALVES		14 - Cor: sem ident	
15 - Ender.: LEMBRACA	0	19 - CEP: 64288-000	
16 - Munic: NOSSA SENHORA DE NAZARE		17 - Cod. IBGE: 220675	18 - UF: PI RG: 13892-63

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Trauma alto com dor e
perda funcional*

21 - Condições que justificam a internação:

Necessita internar

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

Amu, Ex 4'00, Imagem

23 - Diagnóstico Inicial: **FRATURAS MULTIPLAS DA CLAVICULA, DA OMOPLATA [ESCAPULA] E DO UMERU**

Procedimento Solicitado

26 - Cod. Proced. 108020334	27 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU	Tempo SUS 4
28 - Clínica: CL. NEFROLOGICA	30 - Caracter.: 02	31 - Documento: 1
32 - Doc. Med. Solic.: 18400817320	33 - Nome Profissional / Assistente: JOSE WILSON RODRIGUES	34 - Data de Solicitação: 06/01/2018

*Dr. Themistocles Ramos
CRM-2196-TEOT-3374
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA*

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

35 - () Acidente de Trânsito.	36 - CNPJ Seguradora:	42 - N°. Biliete.	41 - Serie
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	43 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE, Empresa	44 - CBOE
38 - () Acidente de Trabalho Trajet.			
45 - Vinculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização:	50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: **DARLENE MACHADO**
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão: **9:51:25**

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/03/2018
Esterilizado por: *[assinatura]*
Cópia de Prontuário N° 326356

Amanda Macedo de Oliveira
Muita, 20119-6





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Clin. II LEITO: 330-06 PRONTUÁRIO: 326356
NOME: M^{te} do Socorro M^{te} de Silva DATA NASC: 09/06/63
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frot. rins

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA Bom estado geral

CIRURGIA: Protese ombro d^{ta} Nº SALA 11
CIRURGIÃO: Demistiles Raul CRM.PI: _____
AUXILIARES: 1º José Augusto 2º _____

INSTRUMENTADORIA: Carla Brandão CIRCULANTE: Graciele Oliveira
TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Análise, avaliação de fômites, aspiração, captação de fômites, diálise, drenagem, frot. e cont. de rins, resecção de ombro, fecho de ombro realizado, protese, processo no tendão do manguito, reparando tendão no ombro e no úmero colocado uma ossa de tuba, fômites de Silva. fômites e fômites, sob d^{ta} e d^{ta}
COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Frot. e rins esp. rins
PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: (SIM) NÃO ESTIMADO _____ ML
PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: (SIM) NÃO QUAL? _____

DATA 19/01/18 HORA _____

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 - HGV

Dr. Themistócles Ramos
CRM: 2798-TECOT-5374
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
Amândia Machado de Oliveira
Mat. 290119-8
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 05/03/2018
Eduardo M^{te} de Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO (MAT. 019866-1)



MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SÉRINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml	frasc	24	AGULHA DE RAQUE Nº 25	und	01
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml	frasc	2	AGULHA PERIDURAL Nº	und	
SORO GLICOSADO 5% - ml	frasc		AGULHA 25X7	und	
RINGER LACTADO - ml	frasc	03	AGULHA 30X7	und	03
ÁGUA DESTILADA - ml	frasc		AGULHA 40X12	und	03
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	amp		AGULHA DE INSULINA	und	
MAHITOL 3% 2000 ml	frasc		ESCALP Nº	und	
FORMOL - ml	ml		ILCO Nº 20	und	01
ÁGUA OXIGENADA - ml	ml	100	SERINGA DE 60ml	und	
ALCOOL 70% - ml	ml		SERINGA DE 20 ml	und	02
P.V.P. I DEGERMANTE - ml	ml		SERINGA DE 10 ml	und	02
P.V.P. I TÓPICO - ml	ml	100	SERINGA DE 5ml	und	
CLOREXIDINA - ml	ml		SERINGA DE 3ml	und	
BSS 800ml	frasc		SERINGA DE 1ml	und	
VOLUVÊM 8% 500ml	frasc		DRENOS		
			DRENO DE PENROSE Nº	und	
			DRENO DE SUÇÃO Nº	und	
			DRENO DE TORAX Nº	und	
			DRENO DE KHER Nº	und	
FIOS			OUTROS MATERIAIS		
NAYLON Nº 2-0	Und	01	LAMINA DE BISTURI Nº 24	Und	01
NAYLON Nº 3-0	Und	01	LAMINA DE BISTURI Nº	Und	
CAT GUT SIMPLES Nº	Und		GASES	pct	10
CAT GUT CROMADO Nº	Und		ESPARADRAPO	cm	40
CAT GUT CROMADO Nº	Und		MICROPORE	cm	12
ALGODÃO C/ AGULHA Nº	Und	03	COMPRESSAS	Und	01
ALGODÃO S/ AGULHA Nº	Und		ALGODÃO	Und	01
VICRYL Nº 1	Und		EQUIPO MACROSOTAS	Und	
VICRYL Nº	Und		EQUIPO	Und	
PROLENE Nº	Und		EQUIPO P/ SANGUE	Und	
PROLENE Nº	Und		TORNEIRINHA	Und	01
MCHOCRYL Nº	Und		POUFIX	Und	
PDS Nº	Und		TRANSOFIX	Und	
LUVAS			ERISOPLAS - VIAS	Und	
PROCEDIMENTO	PAR	08	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	Und	04
ESTÉRIL Nº 7,5	PAR	03	CATETER DUPLO "F"	Und	
ESTÉRIL Nº 8,5	PAR	01	CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	Und	
ESTÉRIL Nº	PAR		TUBO OROTRQUEAL Nº	Und	
SONDAGEM			FILTRO BACTERIOLOGICO P/TOT	Und	
SONDA URETRAL Nº	Und		CAPA PARA VIDEO	Und	
SONDA DE FOLEY 2V Nº	Und		CAPA PARA MICROSCOPIO	Und	
SONDA DE FOLEY Nº 3V	Und		LENTE INTRA OCULAR Nº	Und	
SONDA NASOGÁSTRICA Nº	Und		Eliminados Saco p/ lixo ex parte		
SONDA NASOENTERAL Nº	Und				05
COLETOR DE URINA FECHADO	Und				04
COLETOR DE URINA ABERTO	Und				01
XYLOCAÍNA GELÉIA 2%					
SONDA RETAL Nº					
VASELINA					

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

CIRCULANTE-COREN

Gracça Oliveira
Téc. em Enfermagem / HCV
COREN-PI 004.929.28

Assinado eletronicamente por: GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO - 07/02/2019 18:28:59
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020718285945300000004089919
Número do documento: 19020718285945300000004089919

HORA

INSTRUMENTADORA-COREN

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SÉRINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml	500	04	AGULHA DE RAQUE Nº 25	und	01
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml			AGULHA PERIDURAL Nº	und	
SORO GLICOSADO 5% - ml			AGULHA 25X7	und	
RINGER LACTADO - ml	500	03	AGULHA 30X7	und	03
ÁGUA DESTILADA - ml			AGULHA 40X12	und	03
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml			AGULHA DE INSULINA	und	
MANITOL 3% 2000 ml			ESCALP Nº	und	
FORMOL - ml			JELCO Nº 20	und	01
ÁGUA OXIGENADA - ml			SERINGA DE 60ml	und	
ALCOOL 70% - ml		100	SERINGA DE 20 ml	und	
P.V.P.J. DEGERMANTE - ml			SERINGA DE 10 ml	und	02
P.V.P.J. TÓPICO - ml			SERINGA DE 5ml	und	02
CLOROXIDINA - ml		100	SERINGA DE 3ml	und	
BSS 800ml			SERINGA DE 1ml	und	
VOLVEM 8% 500ml			DRENOS		
			DRENO DE PENROSE Nº	und	
			DRENO DE SUÇÃO Nº	und	
			DRENO DE TORAX Nº	und	
			DRENO DE KHER Nº	und	
FIOS			OUTROS MATERIAIS		
NAYLON Nº 2-0	Und	01	LAMINA DE BISTURI Nº 24	Und	01
NAYLON Nº 3-0	Und	01	LAMINA DE BISTURI Nº	Und	
CAT GUT SIMPLES Nº	Und		GASES	pcd	10
CAT GUT CROMADO Nº	Und		ESPARADRAPO	cm	40
CAT GUT CROMADO Nº	Und		MICROPORE	cm	
ALGODÃO C/ AGULHA Nº	Und	03	COMPRESSAS	Und	12
ALGODÃO S/ AGULHA Nº	Und		ALGODÃO	Und	02
VICRYL Nº 1	Und		EQUIPO MACROGOTAS	Und	01
VICRYL Nº	Und		EQUIPO	Und	
PROLENE Nº	Und		EQUIPO P/ SANGUE	Und	
PROLENE Nº	Und		TORNEIRINHA	Und	
MONOCRYL Nº	Und		POUFIK	Und	01
PDS Nº	Und		TRANSFIX	Und	
LUVAS			ERISOPLAS - LUVAS	Und	
PROCEDIMENTO	PAR	08	ESCCVA P/ DEGERMAÇÃO	Und	04
ESTÉRIL Nº 7,5	PAR	03	CATETER DUPLO "J"	Und	
ESTÉRIL Nº 8,5	PAR	01	CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	Und	
ESTÉRIL Nº	PAR		TUBO ORO TRQUEAL Nº	Und	
SONDAGEM			FILTRO BACTERIOLOGICO P/TOT	Und	
SONDA URETRAL Nº	Und		CAPA PARA VIDEO	Und	
SONDA DE FOLEY 2V Nº	Und		CAPA PARA MICROSCOPIO	Und	
SONDA DE FOLEY Nº 3V	Und		LENTE INTRA OCULAR Nº	Und	
SONDA NASOGASTRICA Nº	Und		Blendas		
SONDA NASOENTERAL Nº	Und		Saco p/ lixo	11- 05	
COLETOR DE URINA FECHADO	Und		cupom	11- 04	
COLETOR DE URINA ABERTO	Und			pac 01	
XYLOCAINA GELÉIA 2%	tub				
SONDA RETAL Nº	Und				
VASELINA	tub				

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE SEM ORIGINAL
EM 01/04/2019
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT. 0100859

CIRCULANTE-COREN

HORA

INSTRUMENTADORA-COREN

Graca Oliveira
TÉCNICO EM ENFERMAGEM / UNIV
COP/11-0921629-14



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Clin. II LEITO: 330-06 PRONTUÁRIO: 326356
NOME: Maria do Socorro Alves da Silva DATA NASC: 09/06/1963
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Furto rim prox.

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA Ben estes oper

CIRURGIA: Exerto osso Nº SALA: 11
CIRURGIÃO: Pemistocles Ramo CRM.PI: _____
AUXILIARES: 1º José Augusto 2º _____

INSTRUMENTADOR(A): Leusa Brandão CIRCULANTE: Gracia Oliveira
TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Acção de punção aspir. epi-derm. dist. per. de
dissc. ressecção C6-C7. um. centro. fecho. de
realizo. prótese de disco. process. de tração de
neuro. sepo. de tumor. na. pedículo. e de
neuro. epi-derm. de osso. no. sico. per
plus. sico. de. epi-derm. J. per
COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: MMN.

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: _____
PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM (X) NÃO ESTIMADA _____ ML
PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL? _____

DATA 19/01/18 HORA _____

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 05/02/18
Edna Maria da Graça Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO Nº: 013063-9

MOD. 14 - HGV



MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS			
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml	500	frasc	04	AGULHA DE RAQUE Nº 25	und	01
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml		frasc		AGULHA PERIDURAL Nº	und	
SORO GLICOSADO 5% - ml		frasc		AGULHA 25X7	und	
RINGER LACTADO - ml	500	frasc	03	AGULHA 30X7	und	03
ÁGUA DESTILADA - ml		frasc		AGULHA 40X12	und	03
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml		amp		AGULHA DE INSULINA	und	
MANITOL 3% 2000 ml		frasc		ESCALP Nº	und	
FORMOL - ml				JELCO Nº 20	und	01
ÁGUA OXIGENADA - ml				SERINGA DE 50ml	und	
ALCOOL 70% - ml		100		SERINGA DE 20 ml	und	
P.V.P.I DEGERMANTE - ml				SERINGA DE 10 ml	und	02
P.V.P.I TÓRICO - ml				SERINGA DE 5ml	und	02
CLOREXIDINA - ml		100		SERINGA DE 3ml	und	
BSS 500ml		frasc		SERINGA DE 1ml	und	
VOLUVEM 5% 500ml		frasc				
			DRENOS			
				DRENO DE PENROGE Nº	und	
				DRENO DE SUÇÃO Nº	und	
				DRENO DE TORAX Nº	und	
				DRENO DE KHER Nº	und	
FIOS						
NAYLON Nº 6-0	Und	01				
NAYLON Nº 3-0	Und	01				
CAT GUT SIMPLES Nº	Und		OUTROS MATERIAIS			
CAT GUT CROMADO Nº	Und			LAMINA DE BISTURI Nº 2A	Und	01
CAT GUT CROMADO Nº	Und			LAMINA DE BISTURI Nº	Und	
ALGODÃO C/ AGULHA Nº	Und			GASES	pet	10
ALGODÃO S/ AGULHA Nº	Und			ESPARADRAPO	cm	40
VICRYL Nº 1	Und	03		MICROPORÉ	cm	
VICRYL Nº	Und			COMPRESSAS	Und	12
PROLENE Nº	Und			ALGODÃO	Und	02
PROLENE Nº	Und			EQUIPO MACROGOTAS	Und	01
MONOCRYL Nº	Und			EQUIPO	Und	
PDS Nº	Und			EQUIPO P/ SANGUE	Und	
				TORNEIRINHA	Und	
LUVAS				POLIFIX	Und	01
PROCEDIMENTO	PAR	08		TRANSOFIX	Und	
ESTÉRIL Nº 7,5	PAR	03		ERIGOPLAS - VIAS	Und	
ESTÉRIL Nº 8,5	PAR	01		ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	Und	04
ESTÉRIL Nº	PAR			CATETER DUPLO "J"	Und	
				CATETER VENCISO DUPLO LUMEN	Und	
SONDAGEM				TUBO OROTRQUEAL Nº	Und	
SONDA URETRAL Nº	Und			FILTRO BACTERIOLÓGICO P/TOT	Und	
SONDA DE FOLEY 2V Nº	Und			CAPA PARA VIDEO	Und	
SONDA DE FOLEY Nº 3V	Und			CAPA PARA MICROSCOPIO	Und	
SONDA NASOGÁSTRICA Nº	Und			LENTE INTRA OCULAR Nº	Und	
SONDA NASOENTERAL Nº	Und					
COLETOR DE URINA FECHADO	Und					
COLETOR DE URINA ABERTO	Und					
XYLOCAÍNA GELÉIA 2%	tub					
SONDA RETAL Nº	Und					
HOSPITAL GETÚLIO VARELA						
VASELINA						

EM 01/03/18 ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 018065-8

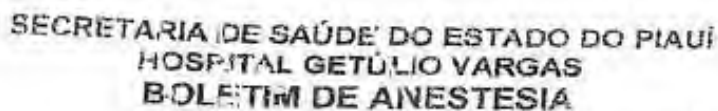
CIRCULANTE-COREN
Graça Oliveira
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
COREN-PE: 027629-7

HORA

INSTRUMENTADORA-COREN

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 230119-6





PACIENTE	Maria do Socorro Alves de Lima						DATA DE NASC.	IDREJA	PESO
FONECO MIO	Prófeta de Ombre								76
GRUPO SANG. A. GERAL	RESPIRACAO	TEMPER. AXILAR	PESO	ALTURA	OUTROS	ESTADO			
B. Branco	RUMATISMO	GEMEMA	UREIA	CREATININA					
					I				

[illegible]

☒ ECG ☐ PVC ☒ Oxipénico ☐
☐ PAM ☒ PAN ☐ Capnógrafo ☐

GASES	F _i min	Inicio	Fin
Oxígeno			
Ar Medicina			

[illegible]

Anesthesiologist - CRNA

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119 - 6

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 05/09/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PROTOCOLO / MAT. 019085-0



RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE:		LEITO DE RECEIÇÃO:					ALERGIA A:	
DATA:		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A. 17740						
CIRURGIA REALIZADA:								
TIPO DE ANESTESIA: 10000								
SINAIS VITAIS		HC RÁPIDOS						
P.A.	149/88 (108)	15	30'	45'	60'	SINAIS		SAÍDA
P.C./PULSO	80					130/95 (120)		
TEMPERATURA								
OXIMETRIA	95%					98		
EXAME FÍSICO								
ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO CONSCIÊNCIA	ADMISSÃO	30'		SAÍDA	ESCALA DA ESCALA DE DOR			
Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	2			2				
ATIVIDADE MOTORA	1			2	CONTROLE S			
Mova 4 extremidades = 2 Mova 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0					OXIGENOTERAPIA () PUNÇÃO VENOSA CENTRAL () Sonda nasogástrica () Sonda nasointestinal () Sonda vesical de demora () Dreno de Kistner () Dreno peritônio () Dreno torácico () Dreno sucção () Dreno laminar () Colostomia () Gastrostomia () Traqueostomia ()			
RESPIRAÇÃO	2			2				
Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispnéia = 0 Apnéia = 1								
CIRCULAÇÃO (PA)	2			2				
30% do nível pré-anestésico = 2 20 - 40% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0								
SpO2				2				
Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO2 > 90% em O2 = 1 Mantém SpO2 < 90% em O2 = 0								
TOTAL DE PONTOS	9			10	RESPONSÁVEL PELA RECARGA:			
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:								
Entregue: () EX LABORATORIAIS () RX () RECEITA MÉDICA () LAZERADO MÉDICO () NÃO PADRONIZADO Encaminhado a: () UTI () RX () ENFERMAGEM () EXTERNO								

Amândeo Machado de Oliveira
Matr 290119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
01/02/2018
Dra. Maria Graziela Silva
Especialista em Medicina
Especialidade: Ginecologia (MAT) 010055-8

~~Anesthesiologists -- 1,100~~





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

NOME: Marcelo do Socorro Alves de Silva SEXO ☐ M ☐ F Idade: 54 Data Nasc. 1
Cirurgia Proposta: 88 unino
Cirurgião: _____

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO: Sem comorbidades

SISTEMA CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Palpitação	<input type="checkbox"/> Edema MMII	<input type="checkbox"/> Dor precordial	<input type="checkbox"/> Micropasso	<input type="checkbox"/> Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Apnéia
SISTEMA DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> Dor epigástrica	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> DUM (mulher)		
SISTEMA ENDÓCRINO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doenças da tireoide				
SISTEMA HEMATOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sangramentos	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea			
SISTEMA IMUNOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea			
SISTEMA LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/> Fraq. muscular	<input type="checkbox"/> Dor articular	<input type="checkbox"/> Patol. coluna	<input type="checkbox"/> Déficit locomoção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Desmalo	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Parosíntias		

OBS: _____

Medicamentos em Uso: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

Cirurgias / Anestésias anteriores: laqueadura - há 15 anos

Intercorrências: _____

Hemotransfusão: _____

Antecedentes Familiares:

☐ Tabagismo

☐ Etilismo

☐ Uso de Tóxicos

☐ Alergias: não

EXAME FÍSICO

Estado Físico: EG: 86 Peso: _____ Altura: PA 150x90 FC: 87
Avaliação via aérea: 2 Mobilidade pescoço: OK Dentes: proter Limitação ATM: ☐
Distância esternalmento: ☐ < 12,5cm ☒ > 12,5cm Coluna Vertebral: _____
SCV: _____
SR: _____
Outros: _____

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT: 37,6 (%) HB (g%): 11,9 Plaquetas (mm3): 208.000 TTPa: _____ TP: _____ INR: _____
Ionograma (K): 3,360 Na: _____ Ca: _____ K: _____ Outros: _____
Glicemia: _____ Uréia: 43 Creatinina: 1,0 cálcio - p
RX do Tórax: ml
ECG: _____
Risco Cirúrgico: _____
Parecer Cardiológico: laqueadura - há 15 anos
Outros Exames: _____

CONDUTA:

Liberado: ☒ SIM ☐ NÃO

Observação: * Paciente com PA ↑ (150x90-60x100) na supinação. Faren

ORIENTAÇÃO: gw

Jejum: _____

Medicação: _____

Cuidados: _____

Anestesia Proposta: Bloqueio de plexo cervical - AEM

Data consulta: 08/01/18

Hora: _____

Assinatura Médico / CRM / Carimbo: _____

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119/6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/03/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 419065-7





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA		
Prontuário: 326356	Nascimento: 09/06/1963	Estado Civil: União Estável
Cartão SUS: 898002394986354		

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

Representante / Responsável Legal	
Nome: ISaura TEIXEIRA PAZ GONCALVES	
Estado Civil: União Estável	CPF: 94950474391
Parentesco: CUNHADO (A)	

Eu, _____
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que será/será submetido, tais como:

1. Riscos anestésicos
2. Neurologia
3. Urologia
4. Algois
5. Trauma

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 06/01/2018

Isaura Teixeira Paz Gonçalves
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

2194993

Dr. Themistocles Ramos
CRM-2798-TEOT-
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Assinatura do Médico Responsável - CRM

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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/03/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/MAT: 019065-9

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290419-6



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

I - IDENTIFICAÇÃO						
Nome: <u>Mário do Socorro Alves da Silva</u> Data de Nascimento: <u>19.07.64</u>						
Cidade de origem: <u>Campo Maior - PI</u>						
II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL						
Religião/Crença: <u>Católica</u>						
Profissão: <u>trabalhadora</u>						
Escolaridade: () Analfabeto (X) Ensino fundamental () Ensino médio () Superior						
Barreira na comunicação: () Não () Sim						
Qual: _____						
Apresenta déficit: (X) Não () Sim - Tipo: () Visual () Auditivo () Motor						
() Outros: _____						
Transtorno mental: (X) Não () Sim						
Qual: _____						
III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)						
() Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes melitus () Cardiopatias () Câncer						
() Tabagismo () Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outra Qual: _____						
Alérgia () Sim (X) Não Qual: _____						
Faz uso de medicamentos? (X) Não () Sim						
NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO
Resultados de exames (vindo com o paciente): (X) Não () Sim Quais: _____						
IV - EXAME FÍSICO						
a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS						
Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg) IMC: _____						
Dor: (X) Não () Sim, Localização: _____						
Características: _____						
b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						
(X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Torporoso						
ESCALA DE COMA GLASGOW: _____						
c) ASPECTO EMOCIONAL: (X) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico						
() Agressivo () Triste () Outra alteração Qual: _____						
d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS						
Perda de peso nos últimos 3 meses: () Não () Sim, Peso perdido: _____ (Kg)						
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nefropatia Obesidade mórbida III (IMC>50Kg/m2)						
(X) Não se aplica						

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/03/18
Edna Maria Machado Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO / MAT. 019265-9



Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119 - 6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/03/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PROTOCOLO MAT: 019065-0

e) CABEÇA Couro Cabeludo: <input checked="" type="checkbox"/> Sem anormalidades () Ferimento () Hematoma Alterações: Face: <input checked="" type="checkbox"/> Simétrica () Assimétrica () Ferimento () Hematomas Nariz: <input checked="" type="checkbox"/> Simétrico () Assimétrico () Sem anormalidades () Secção () Lesão () Epistaxe Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas () Anisocóricas <input checked="" type="checkbox"/> Reativa () Areflexivas () Mídicas () Midríaticas () Puntiformes () Médias Olhos: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Hemorragia () Icterícia de esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas () Processo inflamatório/infeccioso Ouvídos: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Otorrágia () Lesão Outros: Boca: () Sem anormalidades () Cáries () Falhas dentárias () Prótese () Lesão	
f) SISTEMA RESPIRATÓRIO Padrão: <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispnéico () Tiragem intercostal () Traqueostomizado () TOT () VM () Macronebulização () O2 sob cateter nasal () O2 venturi Ausculta: Murmúrio vesicular <input checked="" type="checkbox"/> Presente () Diminuído () Ausente Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Tosse Tipo: Alterações:	ACIONAR O FISIOTERPEUTA QUANDO O PACIENTE APRESENTAR TIRAGEM INTERCOSTAL
g) SISTEMA CARDIOVASCULAR Perfusão Periférica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Diminuída () Cianose Outros: Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: () Regular () Irregular Acesso Venoso: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: Faz uso de marcapasso: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Há quanto tempo:	
h) SISTEMA GASTROINTESTINAL Abdomen: <input checked="" type="checkbox"/> Flácido () Tenso () Plano () Globoso () Simétrico () Assimétrico () Escavado () Distendido () Timpânico () Doloroso Ruídos Hidroaéreos: () Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Presente, tipo: () Hiperativos () Hipoativos Estomias: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Qual: Tipo de Dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Enteral () Parenteral Vias: <input checked="" type="checkbox"/> Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Parcialmente Eliminação Intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Constipação () Diarréia () Melena () Enterorragia () Obstipação	
i) MUSCULO ESQUELÉTICO Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Sem auxílio () Com auxílio, Qual dispositivo? () Muleta () Andador Utiliza prótese/órtese? () Não () Sim Tipo: Sensibilidade: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Tipo: () Parestesia Qual lateralidade? Déficit motor: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () Direito () Esquerdo () Tetraplegia () Paraplegia Tonicidade: () Rígido () Flácido () Direito () Esquerdo Imobilização: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Lateralidade? Movimenta os quatro membros: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Risco de queda: () Sim () Não	ACIONAR O FISIOTERPEUTA QUANDO O PACIENTE APRESENTAR PARESIA E/OU HEMIPARESIA
j) SISTEMA TEGUMENTAR Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Inteira () Desnutrida <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada () Desidratada <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Icterícia () Edema () Lesionada Local: Escala de Braden: Risco de pele Lesão por pressão: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável ()	
k) APARELHO GENITOURINÁRIO Urinar: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Incontinência () Retenção Urinária () Fralda Dispositivo Urinar: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Tipo: () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia Alterações: () Ardência () Leucorréia () Prurido () Disúria () Oligúria () Polúria () Anúria () Hematúria	
l) PADRÃO DE SONO: <input checked="" type="checkbox"/> Bom () Regular () Ruim () Insônia () Uso de sedativo-calmanantes: () Não () Sim	





Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.

Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

Ao Sr(a). MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Dr. Aluisio Ferraz Arcoverde
CRM-PI 2463

POS OPERATORIAL DE FRATURA DO
UMERO PROXIMAL DIREITO COM USO
DE PROTESE DE OMBRO

Dr. Osvaldo Moura Campos
CRM-PI 1357

S422

Dr. Jorge Henrique T. Cury
CRM-PI 1388

SOLICITO

Dr. João Sivoney Barros
CRM-PI 1849

FISIOTERAPIA DE REABILITAÇÃO PARA
OMBRO DIREITO COM CINESIOTERAPIA
PARA GANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO
COM PENDULARES, ROTACIONAIS E ELEVAÇÃO
LIBERADOS

Dr. Yuri Jivago Félix
CRM-PI 2308

60 SESSÕES

Dr. José Renato B. Gomes
CRM-PI 2083

Dr. Durval Tércio Nunes Leal
CRM-PI 1995

Dr. Themistocles Ramos
Neto
CRM-PI 2798

Teresina 14 de Março de 2018

Dr. Themistocles Ramos Neto
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PI 2798

copil Clínica Ortopédica do Piauí Ltda

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692/S Fone: (86) 3222-4488 - Fone/Fax: (86) 3222-4773
CEP 64.001-390 • Teresina - Piauí • E-mail: contatos@clinicacopil.com.br • Site: Clinicacopil.com.br







Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.

Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

Ao Sr(a). MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Dr. Aluisio Ferraz Arcoverde
CRM-PI 2463

ATESTADO

Dr. Osvaldo Moura Campos
CRM-PI 1357

ATESTO QUE A SRA MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA SOFREU FRATURA DO UME-RO PROXIMAL DIREITO ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA NO HGV NO DIA 19/01/2019. ESTÁ EM POS OPERATORIO. ENCAMINHO A AVALIAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA SOBRE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Dr. Jorge Henrique T. Cury
CRM-PI 1388

Dr. João Sivoney Barros
CRM-PI 1849

S422

Dr. Yuri Jivago Félix
CRM-PI 2308

Dr. José Renato B. Gomes
CRM-PI 2083

Dr. Durval Tércio Nunes Leal
CRM-PI 1995

Dr. Themistocles Ramos
Neto
CRM-PI 2798

Teresina 06 de Fevereiro de 2018

Dr. Themistocles Ramos Neto
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PI 2798

copil Clínica Ortopédica do Piauí Ltda

CNPJ 12.317.665/0001-02

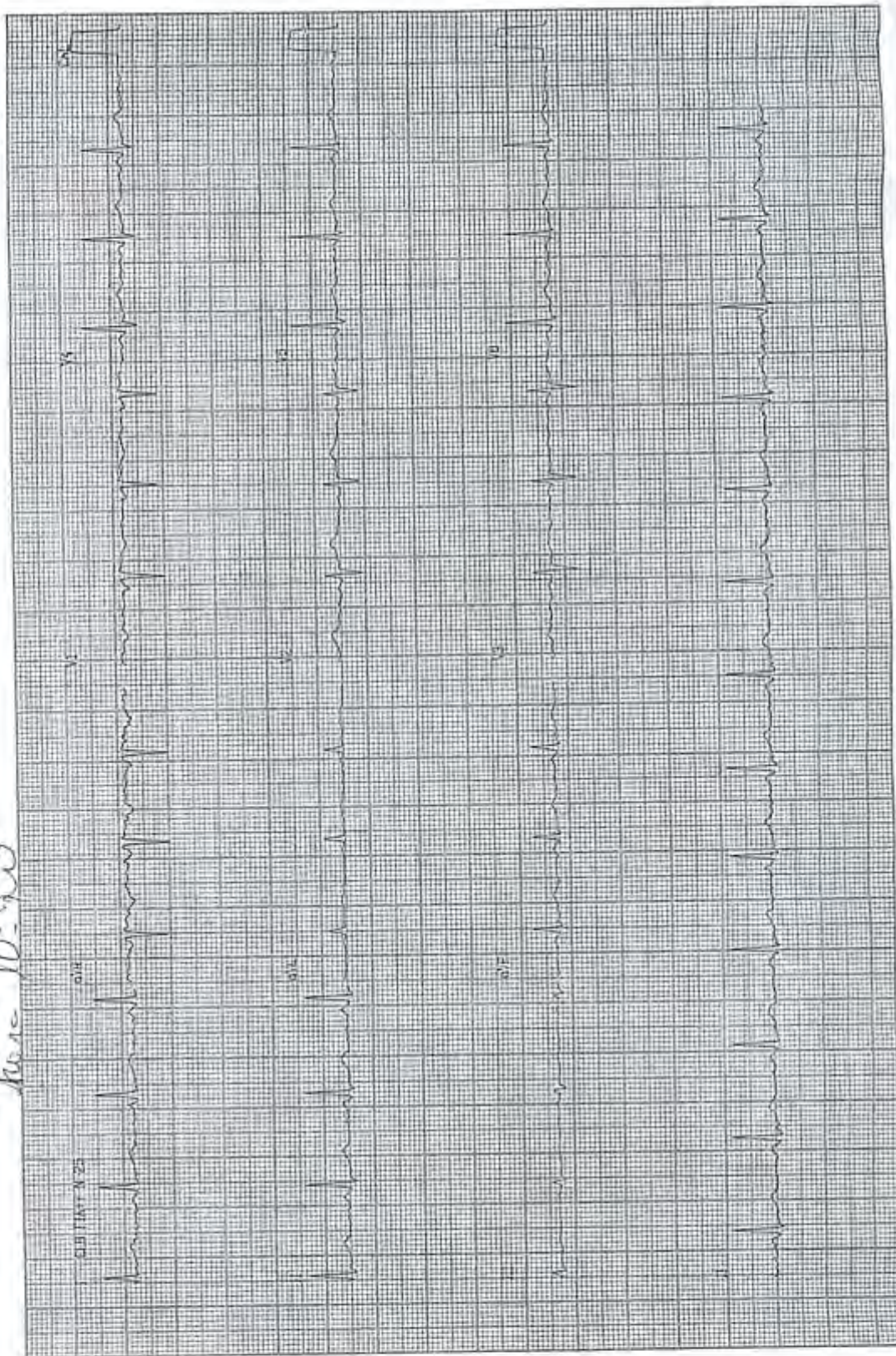
Rua Desembargador Pires de Castro, 692/S Fone: (86) 3222-4488 - Fone/Fax: (86) 3222-4773
CEP 64.001-390 • Teresina - Piauí • E-mail: contatos@clinicacopil.com.br • Site: Clinicacopil.com.br





~ > 06/01/2020 14:00 Sika
~ idade 561 anos

hora 10:20



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFETE COM O ORIGINAL
EM 05/03/18
Dr. GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO
CRM 110754/RS

Amanda M. de Souza
CRM 254119/RS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RJ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

DATA DE NASCIMENTO

PACIENTE

MARIA DO SOCORRO SLVES

IDADE

CLÍNICA

NEFROLOGIA

ENFERMARIA

330

LEITO

06

PRONTUÁRIO

MÉDICO ASSISTENTE

WILSON

OBSERVAÇÃO
INTERDISCIPLINAR

DATA

FRAT UMERIO PROXIMAL PARA PPO
POS OP COM ESTADO GERAL BOM. FO BOA EVOLUÇÃO
SEM FLOGITICOS, NEURO VASCULAR OK

CURATIVO

21/01/2018

ALTA HOSPITALAR

MEDICAÇÃO E ORIENTAÇÃO PRESCRITA PARA CASA

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/03/2018

Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT. 0190633

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119 - 6

Dr. Themistocles Ramos
Coordenador Técnico
Serviço de Nefrologia



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

CURATIVO DIÁRIO

MANTER TIPOIA

NÃO ELEVAR O BRAÇO

PODE MEXER O COTOVELO E A MÃO

**RETORNAR AO AMBULATORIO HGV DR
THEMISTOCLES COM 15 DIAS**

TERESINA 21/01/2018

Themistocles Ramos
21/01/2018



lipada (8/8hs)

10hs da noite
06hs da manhã
02hs da tarde.



copil

COPIL

Rua Des. Pires de Castro, 692 Centro/Sul
Telefone 86 3222-4488 CNPJ 12317665000102

q 8821 - 5353
(copil)

RECIBO

R\$ 200,00

Paciente: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

End. FAZENDDA LEMBRANÇA ZONA RURAL
Cidade CAMPO MAIOR PI
CPF
Email

Recebi do paciente acima, referente a Consulta Médica realizada.
Sendo atendido pelo Dr(a). THEMISTOCLES RAMOS NETO
Data do Atendimento: 06/02/2018
Convênio: UNIPLAN

Teresina 06 de Fevereiro de 2018

Simone de Sousa
SIMONE DE SOUSA







HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

USO ORAL

1- LEVOXIM 500 -----14 COMP
TOMAR 1 COMP VIA ORA AO DIA POR 14 DIAS

X 2- FLANCOX 500 -----01CX → 6:00hs da noite
TOMAR 1 COMP VIA ORAL 12/12 HR 6:00hs da manhã.

3- LISADOR -----01CX
TOMAR 1 COMP VIA ORAL 8/8 HR

TERESINA 21/01/2018

Dr. Themistocles Ramos
CRM 2780-7/SP-6774
RUA. 120, TRAIADORA





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

USO ORAL

1- LEVOXIM 500 -----14 COMP
TOMAR 1 COMP VIA ORA AO DIA POR 14 DIAS

2- FLANCOX 500-----/-----01CX
TOMAR 1 COMP VIA ORAL 12/12 HR

3- LISADOR -----01CX
TOMAR 1 COMP VIA ORAL 8/8 HR

TERESINA 21/01/2018


Dr. Theodoricoles Ramos
FARMACIA-TECNOFARM
FARMACIA-TECNOFARM





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CNPJ: 06553564/000642

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00

Sexo: F

Idade: 54 ANOS, 6 MESES, 4 DIAS

Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208


Evolução

30/12/2017

Enfermeiro(a)

Assinatura

Page 1 of 1
Data impresso: 30/12/2017

11-15:17	CLIENTE NO 18º DIH POR FRATURA DE UMEIRO "D". REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERENCIA. CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, EUPNEICA, DEMBULANDO, SSV ESTÁVEIS, NORMOTENSA, NORMOTERMICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, HIGIENIZADA, ACEITANDO A DIETA V.O. OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS. SONO PRESERVADO, SEM QUAIXAS ALGICAS NO MOMENTO.	VINICIUS	
----------	---	----------	--





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 29/12/2017 - 08:52:42

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

IDADE: 54 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0208

ADMISSÃO: 13/12/2017

DIAS INTERNADO: 16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

29/12/2017 - 08:49:29

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	08/08H
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00GTS	ORAL	06/06H
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	1X DIA

40 GTS SE NECESSARIO

EM JEIUM

CUIDADOS GERAIS
SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS

PA=140x90
TRV=36°C

PA=120x80mmHg
181w
10265

Dr. Leocádio Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM AMB. TEOT 12409

4468 - LEOCADIO SOARES DA SILVA

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



REQUISIÇÃO DE PARECER

CLINICA: Emergência ENFERMARIA: 02 LEITO: 103
NOME DO PACIENTE: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA IDADE: 54a
SERVIÇO: Ortopedia AO SERVIÇO: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA

(Especificar os dados sobre os quais deseja parecer e enumerar os principais sintomas do paciente)

• CLIENTE 54. SEGUE 6º DIA POR FRAT. DE ÚMERO PROXIMAL.
REQUERIDA: NECESSIDADE DE RISCO CIRÚRGICO CARDIOVASCULAR.

DATA: 18/12/2017 PROFISSIONAL REQUISITANTE:

PARANÁ

Ricardo Alves

Paciente segue em tratamento com cardiologista e
doença cardiovascular

Meio HAS, DM e tabagismo

ACP: Manual PA: 100 x 70; FC: 8

ECC: Manual

Classe 7 de Goldmann

DATA: 19/12/17

PROFISSIONAL:

Mols's D
BRUNO
Servulo

Secretaria Estadual de Saúde

Fone: (88) 3262-1372 - Fax
CEP: 84380-000





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 250
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
Tel.: (86) 3252-4546

Page 1 of 1

Data impressa: 29/12/2017

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 54 ANOS


Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

29/12/2017

PROFISSIONAL

ASSINATURA

8:	PACIENTE DE 54A, SEGUE NO 17º DIH POR FRATURA DE UMERO "D". REGULADA, CONSCIENTE, ORIENTADA, TÁSCICA, NORMOCORADA, DEAMBULANDO, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOTENSA. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA, SONO REGULAR, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE E ESPONTÂNEAS, HIGIENIZADA. SEM QUEIXA DE DOR. AGUARDA SENHA DE TRANSFERÊNCIA PELA REGULAÇÃO.	MICAELA MARIA CHAVES SILVA	
14:53	AINDA NÃO FOI LIBERADO SENHA/VAGA DA PCT, QUE SEQUE AGUARDANDO.	JULIAN DANIELE CUNHA RIBEIRO	
14:53	PROCEDIMENTO EXECUTADO: CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	JULIAN DANIELE CUNHA RIBEIRO	





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 28/12/2017 - 09:40:28
Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0208

IDADE: 54 Anos
ADMISSÃO: 13/12/2017

SUS
DIAS INTERNADO: 15

PRESCRIÇÃO MÉDICA

28/12/2017 - 09:40:21

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	08/06H	40 GTS SE NECESSARIO
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00GTS	ORAL	06/06H	
DICLOFENACO POTASSICO 50 MG	1,00COMP	ORAL	08/06H	
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	1X DIA	EM JEIUM

CUIDADOS GERAIS
SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS

12:00h
P.A. = 120 x 80 mmHg
Tax = 99,4 °C
14:00h
P.A. = 120 x 80 mmHg
Tax = 96 °C

30/12/2017 12:00h
P.A. = 120 x 80 mmHg
TAX = 99,4 °C
30/12/2017 14:00h
P.A. = 120 x 80 mmHg
TAX = 96 °C

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

JPB SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CNPJ: 06553564000642 CAMPO MAIOR PI

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Page 1 of 1

Data impressa: 28/12/2017

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 54 ANOS, 6 MESES, 4 DIAS
Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

28/12/2017

08:22:08 PACIENTE SEGUE NO 16º DE 54A, POR FRATURA DE UMEROS "D". CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA E HIPOATIVA. ACEITA PARCIALMENTE DIETA OFERECIDA. HIGIENIZADA, DEAMBULANTE COM AUXÍLIO. SEGUE AGUARDANDO SENHA PELA REGULAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA.

CRISTIANE

CRISTIANE ASSIS DA SILVA
Enfermeira
COREN PI 482.355

em 17.12.17 - foi feita a troca da medicação para analgesia e controle de dor. A paciente foi orientada sobre a importância de seguir a dieta e a medicação prescrita. A paciente foi orientada sobre a importância de seguir a medicação prescrita.





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MOURÃO
CONTORNO, 1.026 - SÃO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impressão: 27/12/2017 08:12:10

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

ENFERMARIA: CC02 CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0208

IDADE: 54 Anos

SUS

ADMISSÃO: 13/12/2017

DIAS INTERNADO: 14

PRESCRIÇÃO MÉDICA

27/12/2017 - 08:12:00

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOIAS 75MG/ML 10ML	1.00FRA	ORAL	08/08/14	06/06/14	08/08/14
DIPYRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35.00GTS	ORAL			
DICLOFENACO POTASSICO 50 MG	1.00CONAP	ORAL			
OMEPRAZOL 20 MG	1.00CONAP	ORAL			

CUIDADOS GERAIS

SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS

11:00 PA-120x80 mmHg, T=37.2°C, FC=120bpm, FR=18, S=100%
para Francisco de Aguiar

PA: 120x80 mmHg
TA: 79/50

NÃO DEFELOU QUERERES
- MILETO X FANALMA.

Francisca Mirtes Ribeiro
COREN 221663-AE

22 PA-120x80 mmHg

Francisca Mirtes Ribeiro
CRM 1872

1872 - FRANCISCO AGUIAR DE SOUSA SOARES

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CNPJ: 06553564000642 CAMPO MAIOR/PI

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impressa: 27/12/2017

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 54 ANOS, 6 MESES, 4 DIAS
Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

27/12/2017

32:11	CLIENTE DE 54 ANOS, SEGUE NO 15º DIA POR FRATURA DE UMERO "D". CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA E HIPOATIVA. ACEITA PARCIALMENTE DIETA OFERECIDA. HIGIENIZADA, DEAMBULANTE, ACOMPANHADA DE FAMILIAR. SEGUE SEM QUEIXAS E AGUARDANDO SENHA PELA REGULAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA.	ELIENE	
-------	---	--------	--



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 54 ANOS,6 MESES,4 DIAS

Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Evolução

27/12/2017

14:58:57 CLIENTE DE 54A, SEGUE NO 1º DIH POR FRATURA DE UMBRO "D" CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA E HIPOATIVA, ACEITA PARCIALMENTE DIETA OFERECIDA, HIGIENIZADA, DEAMBULANTE, ACOMPANHADA DE FAMILIAR, REFERE DOR NO MEMBRO FRATURADO, SEGUE AGUARDANDO SENHA PELA REGULAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA.

MARCIA

Enfermeiro(a)

Assinatura

Page 1 of 1
Data impresso: 27/12/2017



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 26/12/2017 - 11:11:07

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

IDADE: 54 ANOS

SUS

ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0208

ADMISSÃO: 13/12/2017

DIAS INTERNADO: 13

PRESCRIÇÃO MÉDICA

26/12/2017 - 11:10:59

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	08/08H	40 GTS SE NECESSARIO
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00GTS	ORAL	06/06H	
DICLOFENACO POTASSICO 50 MG	1,00COMP	ORAL	08/08H	
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	1X DIA	EM JEJUM

CUIDADOS GERAIS

SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS

42L PA= 120x80mmHg
Pul= 36 e 48 bpm
T= 36,5°C
F= 18 lpm
S= 95%
Auscultação normal
Sem edema

Assinado eletronicamente por:
GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO
CPF: 021.535.193-76

Prof. Mory Freire Gomes
Supervisor de Enfermagem

Assista Prada de Oliveira Lúcia
Técnica de Enfermagem
COREN-PI 425.063

Assista Prada de Oliveira Lúcia
Técnica de Enfermagem
COREN-PI 425.063

Dr. Francisco Rodrigues da Silva
MEDICO
CRM-PI 5200
CPF: 021.535.193-76

5200 - FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CNPJ: 06553564000642

CAMPO MAIOR, PI

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA


Page 1 of 1

Data impressa: 26/12/2017

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 54 ANOS, 6 MESES, 4 DIAS

Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Evolução		Enfermeiro(a)	Assinatura
26/12/2017			
16:19:23	CLIENTE SEGUE NO 14º DIH POR FRATURA DE UMEROS DIREITO. ACORDADA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA EUPNEICA, NORMOCORADA, AFEBRIL, NORMOTENSA, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. ACEITANDO DIETA OFERECIDA. SONO E REPOUSO SATISFATORIO. HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL COM PARECER CARDIO E EXAMES PRE OPERATORIO.	ARTEMES	



**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 25/12/2017 - 08:19:53

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0208

IDADE: 54 Anos
ADMISSÃO: 13/12/2017

SUS
DIAS INTERNADO: 12

PRESCRIÇÃO MÉDICA

25/12/2017 - 08:19:43

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	08/08H	40 GTS SE NECESSARIO	
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL ORAL GTS	35,00GTS	ORAL	06/06H		
DICLOFENACO POTASSICO 50 MG	1,00COMP	ORAL	08/08H		
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	1X DIA	EM JEJUM	

CUIDADOS GERAIS

SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS

10:45 R₃, T_{ax} 36,8°C PA 110x80mmHg Janela17:15 R₃, T_{ax} 36,4°C PA 110x80mmHg Janela

Assinado eletronicamente por:
GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO
COREN-PI 222 383-AE
CPF 240.081.693-15



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
J: 06553564000642

CAMPO MAIOR - PI

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 25/12/2017

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F

Idade: 54 ANOS, 6 MESES, 4 DIAS

Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

25/12/2017

14:00:05 AS 14,HS CLIENTE NOT3ª DIH POR FRATURA DE UMEROS PROXIMAL "D" SEGUE NO LEITO REGULADA AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERENCIA, EVOLUI CONSCIENTE ORIENTADA, FÁSICA DEAMBULANDO, NORMOTERMICA, NORMOCORADA, EUPNEICA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE, ACEITA DIETA VO OFERECIDA, NÃO RELATA DORES ALGICAS. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

ANTONIA





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 24/12/2017 - 09:29:34

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

IDADE: 54 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0208

ADMISSÃO: 13/12/2017

DIAS INTERNADO: 11

PRESCRIÇÃO MÉDICA

24/12/2017 - 09:29:05

DIETA LIVRE

D. LACONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	08/08H	40 GTS SE NECESSARIO	
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00GTS	ORAL	06/08H		
DICLOFENACO POTASSICO 50 MG	1,00COMP	ORAL	08/08H		
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	1X DIA	EM JEJUM	

CUIDADOS GERAIS

SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS

10-56 Pa - 110x70 mmHg, Tcc=36,7°C
17-17 Pa - 100x70 mmHg, Tcc=36,7°C

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Assinado eletronicamente por: GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO - 07/02/2019 18:29:01
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020718290066100000004089923>
Número do documento: 19020718290066100000004089923

Num. 4248288 - Pág. 14

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CNPJ: 06553564000642

CAMPO MAIOR

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 24/12/2017

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F

Idade: 54 ANOS, 6 MESES, 4 DIAS

Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

24/12/2017

15. 21. CLIENTE NO 12º DIH POR FRATURA DE UMEROS PROXIMAL "D" SEGUE NO LEITO REGULADA AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERENCIA. SEGUE NO LEITO CONSCIENTE ORIENTADA FASICA DEAMBULANDO, NORMOTERMICA NORMOCORADA NORMOCARDIA EUPNEICA. ACEITA DIETA VO OFERECIDA ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE, NÃO RELATA DORES ALGICAS.

ANTONIA

Antonia Trindade
Enfermeira
CNPJ: 000.309.560



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: Maria do Socorro M. S. ENF: _____
Sexo: M () F (☒) Idade: 54 Estado Civil: Solteiro () Casado / União Estável ()
Viúvo () Separado ()

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

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico () Cirúrgico () Obstétrico ()
Se obstétrico: DUM: _____ IG: _____ G _____ P _____ A _____
Queixa principal: Fratura de osso

4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:
Hipertensão () Diabetes () Tabagismo () Etilismo () Doença cardíaca
Doença renal () Alergias () Outros () Não

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido (☒) Confuso () Coma superficial () Coma profundo ()
Estado emocional: Agitado () Tranquilo () Tenso () Deprimido ()
Pele: Normocorada (☒) Hipocorada () Cianose () Sudorética ()
Hidratada (☒) Desidratada () Hiperemia () Local: _____
Integridade da pele: Sim () Não () Obs: _____
Rede venosa: Visível () Não visível ()
Edemas: Ausência (☒) Presença () Local: _____ Generalizado ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico (☒) Bradpneico () Taquipnéico () Dispneico ()
Tosse seca () Tosse produtiva () Hemoptise () Dor torácica () Epistaxe ()
Outras: _____

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia () Pirose () Disfagia () Náuseas () Vômitos () Hematêmese ()
Dor abdominal () Dor epigástrica ()

Alimentação: Oral (☒) Por SNG () Aceita normal () Aceita parcial () Não aceita ()
Hábito intestinal: Frequência diária () Diarréia () Constipado () Última evacuação: _____

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal (☒) Por SVD () Poliúria () Polaciúria () Oligúria () Hematúria ()
Incontinência () Disúria () Anúria () Aspecto: Claro () Truço ()

Sono e repouso: Preservados (☒) Insatisfatórios ()
Outras queixas: Febre () Dor () Local: _____ Outras: _____
SSVV: Tax°C: _____ P _____ R _____ PA _____
Medicações de uso regular: Não () Sim (☒) Quais: Omg
Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção devido a procedimentos
invasivos.

Data: 13/12/17 Enfermeiro: Angela Cristina de Brito Nogueira

COPIA CORREÇÃO
DE SEGUROS
22 MAR 18
DPV T

Enfermeira
Angela Cristina de Brito Nogueira
COREN-PI 332-285





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 06/01/2018 - 09:36:46

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

IDADE: 55 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LETTO:CC0208

ADMISSÃO: 13/12/2017

DIAS INTERNADO: 24

PRESCRIÇÃO MÉDICA

06/01/2018 - 09:36:33

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	08/08H
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00GTS	ORAL	06/06H
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	1X DIA
CAPTOPRIL 25 MG	1,00COMP	ORAL	

40 GTS SE NECESSARIO
EM JEJUM
SE PAS > 160MMHG E/OU
PAD > 100

CUIDADOS GERAIS
SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS



1200 P.A. 120 x 40 mmHg
9/12/2017
P.T. sem pontos
no membros inferiores

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 05/01/2018 - 08:13:39

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

IDADE: 55 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LETTO:CC0208

ADMISSÃO: 13/12/2017

DIAS INTERNADO: 23

PRESCRIÇÃO MÉDICA

05/01/2018 - 08:13:33

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	08/08H
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00GTS	ORAL	06/08H
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	1X DIA
CAPTOPRIL 25 MG	1,00COMP	ORAL	

CUIDADOS GERAIS

SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS

18:00HS PA: 140x80mmHg

TAX: 36.9c

NÃO REFERIU QUEIXAS.

MARCA X FRANCISCA MIRTES RIBEIRO
COREN 221663-AE

18:00HS:

PA: 110x70mmHg

TAX: 37.3c

SEM QUEIXAS.

MARCA X FRANCISCA MIRTES RIBEIRO

COREN 221663-AE

4468 - LEOCADIO SOARES DA SILVA

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

SECRETARIA DE SEGUROS

22 MAR 2018

DEVAT

Dr. Leocádio Soares
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 4468

Zilide da Oliveira

Francisca Mirtes Ribeiro



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 250
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
Tel.: (86) 3252-4546



Page 1 of 1
Data impressa: 05/01/2018

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 55 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

05/01/2018

PROFISSIONAL

ASSINATURA

1	PACIENTE DE 54A, SEGUE NO 23º DIA POR FRATURA DE UMERO "D". REGULADA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, NÓRMOCORADA, DEAMBULANDO, AFÉBRIL, EUPNEICA, NÓRMOTENSA. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA, SONO REGULAR, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE E ESPONTÂNEAS, HIGIENIZADA. SEM QUEIXA DE DOR. AGUARDA SENHA DE TRANSFERÊNCIA PELA REGULADA.	MICAELA MARIA CHAVES SILVA	Micaela M. Chaves Silva Enfermeira COREN-PI Nº 419.371
15:38	AINDA NÃO FOI LIBERADO SENHA/VAGA DO PCT, QUE SEGUE AGUARDANDO.	JULIAN DANIELE CUNHA RIBEIRO	
15:38	PROCEDIMENTO EXECUTADO: CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	JULIAN DANIELE CUNHA RIBEIRO	





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 04/01/2018 - 08:15:30

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

IDADE: 55 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LETTO:CC0208

ADMISSÃO: 13/12/2017

DIAS INTERNADO: 22

PRESCRIÇÃO MÉDICA

04/01/2018 - 08:15:17

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	40 GTS SE NECESSARIO
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00 GTS	ORAL	40 GTS SE NECESSARIO
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	40 GTS SE NECESSARIO
CAPTOPRIL 25 MG	1,00COMP	ORAL	40 GTS SE NECESSARIO
CUIDADOS GERAIS			
SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS			

12:00 - PA = 120 x 80
TA = 36 mmHg
18: PA = 130 x 80
TA = 36 mmHg

Rosa Mary Froide Gomes
Médica de Enfermagem
COREN-PI 501.113

SE PAS > 160MMHG E/OU
PAD > 100

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CNPJ: 06553564/000642

CAMPO MAIOR/PI

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA


Page 1 of 1

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 54 ANOS,6 MESES,4 DIAS

Data impressa: 04/01/2018

Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Evolução		Enfermeiro(a)	Assinatura
04/01/2018	14:36:17 NO 22º DIH POR FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO. CONSCIENTE, ORIENTADA, PASICA, HIPOCORADA, EUPNEICA, DEAMBULANDO. SONO E REPOUSO PRESERVADOS. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VO OFERTADA. DIURESE E EVACUAÇÕES PRSENTES. REFERE ALGIA EM MSD TRAUMATIZADO. REGUALADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERENCIA.	DESTERRO	



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 03/01/2018 - 08:41:04

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0208

IDADE: 55 Anos
ADMISSÃO: 13/12/2017

SUS
DIAS INTERNADO: 21

PRESCRIÇÃO MÉDICA

03/01/2018 - 08:40:52

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1 DOSE	ORAL	08/08H
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00GTS	ORAL	06/06H
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	1X DIA
CAPTOPRIL 25 MG	1,00COMP	ORAL	

CUIDADOS GERAIS

SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS

40 GTS SE NECESSARIO

EM JEJUM

SE PAS > 160MMHG E/OU
PAD > 100

Dr. Gilberto Leite de Azevedo Filho
T.M. 13672
Sociedade Médica
COREMP 1801 086

Dr. Francisco Agamenon de Sousa Soares
T.M. 1872

1872 - FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CNPJ: 06553564000642

CAMPO MAIOR/PI


EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Page 1 of 1

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 54 ANOS,6 MESES,4 DIAS
Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Data impresso: 03/01/2018

Evolução		Enfermeiro(a)	Assinatura
03/01/2018			
1	12	ALEXANDRA	

NO 21º DIA POR FRATURA DE UMERÔ PROXIMAL DIREITO. CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, HIPOCORADA, EUPNEICA, DEAMBULANDO. SONO E REPOUSO PRESERVADOS. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VO OFERTADA. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES SIC. APRESENTA TRAUMA NO MSD. REFERE ALGIA EM MSD TRAUMATIZADO. REGUALADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERENCIA.

Alexandra Albuquerque
ENFERMEIRA
COREIA-PI 415.322





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1.026 - SÃO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 02/01/2018 - 08:04:20

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0208

IDADE: 55 Anos
ADMISSÃO: 13/12/2017

SUS
DIAS INTERNADO: 20

PRESCRIÇÃO MÉDICA

02/01/2018 - 08:04:00

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	08/08H
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00GTS	ORAL	06/06H
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	1X DIA
CAPTÓPRIL 25 MG	1,00COMP	ORAL	

CUIDADOS GERAIS
SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS

12:00HS:

PA: 120x80 mmHg

TAx: 36,0°C

NÃO REFERIU SINAIS.

14:00HS: EUCAL.

Francisca Mirtes Ribeiro

COREN 221663-AE

18:00HS:

PA: 140x90 mmHg

TAx: 36,0°C

SEM QUEIXAS.

19:00HS: EUCAL.

Francisca Mirtes Ribeiro

COREN 221663-AE

Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 12.150-PI
Médico

1222 - CESAR BARROS RABELO

10 GTS SE NECESSÁRIO
Francisca Mirtes Ribeiro
COREN 221663-AE
SE PAS > 160MMHG E/OU
PAD > 100



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 54 ANOS,6 MESES,4 DIAS

Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208


Page 1 of 1
Data impresso: 02/01/2018

Evolução

02/01/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

11:44:18	CLIENTE SEGUE NO 2º DIH POR FARTURA DE UMBRO D. ACORDADA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EUPNEICA, NORMOCORADA, NORMOTENSA, AFEBRIL, NEGA ALGIA, ACEITA DIETA OFERECIDA, SONO E REPOUSO SATISFATORIO, DIURESE FISIOLÓGICA E EVACUAÇÕES PRESENTES E SEM ALTERAÇÕES, SEGUNDO RELATO DA MESMA, AGUARDA SENHA DA REGULAÇÃO.	ARTEMES	
----------	---	---------	--





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Pág.: 1/1

Impresso: 01/01/2018 - 08:37:42

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

IDADE: 55 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0208

ADMISSÃO: 13/12/2017

DIAS INTERNADO: 19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01/01/2018 - 08:36:35

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	08/08H
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00GTS	ORAL	06/06H
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	1X DIA
CAPTOPRIL 25 MG	1,00COMP	ORAL	
CUIDADOS GERAIS			
SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS			

40 GTS SE NECESSARIO

EM JEJUM

SE PAS > 160MMHG E/OU
PAD > 100

64280-000 - CAMPO MAIOR/PI

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CNPJ: 06553564000842
CAMPO MAIOR/PI

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL


I08705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Page 1 of 1
Data impressa: 01/01/2018

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 55 ANOS
Convenio: SUS
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Profissional Assinatura

01/01/2018

15:50	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 130X80, Temp.: 36, FC.: 68, FR.: 18, Glicemia: 0	ENILDES	
16:00	PACIENTE SEGUE NO 20 DIH, REGULADA, POR FRATURA DE UMERO D. REGULADA, AGUARDANDO SENHA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, SSVV: AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOTENSA, NORMOCARDIA, DIURESE PRESENTE E NORMAL, ELIMINAÇÃO INTESTINAL AUSENTE ATÉ O MOMENTO. DIETA VO BEM ACEITA, NEGA ALÉRGICAS. SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.	ENILDES	 Edilson Soares da Aguiar Enfermeiro CRM-PI 000.5322-767





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MOURÃO

CONTORNO, 1.026 - SÃO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564/000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 31/12/2017 - 07:53:19

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

IDADE: 54 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0208

ADMISSÃO: 13/12/2017

DIAS INTERNADO: 18

PRESCRIÇÃO MÉDICA

31/12/2017 - 07:53:09

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	08/08H	SE NECESSARIO 40 GTS
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00GTS	ORAL	06/06H	
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL	1X DIA	EM JEJUM
CAPTOPRIL 25 MG	1,00COMP	ORAL		

CUIDADOS GERAIS

SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS

43°C; PA: 130/80 mmHg; FC: 86bpm
T_{ax}: 36°C
P_{Ar}: 150x80 mmHg / 180 mmHg - 31°C - 1/4 de dia - 100% O₂ - AC

Dr. Francisco Agamenon de Sousa Soares
CRM 1872

1872 - FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CNPJ: 08553564000642 CAMPO MAIOR/PI

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Page 1 of 1

Data impresso: 31/12/2017

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 54 ANOS,6 MESES,4 DIAS

Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA


Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

31/12/2017

11:58	PACIENTE EVOLUI NO 19º DIH POR FRATURA DE UMERO D'. AGUARDANDO SENHA DE REGULAÇÃO, SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, CALMA, NORMOCORADA, EUPNEICA, NORMOTENSA, AFEBRIL, ACEITA DIETA VO, ELIMINAÇÕES PRESENTES E NORMAIS. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.	PATRICIA	 ENFERMEIRO CONEX-PI: 510033
-------	--	----------	---



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MOURÃO

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 30/12/2017 - 08:46:23
Pag.: 1/1

PACIENTE: 108705-MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

IDADE: 54 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC02-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0208

ADMISSÃO: 13/12/2017

DIAS INTERNADO: 17

PRESCRIÇÃO MÉDICA

30/12/2017 - 08:44:28

DIETA LIVRE

DIMETICONA SOL. ORAL GOTAS 75MG/ML 10ML	1,00FRA	ORAL	16:32	08/08H
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	35,00GTS	ORAL		06/06H
OMEPRAZOL 20 MG	1,00COMP	ORAL		1X DIA
CAPTOPRIL 25 MG	1,00COMP	ORAL		

40 GTS SE NECESSARIO
EM JEJUM
SE PAS > 160MMHG E/OU
PAD > 100

CUIDADOS GERAIS
SINAIS VITAIS DE 6/6 HRS

13:00HS

PA: 180x80 mmHg

TAX: 96 bpm

NAO REFERE DOR

Francisca Mirões Ribeiro

COREN 221663-AE

Dr. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
GEM 221663-AE

18:00HS PA: 180x80 mmHg

TAX: 96 bpm

SEM DOR

Francisca Mirões Ribeiro
COREN 221663-AE

6460 - CAROLINA COELHO MELLO

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



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

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

Qual(is): Laparoscopia

Qual o ano: há 15 anos

VI - EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional: () Sim (X) Não

Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-alta () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária ()

Outro Especifique: _____

Pessoa a qual deve estar envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante () Familiar

Realiza algum tratamento especializado: () Sim Não (X)

Qual: _____

VII - PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? () Não () Sim (X) Não se aplica

() Criança

() Idosos debilitados

() Adolescente

() Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos

() Indígena

() Outro Qual: _____

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

() Alimentação

() Linguagem

() Deambulação/ Mobilidade

() Surdo e mudo

() Sono e repouso

() Comunicação

() Acompanhante

() Outros Qual: _____

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

VIII - OUTRAS INFORMAÇÕES:

Paciente 55 anos; vítima queda de moto, fratura de

um braço D.

O Sr. ou Srª, gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Isaura Teixeira Paz Gonçalves

Assinatura (Paciente ou Responsável)

Waldemar Leão da Silva 429565

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

AValiação do grau de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão

	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO
	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	4. RARAMENTE MOLHADA
	1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	4. ANDA FREQUENTEMENTE
	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE
	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	22

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119 - 6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/03/2018
Edna Maria Mendes Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019085-4



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

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

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119 - 6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/03/18
Edna Maria Nogueira Silva
COPIA DE FOLHA DE MAT. 01005-6





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
NEXO 01

NOME: Maria do Socorro A. da Silva DN: 19/07/64 DATA DA ADMISSÃO: 06/01/18
CLÍNICA: Enfermagem III ENF./LEITO: 330104 HORÁRIO:

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS *

	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	06/01	07/01	08/01	09/01	10/01	11/01	13/01
() Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrrição). Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda).	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	()	()	()	()	()	()	()
Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.							
Idade (selecione apenas uma opção)							
() 60 - 69 anos (1 ponto)							
() 70 - 79 anos (2 pontos)							
() 80 anos e mais (3 pontos)							
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável)							
() Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)							
Eliminações: Intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção)							
() Incontinência (2 pontos)							
() Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)							
() Urgência/aumento da frequência e incontinência (4 pontos)							
() Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)							
() Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)	5	5	5	5	5		5
Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)							
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex. sondas, drenos, cateteres, impressores pneumáticos e outros). (selecione apenas uma opção)							
() Um equipamento (1 ponto)							
() Dois equipamentos (2 pontos)	1	1	1	1	1	7	1
() Três ou mais equipamentos (3 pontos)							
Mobilidade (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Marcha instável (2 pontos)							
() Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)							
() Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou mobilização (2 pontos)							
Mobilização (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)							
() Impulsividade (comportamento imprevisível ou antissocial) (2 pontos)							
() Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)							
Soma dos pontos							
Risco: escore de 0-5 pontos.							
Moderado: escore de 6-13 pontos.	6	6	6	6	6	1	6
Alto: escore > 13 pontos							

3. 131-HGV

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 190119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/02/18
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO Nº 019053-9





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 01

MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME COM RISCO							
	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DI
BAIXO RISCO	06/01	07/01	08/01	09/01	10/01	11/01	12/01
Não deixar o ambiente totalmente escuro	X	X	✓	✓	✓	✓	13
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes	X	X	✓	✓	✓	✓	✓
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura	X	X	X	✓	✓	✓	✓
MODERADO							
Orientar para que toda saída do leito deva ser orientada pela enfermagem.							✓
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta.							✓
Orientar necessidade de acompanhante.							
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito.							
Manter ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.							
ALTO RISCO							
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período.							
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante.							
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições.							✓
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro.							
DECLARAÇÃO							
Declaro que recebi as orientações quanto a Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar, ao uso de vestírios e calçados adequados, bem como o folder educativo na primeira avaliação. Estou ciente do risco de queda avaliado o que entendo perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.							
Assinatura (paciente/acompanhante): <u>Valdeir Leonardo Pereira Gonçalves</u>							
Observação: O paciente e acompanhante devem seguir as orientações fornecidas.							

* O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119-8

Valdeir Leonardo 429565
Enfermeiro /Coren

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/02/2018
Edna Soares da Silva
CÓPIA DE PREVENÇÃO DE QUEDA MAT. 019055-8

MOD. 131-HGV



300 cópias



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



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO

NOME: Ma de Sousa Alves de Jesus DN: 09/06/63
DE: CENTRO CIRÚRGICO
PARA CLÍNICA: Cir III DATA: 19/01/18 HORÁRIO: 19h

ITENS A SER CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR À CLÍNICA	CHECA
Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento).	<input checked="" type="checkbox"/>
Conferir 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 anti biótico 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 a dor).	<input checked="" type="checkbox"/>
Fazer o registro de enfermagem no prontuário.	<input checked="" type="checkbox"/>
Solicitar o maculeiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	<input checked="" type="checkbox"/>

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO. ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO.

Assinatura do Enfermeiro
Eduarda Maria de Oliveira
Matr. 290119-6

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

Av. Frei Serafim, 2362 - Centro - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86 - 3221-3040

Amanda Machado de Oliveira
Matr. 290119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE CÓPIA ORIGINAL
EM 01/02/18
Eduarda Maria de Oliveira
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT 290119-6





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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO
(Realizar antes do paciente ir para o CC)

NOME: Maria da Glória Alves da Silva DN: 19.07.64
CLÍNICA: Neurologia III DATA: 19.01.18 HORÁRIO: 13:00

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira - nome completo e data de nascimento)	
2	Conferir se o paciente encontra-se com a marcação cirúrgica da lateralidade	/
3	Confirmar com o Centro cirúrgico se o paciente será operado	/
4	Conferir se os termos de consentimento da anestesia estão preenchidos e assinados	/
5	Conferir se o termo de consentimento da cirurgia encontra-se assinado	/
6	Conferir se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	/
7	Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas	/
8	Orientar a retirada de roupa íntima	/
9	Preparar o paciente com a vestimenta apropriada (camisola, gorro e pró-pés)	/
10	Conferir o jejum	/
11	Verificar se o paciente tem alergia e registrar no prontuário	/
12	Identificar junto ao paciente e prontuário o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e parecer cardiológico	/
13	Verificar e anotar os SS/VV no prontuário (incluir a dor)	/
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao CC no prontuário	/
15	Solicitar o maculeiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas, acompanhado pelo técnico de enfermagem obrigatoriamente	/

DISS: DEVER Á SER VERIFICADO E CHECADO (✓) CAD. 1 ITEM

*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

AS: SINATURA D.A (O) ENFERMEIRA (O) E
CAI RIMBO

ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE
ENFERMAGEM E CARIMBO

Assinatura: Edna Maria Machado de Oliveira
Enfermeira
SOBEN nº 134988
Av. Frei Serafim, 2352 - Centro - CEP: 64001-070 - Teresina - PI - Tel. 96 - 3221-3040

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/02/18
Edna Maria Machado de Oliveira
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019004





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

GÉRÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - CIRÚRGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO
(Realizar antes de encaminhar o paciente para a enfermaria)

NOME: _____ DN: ____/____/____

CLÍNICA: _____ DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____:____

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

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

*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DA (O) ENFERMEIRA (O) E CARIMBO	ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
--	--

Amadeu Marciano de Oliveira
Mat. 280719-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 05/03/18
Eliane Maria de Sousa Silva
Coordenadora de Enfermagem

Av. Frei Serafim, 2352 – Centro – CEP: 64001-420 – Teresina – PI – Tel. 68 – 3221-3040





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 01

NOME: Maria da Glória L. da Silva DN: 19/07/64 DATA DE ADMISSÃO: 1/1
CLÍNICA: Cardiologia III ENF/LEITO: 330 / 06 HORÁRIO: 1/1

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS*

	DATA 16/01	DATA 17/01	DATA 18/01	DATA 19/01	DATA 20/01	DATA 21/01	DATA 22/01
Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.							
() Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrição). Implemente intervenções adequadas de segurança (baixo risco de queda)	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	()	()	()	()	()	()	()
Complete a sequência e calcule o score de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o score da categoria é 0.							
Idade (Selecione apenas uma opção)							
() 60 - 69 anos (1 ponto)							
() 70 - 79 anos (2 pontos)							
() 80 anos e mais (3 pontos)							
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável)							
() Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)							
Eliminação: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção)							
() Incontinência (2 pontos)							
() Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)							
() Urgência/aumento da frequência de incontinência (4 pontos)							
() Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)							
() Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)							
() Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)	5	5	5	4			
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (Selecione apenas uma opção)							
() Um equipamento (1 ponto)	1	1	1	1			
() Dois equipamentos (2 pontos)							
() Três ou mais equipamentos (3 pontos)							
Mobilidade (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Marcha instável (2 pontos)							
() Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)							
() Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)							
Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)							
() Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos)							
() Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)							
Somatória dos pontos	6	6	6	5			
Baixo risco: score de 0-5 pontos							
Risco Moderado: score de 6-13 pontos							
Alto Risco: score > 13 pontos							

Amanda Machado de Oliveira
Mat 290119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/03/18
Cópia de prontuário de nº 01944-4





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUI
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 01

MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME RISCO							
BAIXO RISCO	DATA 16/01	DATA 17/01	DATA 18/01	DATA 19/01	DATA 20/01	DATA 21/01	DATA 22/01
Não deixar o ambiente totalmente escuro	x						
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes.	x	x	x	x			
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura	x	x	x	x			
MODERADO							
Orientar para que toda saída do leito deva ser orientada pela enfermagem.							
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devam ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta.							
Orientar necessidade de acompanhante.							
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito.							
Manter ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.							
ALTO RISCO							
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período.			x		x		
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante.			x		x		
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições.			x		x		
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com enfermeiro.			x		x		
DECLARAÇÃO							
Declaro que recebi as orientações quanto a Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar, no uso de vestílios e calçados adequados, bem como o folder educativo na primeira avaliação. Estou ciente do risco de queda avaliado e que entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.							
Assinatura (paciente/acompanhante): <u>Elisandra Teixeira da Conceição</u>							
Observação: O paciente e acompanhante devem seguir as orientações fornecidas.							

*O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.

Amélia Machado de Oliveira
Mat. 290119-6

Enfermeiro / Coren

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/02/2019
Elena Maria Amorim de Silva
COREN-PI 112255-9

MOD.131 - HGV



SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

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

Atendimento:
541513

Prontuário: 326356 Nome: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
Endereço: LEMBRACA 0 ZONA RURAL
Cidade: NOSSA SENHORA DE NAZARE UF: PI CEP: 64288-000

Sexo: F DT. Nasc: 09/06/1963 (Idade: 54 Anos Estado Civil: U Profissão: TRABALHADOR RURAL
Cadastro: 06/01/2018 Telefone: 86 -9950.4275 Cartão SUS: 898002394986354 CPF: 01656946378

Justificativa:

Necessidade intrínseca

Data	Assinatura
06/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
07/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
08/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
09/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
10/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
11/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
12/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
13/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
14/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
15/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
16/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
17/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
18/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
19/10/12018	Isaura Teixeira Paz Gonçalves
20/10/12018	
21/10/12018	
22/10/12018	

Dr. Themistocles Ramos
CRM-2798/1507-8374
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ass. Médico Solicitante

Data: ____/____/____

Auditor

Data: ____/____/____

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 250119-6

Assinatura - CPF

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 05/03/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019065-6





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DA CLÍNICA

DATA: 30/01/2018

CLÍNICA: CIRURGICA III	ENFER: 330	LEITO: 06	PRONTUÁRIO:
NOME: Maria do Socorro Alves da Silva		NASCIMENTO: / /	IDADE:
DIAGNÓSTICO:			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (X) Alerta () Vigil () Confuso () Obnubilado () Torporoso () Comatoso			
RESPOSTA MOTORA (X) Movimentos Ativos () Paresia () MMSS () D () E () MMII () D () E () Hipotonia () Hipertonia () Espasticidade () Plegia () MMSS () D () E () MMII () D () E			
M	RESPIRAÇÃO (X) Espontânea () VMI V.A.A () TOT () TQT () Plástica () Metálica		
A	PADRÃO VENTILATÓRIO ESPONTÂNEO (X) Mista () Apical () Diafragmático () Paradoxal		
N	AMPLITUDE (X) Normal () Superficial () Profunda RITMO (X) Normal () Anormal FR crpm		
T	OXIGENIOTERAPIA () Cateter () Venturi () Macro Aporte O2 SpO2		
Ã	SECREÇÃO () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 ASPECTO		
AUSCULTA		HORA DO ATENDIMENTO	
HEMODINÂMICA FC bpm PA / mmHg		FISIOTERAPIA Dra. Lara Helena da Cruz Pereira	
CONDUTA (X) Fisioterapia Respiratória (X) Fisioterapia Motora		CREFITO- / 167.942-4 FISIOTERAPISTA CREFITO- / 167.942-4	

CARIMBO ASSINATURA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () Alerta () Vigil () Confuso () Obnubilado () Torporoso () Comatoso			
RESPOSTA MOTORA () Movimentos Ativos () Paresia () MMSS () D () E () MMII () D () E () Hipotonia () Hipertonia () Espasticidade () Plegia () MMSS () D () E () MMII () D () E			
T	RESPIRAÇÃO () Espontânea () VMI V.A.A () TOT () TQT () Plástica () Metálica		
A	PADRÃO VENTILATÓRIO ESPONTÂNEO () Mista () Apical () Diafragmático () Paradoxal		
R	AMPLITUDE () Normal () Superficial () Profunda RITMO () Normal () Anormal FR crpm		
D	OXIGENIOTERAPIA () Cateter () Venturi () Macro Aporte O2 SpO2		
E	SECREÇÃO () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 ASPECTO		
AUSCULTA		HORA DO ATENDIMENTO :	
HEMODINÂMICA FC bpm PA / mmHg			
CONDUTA () Fisioterapia Respiratória () Fisioterapia Motora			

CARIMBO ASSINATURA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () Alerta () Vigil () Confuso () Obnubilado () Torporoso () Comatoso			
RESPOSTA MOTORA () Movimentos Ativos () Paresia () MMSS () D () E () MMII () D () E () Hipotonia () Hipertonia () Espasticidade () Plegia () MMSS () D () E () MMII () D () E			
N	RESPIRAÇÃO () Espontânea () VMI V.A.A () TOT () TQT () Plástica () Metálica		
O	PADRÃO VENTILATÓRIO ESPONTÂNEO () Mista () Apical () Diafragmático () Paradoxal		
I	AMPLITUDE () Normal () Superficial () Profunda RITMO () Normal () Anormal FR crpm		
T	OXIGENIOTERAPIA () Cateter () Venturi () Macro Aporte O2 SpO2		
E	SECREÇÃO () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 ASPECTO		
AUSCULTA		HORA DO ATENDIMENTO :	
HEMODINÂMICA FC bpm PA / mmHg			
CONDUTA () Fisioterapia Respiratória () Fisioterapia Motora			

CARIMBO ASSINATURA

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL
EM 05/02/2018
Eduardo de Almeida Silva
Coordenador de Fisioterapia



M A N H Ã	CONDUTA E OBSERVAÇÃO

D T A R D E	CONDUTA E OBSERVAÇÃO

N O I T E	CONDUTA E OBSERVAÇÃO



54a 320-06



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
8:50h Evolui em PP de filo cirurgico de ombro e consequente, orientado e euforico, afetuoso, apresentando queixas. Feito alta. Orientado V.O. Sono e repouso alterados. Prescriturando segue sob cuidados de enfermagem.	18h00 Bt. evolui no 1º PP de PP de filo cirurgico de ombro, euforico, consequente, orientado, fisico, euforico, desinibido, tomou banho de aspersão, dirigiu-se ao banheiro, presente, feito curativo do ferimento, bom aspecto, soroterapia em curso, MTP, MSE, filio (bico), afeto, SVV, amensurado a medicação, aceita dieta oferecida.
30h00am. Sem queixas, sono e repouso melhorados, evolui estável afetivo. Repara queixas doloras no hantio - Bt.	18h Evolui sem queixas, aceita dieta, afeto SVV, administrando medicação, repouso no leito.
	6h Paciente dormiu bem a noite, segue em repouso no leito.

HOSPITAL GERAL DE UBERLÂNDIA
CENTRO DE ESPECIALIDADES
EM UBERLÂNDIA
Cidade: Uberlândia - Minas Gerais
CNPJ: 08.907.119-0



FOLHA DE CONTROLE

NOME: Maria do Socorro A. da Silva PRONTUÁRIO: 330-6 PESO: 330-6 DATA DO NASC: 1 / 1 / 1 DATA: 20/01/18

DIAGNÓSTICO: INTERNAÇÃO: 1 / 1 / 1 G.S. / F. RH

SINAIS VITAIS										ENTRADAS										SAÍDAS									
T	P	R	PA/ FAM	DOR	PFC	SAT O ₂	P C	VO SNG	PLASMA	SANGUE	NPC	MED	SF	SG	DRENOS	SHG	OUTRESE	EVACUAÇÃO											
07																													
08																													
09																													
10																													
11	36c			18	10/8																								
12																													
13																													
14																													
SOMA PARCIAL																													
15																													
16																													
17	36c			18	10/8																								
18																													
19																													
20																													
21																													
22																													
SOMA PARCIAL																													
23																													
24																													
01																													
02																													
03																													
04																													
05																													
SOMA PARCIAL																													
SOMA TOTAL															BALANÇO 24 HS														



2. MUDANÇA DE DECÚBITO:

DD - Decúbito Dorsal
DLD - Decúbito Lateral Direito
DLE - Decúbito Lateral Esquerdo
DV - Decúbito Ventral

1. EVACUAÇÕES:

(-) Ausente
(+) Pequena quantidade
(++) Média quantidade
(+++) Grande quantidade

MOD. 135 - NOV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERÊNCIA ORIGINAL
EM 01/05/18
Assinado eletronicamente por: GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO
Mat. 290189-6





SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

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

Atendimento:
541513

Paciente: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA		Idade: 54 Anos 6 Meses 29 Dias	Sexo: F	Prontuário: 326356
Endereço: LEMBRACA		Nº. merc: 0	Bairro: ZONA RURAL	Cidade: NOSSA SENHORA DE NAZ
UF: PI	DT. Nasc: 09/06/1963	Profissão: TRABALHADOR RURAL	Telefone: 86 - 9950.4275	CPF: 016.569.463-78
Cartão SUS: 898002394986354				

Internação: 06/01/2018	Alta: 21/01/18	às _____	Permanência:
-------------------------------	-----------------------	----------	--------------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:				
CID Principal: <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Queixa abso. pós lesões
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CID Secundário: <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CID Causa Morte: <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Evolução e Situação na Alta: **Bom evoluir pós operações**

Medicações Utilizadas: **Medicam. crônica**

Cirurgia: Data: **20/01/18** Tipo: **Protese artrosc.**

Maneio Pós Alta ou Motivo da Transferência: **Atendimento + 16h**

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☒ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

Transferência:

Vaga cedida por: _____
Transporte: _____

Nome: _____	<div><p>Dr. Themis dos Ramos CRM-2798 / FCM-0176 ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA</p><p>Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente</p></div>
-------------	--

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 280119 - 5

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 05/03/2018
Edna Maria Almeida Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 010034



Atendimento: PO149438

Data: 13/12/2017 às 12:37 hs

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

DECLARAÇÃO

Declaro para dos devidos fins que se fizerem necessário, que a paciente MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA, data de nascimento 09/06/1963, FILIAÇÃO Maria Florência Alves da Silva e Aristides Alves da Silva, RG: 1.389.263 SSP/PI e CPF: 016.569.463-78 residente na Localidade Lembrança município de Nossa Senhora de Nazaré/PI, deu entrada neste Hospital Regional em 13/12/2017 as 12:37 hs alegando acidente de transito a mesma foi atendida pelo medico plantonista Dr^o Lucas Garibald sendo internada e transferida para o Hospital Getúlio Vargas em Teresina/PI conforme descrito nos arquivos deste Hospital Regional.

Campo Maior/PI, 14 de março de 2018

Jose Augusto Alves Peres
SANT. Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Materia: 158459-6

Jose Augusto Alves Peres

Matricula: 158459-6

SAME/HRCM/PI



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
4 - CNES
2777754

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
890002394886354
10 - NOME DA MÃE
MARIA FLORENCIA ALVES DA SILVA
12 - ENDEREÇO
FAZENDA LEMBRANÇA D - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
NOSSA SENHORA DE NAZARE

8 - DATA DE NASCIMENTO
09/05/1963

9 - Nº DO PRONTUÁRIO
22849

9 - SEXO
Masc ☒ Fem ☒ X 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
() -

14 - COD. REG. MUNICÍPIO
2205763

15 - UF
PI 16 - CEP
64288-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença crônica de longa duração

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Doença crônica

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

Doença crônica

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença crônica

21 - CID PRINCIPAL
7758 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

LOCAS GARIBALDI DE DEUS SOUSA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
13/12/2017

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO ORN)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

33 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - [] ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - [] ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE

40 - CNAS EMPRESA 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

[] EMPREGADO [] EMPREGADOR [] AUTÔNOMO [] DESEMPREGADO [] APOSENTADO [] NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ANTONIO AUGUSTO DA PAZ FILHO

44 - COD. ORGÃO EMISSOR
E22000002

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 091.143.513-15

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Lucas Garibaldi de Deus Sousa





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

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

Resumo de Alta / Transferência

I08705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Data: 13/12/2017 Leito: CC0208

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Paciente vítima de acidente de trânsito
que sofreu fratura proximal da tíbia (D). Deu alta
5 dias após o trauma, com curativos e medicação
fornecida pelo hospital. Regressou para o domicílio
em boas condições. Teve alta com curativos, medicação
e acompanhamento.

Diagnóstico principal:

Fratura da tíbia

Diagnósticos Secundários:

INSCRIÇÃO
DE SEGUROS

22 MAR 2018

DPVAT

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☒ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☒ Transferência para: Lu6V

Observação:

Data: 06/01/18

Médico

CRM/Cariótipo



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CNPJ: 06553564000842

CAMPUS VIÇOSA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108705 - MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Data da internação: 13/12/2017 - 12:50:00 Sexo: F Idade: 54 ANOS, 5 MESES, 4 DIAS

Responsável: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0208

Page 1 of 1

Data impressa: 06/01/2018

Evolução

06/01/2018

		Enfermeiro(a)	Assinatura
17:16:10	CLIENTE NO 25º DIA POR FRATURA DE UMEROS PROXIMAL "D". REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERENCIA. CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, EUPNEICA, DEAMBULANDO. SSVV ESTÁVEIS. NORMOTENSA, NORMOTERMICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, HIGIENIZADA, ACEITANDO A DIETA V.O. OFERECIDA. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS. SONO PRESERVADO. SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO.	VINICIUS	
16:23:37	SAIU A SENHA DE REGULAÇÃO DA CLIENTE PARA O HGV, Nº 2017121341708. SEGUE TRANSFERIDA PELA AMBULANCIA DESTE HOSPITAL. MOTORISTA AURIANO. CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, EUPNEICA, DEAMBULANDO, SEM QUEIXAS ALGICAS. ESTÁVEL. SEM INTERCORRÊNCIAS.	VINICIUS	



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

NOME: Maria do Socorro Alves de Silva SEXO ☐ M ☐ F Idade: 54 Data Nasc. 1/11/1964
Cirurgia Proposta: 88 unho
Cirurgião:

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO: Sem comorbidades

SISTEMA CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Palpitação	<input type="checkbox"/> Edema MMII	<input type="checkbox"/> Dor precordial	<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Vertiz
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Apnéia
SISTEMA DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> Dor epigástrica	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> DUM (mulher)		
SISTEMA ENDÓCRINO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doenças da tireóide				
SISTEMA HEMATOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sangramentos	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea			
SISTEMA IMUNOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea			
SISTEMA LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/> Fraq. muscular	<input type="checkbox"/> Dor articular	<input type="checkbox"/> Patol. coluna	<input type="checkbox"/> Déficit locomoção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Desmalo	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Parestesias		

OBS:

Medicamentos em Uso:

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

Cirurgias / Anestésias anteriores: laqueadura - há 15 anos

Intercorrências:

Hemotransfusão:

Antecedentes Familiares:

☐ Tabagismo ☐ Etismo

☐ Uso de Tóxicos

☐ Alergias: não

EXAME FÍSICO

Estado Físico: EG: 86 Peso: 60 kg Altura: 160x100 PA: 150x90 FC: 87
Avaliação via aérea: Melampé: 2 Mobilidade pescoço: OK Dentes: prote Limitação ATM: ☐
Distância esterno/mento: ☐ < 12,5cm ☒ > 12,5cm Coluna Vertebral:
SCV:
SR:
Outros:

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT: 11,9 Plaquetas (mm3): 308.000 TTPa: TP: INR:
(%): 37,6 HB (g%): 11,9 Co: K: Outros:
Ictograma (k): 3.360 Na: 43 Creatinina: 1,0 cargado - 1
Glicemia: Uréia: 43
RX do Tórax: ml
ECG: ml
Risco Cirúrgico: baixo
Parecer Cardiológico: baixo
Outros Exames:

CONDUTA:

Liberado: ☒ SIM ☐ NÃO

Observação: * Paciente com PA + (150x90-60x100) na supinação. Fazer

ORIENTAÇÃO

Jejum: 8h
Medicação:
Cuidados:
Anestesia Proposta: Bloqueio de plexo cervical - AEM

Data consulta: 08/01/18 Hora:

Assinatura Médica / CRM / Carimbo:

Amaral Machado
Méd. 25011915

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COM. DE CONT. Q. ORIGINAL
18/01/2018





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA		
Prontuário: 326356	Nascimento: 09/06/1963	Estado Civil: União Estável
Cartão SUS: 898002394986354		

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

Representante / Responsável Legal	
Nome: ISaura TEIXEIRA PAZ GONCALVES	
Estado Civil: União Estável	CPF: 94950474391
Parentesco: CUNHADO (A)	

Eu, _____
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. Risco anestésico
2. Neurologia
3. Urologia
4. Relaxos
5. Trauma

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 06/01/2018

Dr. Themistocles Ramos
CRM-2798-TEOT-01-1-
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Isaura Teixeira Paz Gonçalves
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG
2.197.993

Assinatura do Médico Responsável - CRM

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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/03/2018



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

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Mário do Sacramento Alves da Silva Data de Nascimento: 19.07.64
Cidade de origem: Campos Maia - PI

II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL

Religião/Crença: Católica
Profissão: homossexual
Escolaridade: () Analfabeto (X) Ensino fundamental () Ensino médio () Superior
Barreira na comunicação: () Não () Sim
Qual: _____
Apresenta déficit: (X) Não () Sim - Tipo: () Visual () Auditivo () Motor
() Outros: _____
Distúrbio mental: (X) Não () Sim
Qual: _____

2 ITENS POSITIVOS
ACIONAR SERVIÇO
SOCIAL

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)

() Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes melitus () Cardiopatias () Câncer
() Tabagismo () Etismo () Usuário de drogas ilícitas () Outra Qual: _____
Alérgia () Sim (X) Não Qual: _____

Faz uso de medicamentos? (X) Não () Sim

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO

ACIONAR
FARMACÊUTICO

Resultados de exames (virando com o paciente): (X) Não () Sim Quais: _____

IV - EXAME FÍSICO

a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg) IMC: _____
Dor: (X) Não () Sim, Localização: _____
Características: _____

b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(X) Consciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonoletoso () Sedado () Torporoso
ESCALA DE COMA GLASGOW: _____

c) ASPECTO EMOCIONAL: (X) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico
() Agressivo () Triste () Outra alteração Qual: _____

d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS

Perda de peso nos últimos 3 meses: () Não () Sim, Peso perdido: _____ (Kg)
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nefropatia Obesidade mórbida III (IMC > 50 Kg/m²)
(X) Não se aplica

2 ITENS POSITIVOS
ACIONAR
NUTRICIONISTA
Atenção nutricional

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290319-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE EM FOLHA SEPARADA
EM FOLHA



u) CABEÇA

Couro cabeludo: ☒ Sem anormalidades () Ferimento () Hematoma Alterações:

Face: ☒ Simétrica () Assimétrica () Ferimento () Hematomas

Nariz: ☒ Simétrico () Assimétrico () Sem anormalidades () Secção () Lesão () Epistaxe

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas ☒ Reativas () Não reativas () Mióticas () Midriáticas

() Puniformes () Médias

Olhos: ☒ Normal () Hemorragia () Icterícia da esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas

() Processo inflamatório/infeccioso

Ouvidos: ☒ Normal () Otorrágia () Lesão Outros:

Boca: () Sem anormalidades () Cáries () Falhas dentárias () Prótese () Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO

Padrão: ☒ Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico

() Tiragem intercostal () Traqueostomizado () TOT () VM

() Macronebulização () O2 sob cateter nasal () O2 venturi

Ausculta: Murmúrio vesicular ☒ Presente () Diminuído () Ausente

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Tosse

Tipo:

Alterações:

ACIONAR O
FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR TIRAGEM
INTERCOSTAL

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR

Perfusão Periférica: ☒ Normal () Diminuída () Cianose Outros:

Ausculta cardíaca: ☒ Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: () Regular () Irregular

Acesso Venoso: () Sim ☒ Não Qual:

Faz uso de marcapasso: () Sim ☒ Não Há quanto tempo:

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen: ☒ Flácido () Tenso () Plano () Globoso () Simétrico () Assimétrico () Escavado () Distendido

() Timpânico () Doloroso

Ruidos Hidroaéreos: () Ausente ☒ Presente, tipo: () Hiperativos () Hiposilvos

Estomias: ☒ Não () Sim Qual:

Tipo de Dieta: ☒ Enteral () Parenteral Vias: ☒ Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia

Aceitação da dieta: ☒ Sim () Não () Parcialmente

Eliminação Intestinal: ☒ Normal () Constipação () Diarréia () Melena () Enterorragia () Obstipação

i) MUSCULO ESQUELÉTICO

Deambulação: ☒ Sem auxílio () Com auxílio, Qual dispositivo? () Muleta () Andador

Utiliza prótese/órtese? () Não () Sim Tipo:

Sensibilidade: ☒ Não () Sim Tipo: () Parêstesia Qual lateralidade?

Déficit motor: ☒ Não () Sim Tipo: () Hemiplegia () Hemiparêsia () Direito

() Esquerdo () Tetraplegia () Paraplegia

Tonicidade: () Rígido () Flácido () Direito () Esquerdo

Imobilização: ☒ Não () Sim Lateralidade?

Movimenta os quatro membros: ☒ Sim () Não Risco de queda: () Sim () Não

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

j) SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: ☒ Íntegra () Desnutrida ☒ Hidratada () Destratada ☒ Normocorada () Hipocorada () Icterícia () Edema

() Lesionada Local:

Escala de Braden:

Risco da pele

Lesão por pressão: () Sim ☒ Não Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável ()

k) APARELHO GENITOURINÁRIO

Urinar: ☒ Espontâneas () Incontinência () Retenção Urinária () Fraída

Dispositivo Urinar: ☒ Não () Sim Tipo: () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia

Alterações: () Ardência () Leucorréia () Prurido () Disúria () Oligúria () Poliúria () Anúria () Hematúria

l) PADRÃO DE SONO: ☒ Bom () Regular () Ruim () Insônia () Uso de sedativo-calmantea: () Não () Sim





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 01

NOME: Maria do Socorro da Silva DATA: 19.07.16 DATA DA ADMISSÃO: 06.01.18
CLÍNICA: Emergência ENF. LEITO: 330104 HORÁRIO:

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JONAS HOPKINS *

	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
	06.01	07.01	08.01	09.01	10.01	11.01	12.01
Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e atribua a categoria de risco (baixo ou alto) correspondente.							
1) Paciente com mobilidade completa (condição clínica de ambulante ou mobilidade completa, exceto por uso de órtese/restrito). Implemente intervenções básicas de segurança sobre risco de queda.	()	()	()	()	()	()	()
2) Paciente com história de queda ou não quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período de internação.	()	()	()	()	()	()	()
3) Paciente com história de queda durante a internação atual. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período de internação.	()	()	()	()	()	()	()
4) Paciente considerado de alto risco de queda de acordo com critérios específicos (ex.: diagnóstico de apoplexia, fratura de membros superiores, história de quedas há menos de 48 horas). Implemente intervenções de alto risco de queda de acordo com o protocolo.	()	()	()	()	()	()	()
Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.							
Idade (selecione apenas uma opção)							
60 - 69 anos (1 ponto)	-	-	-	-	-	-	-
70 - 79 anos (2 pontos)	-	-	-	-	-	-	-
80 anos e mais (3 pontos)	-	-	-	-	-	-	-
Três de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável)							
Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)	-	-	-	-	-	-	-
Dois quedas (selecione apenas uma opção)							
Incontinência (2 pontos)	-	-	-	-	-	-	-
Impedimento ou aumento da frequência (2 pontos)	-	-	-	-	-	-	-
Impedimento da frequência e incontinência (4 pontos)	-	-	-	-	-	-	-
Uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)	-	-	-	-	-	-	-
Uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)	5	5	5	5	5	5	5
Selecione o(s) equipamento(s) que o paciente possui em casa (selecione apenas uma opção)							
nenhum equipamento (1 ponto)	1	1	1	1	1	1	1
1 equipamento (2 pontos)	-	-	-	-	-	-	-
2 ou mais equipamentos (3 pontos)	-	-	-	-	-	-	-
Selecione a opção, marque todas as opções aplicáveis a							
3 pontos)							
4 pontos)							
5 pontos)							
6 pontos)							
7 pontos)							
8 pontos)							
9 pontos)							
10 pontos)							
11 pontos)							
12 pontos)							
13 pontos)							
14 pontos)							
15 pontos)							
16 pontos)							
17 pontos)							
18 pontos)							
19 pontos)							
20 pontos)							
21 pontos)							
22 pontos)							
23 pontos)							
24 pontos)							
25 pontos)							
26 pontos)							
27 pontos)							
28 pontos)							
29 pontos)							
30 pontos)							
31 pontos)							
32 pontos)							
33 pontos)							
34 pontos)							
35 pontos)							
36 pontos)							
37 pontos)							
38 pontos)							
39 pontos)							
40 pontos)							
41 pontos)							
42 pontos)							
43 pontos)							
44 pontos)							
45 pontos)							
46 pontos)							
47 pontos)							
48 pontos)							
49 pontos)							
50 pontos)							
51 pontos)							
52 pontos)							
53 pontos)							
54 pontos)							
55 pontos)							
56 pontos)							
57 pontos)							
58 pontos)							
59 pontos)							
60 pontos)							
61 pontos)							
62 pontos)							
63 pontos)							
64 pontos)							
65 pontos)							
66 pontos)							
67 pontos)							
68 pontos)							
69 pontos)							
70 pontos)							
71 pontos)							
72 pontos)							
73 pontos)							
74 pontos)							
75 pontos)							
76 pontos)							
77 pontos)							
78 pontos)							
79 pontos)							
80 pontos)							
81 pontos)							
82 pontos)							
83 pontos)							
84 pontos)							
85 pontos)							
86 pontos)							
87 pontos)							
88 pontos)							
89 pontos)							
90 pontos)							
91 pontos)							
92 pontos)							
93 pontos)							
94 pontos)							
95 pontos)							
96 pontos)							
97 pontos)							
98 pontos)							
99 pontos)							
100 pontos)							

Amândia Machado de Oliveira
12/01/19 - 6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COMITÊ DE QUALIDADE





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

ANEXO 01

MEIDAS PREVENTIVAS CONFORME COM RISCO

BAIXO RISCO	DATA 06/01	DATA 07/01	DATA 08/01	DATA 09/01	DATA 10/01	DATA 11/01	DATA 12/01	DI
Não deixar o ambiente totalmente escuro	X	X	X	X	X	X	X	12
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes	X	X	X	X	X	X	X	
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura	X	X	X	X	X	X	X	
MODERADO								
Orientar para que toda saída do leito deva ser orientada pela enfermagem.								
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devam ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta.								
Orientar necessidade de acompanhamento.								
Mantiver a grade elevada (distal ao profissional) no momento da mobilização no leito.								
Mantiver ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.								
ALTO RISCO								
Mantiver as grades de cama elevadas durante todo o período								
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante.								
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições								
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro.								

DECLARAÇÃO

Declaro que recebi as orientações quanto a Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar, ao uso de vestimentas e calçados adequados, bem como o folder educativo na primeira avaliação. Estes dados de risco de queda avaliados e que são perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.

Assinatura (paciente/acompanhante): Ylana Teixeira Pereira

Observação: O paciente e acompanhante devem seguir as orientações fornecidas.

* O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 290119-6

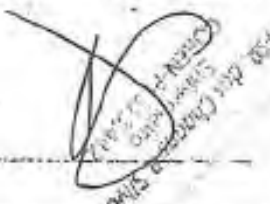
Valdean Leonardo 429565

Enfermeiro /Coren

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
06/01/18

shuntado leve ser feito pelo enfermeiro ou técnica do CC.

(c) paciente deve ser encaminhado à clínica o radiologia obrigatoriamente de manhã. O

IMBO	 Amanda Lopes de Oliveira Médica - 250119-6
ENFERMEIRO (A) E ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU	AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIÓTIPO

Verificar se há solicitação de rai-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia. Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor). Fazer o registro de enfermagem no prontuário. Solicitar o material para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso). Verificar se os exames estão anexados ao prontuário. Verificar se há solicitação de rai-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia. Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor). Fazer o registro de enfermagem no prontuário. Solicitar o material para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).
Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário. Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso). Verificar se os exames estão anexados ao prontuário. Verificar se há solicitação de rai-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia. Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor). Fazer o registro de enfermagem no prontuário. Solicitar o material para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário. Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso). Verificar se os exames estão anexados ao prontuário. Verificar se há solicitação de rai-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia. Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor). Fazer o registro de enfermagem no prontuário. Solicitar o material para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).

TEM A SER CHECKADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR A CLÍNICA

CHECK

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
 CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO
 COME: Mrs. de Souza Alves de Jesus DN: 09/06/13
 CENTRO CIRÚRGICO
 DATA: 19/01/18 HORÁRIO: 19h



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



500 Cópia





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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO
(Realizar antes do paciente ir para o CC)

NOME: Gláucia 100 Siqueira Alves da Silva DN: 19/07/64
CLÍNICA: Neurológica III DATA: 19/01/18 HORÁRIO: 13:00

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira - nome completo e data do nascimento)	
2	Conferir se o paciente encontra-se com a marcação cirúrgica da lateralidade	
3	Confirmar no Centro cirúrgico se o paciente será operado	
4	Conferir se os termos de consentimento da anestesia estão preenchidos e assinados	
5	Conferir se o termo de consentimento da cirurgia encontra-se assinado	
6	Conferir se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	
7	Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas	
8	Orientar a retirada da roupa íntima	
9	Preparar o paciente com a vestimenta apropriada (camisola, gorro e pró-pés)	
10	Conferir o jejum	
11	Verificar se o paciente tem alergia e registrar no prontuário	
12	Identificar junto ao paciente e prontuário o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e parecer cardiológico	
13	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluir a dor)	
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao CC no prontuário	
15	Solicitar o maculeiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de cama ou cadeira de rodas, acompanhado pelo técnico de enfermagem obrigatoriamente	

DISS: DEVER Á SER VERIFICADO E CHECADO (✓) CAD. ITEM

*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DA (O) ENFERMEIRA (O) E
CARIMBO

ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE
ENFERMAGEM E CARIMBO

Gláucia Siqueira Alves da Silva
Enfermeira
COREN-PI 138088
Av. Frei Serafim, 2382 - Centro - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 98 - 3221-3040

Ana Paula Machado da Silva
Mat. 290119-8

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERIR COM O ORIGINAL





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

GÊNECIA DE ENFERMAGEM

CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA PARA O PACIENTE NIO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO
(Realizar antes de encaminhar o paciente para a enfermagem)

NOME:

CLÍNICA:

DATA:

HO RÁRIO:

DN:

ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO

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

OBS: DEVERÁ SER VERIFICADO E CHECKADO () CADA ITEM

* a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

CARIMBO
ASSINATURA DA(O) ENFERMEIRA (O) E
ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILIAR DE
ENFERMAGEM E CARIMBO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERIR COM ORIGINAL
EM 03/03/19
ASSINADO POR: GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO
DATA: 07/02/2019

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro - CEP: 64001-120 - Teresina - PI - Tel. 86 - 3221-3040



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 01

56

NOME: Marta do Socorro A. da Silva DN: 19/07/1964 DATA DE ADMISSÃO: 1/1/
CLÍNICA: Cardiologia 111 ENF./LEITO: 330 / 06 HORÁRIO: 1/1/

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS*

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria de risco (baixo ou alto) correspondente.

	DATA 16/01	DATA 17/01	DATA 18/01	DATA 19/01	DATA 20/01	DATA 21/01	DATA 22/01
() Paciente com história de queda ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período de internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente apresentou uma queda durante a internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	()	()	()	()	()	()	()
Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.							
Idade (Selecione apenas uma opção)							
() 60-69 anos (1 ponto)							
() 70-79 anos (2 pontos)							
() 80 anos e mais (3 pontos)							
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável)							
() Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)							
Eliminação: Intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção)							
() Incontinência (2 pontos)							
() Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)							
() Urgência/aumento da frequência de incontinência (4 pontos)							
() Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)							
() Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)							
() Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)	5	5	5	4			
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (Selecione apenas uma opção)							
() Um equipamento (1 ponto)	1	1	1	1			
() Dois equipamentos (2 pontos)							
() Três ou mais equipamentos (3 pontos)							
Mobilidade (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Marcha instável (2 pontos)							
() Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)							
() Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)							
() Ignição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Percepções alteradas do ambiente físico conhecido (1 ponto)							
() Impulsividade (comportamento imprevisível ou caótico) (2 pontos)							
() Falta de entendimento de suas limitações físicas e ativas (4 pontos)							
atris dos pontos							
o risco: escore de 0-5 pontos	6	6	6	5			
Moderado: escore de 6-13 pontos							
Risco: escore > 13 pontos							
111 - HGV							

Amanda Machado de Oliveira
Nº 1290319-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COMPRE CONTA GORDON





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 01

MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME RISCO							
BAIXO RISCO	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
Não deixar o ambiente totalmente escuro	16/01	17/01	18/01	19/01	20/01		
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes.	x	x	x	x			
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura.	x	x	x	x			
MODERADO							
Orientar para que toda saída do leito deva ser orientada pela enfermagem.							
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devam ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta.							
Orientar necessidade de acompanhante.							
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito.							
Manter ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.							
ALTO RISCO							
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período.			x		x		
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante.			x		x		
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições.			x		x		
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com enfermeiro.			x		x		
DECLARAÇÃO							
Declaro que recebi as orientações quanto a Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar, no uso de vestimentas e calçados adequados, bem como o folder educativo na primeira avaliação. Estou ciente do risco de queda avaliado e que entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.							
Assinatura(paciente/acompanhante): <u>Elvira Teixeira Paes Gonçalves</u>							
Observação: O paciente e acompanhante devem seguir as orientações fornecidas.							

*O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.

Amanda Macedo de Oliveira
M32.280119-6

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 01/02/2019
Gilberto Leite de Azevedo Filho
CPF: 02.020.200-00

Enfermeiro / Coren

MOD.131 - HGV



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DA CLÍNICA

DATA: 10 / 01 / 2018

CLÍNICA: CIRURGIA III	ENFER. 330	LEITO: 06	PRONTUÁRIO:
NOME: Maria do Socorro Alves da Silva	NASCIMENTO: / /	IDADE:	
DIAGNÓSTICO:			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (X) Alerta () Vigil () Confuso () Obnubilado () Torporoso () Comatoso			
RESPOSTA MOTORA (X) Movimentos Ativos () Paresia () MMSS () D () E () MMII () D () E () Hipotonia () Hipertonía () Espasticidade () Plegia () MMSS () D () E () MMII () D () E			
M	RESPIRAÇÃO (X) Espontânea () VMI V.A.A () TOT () TQT () Plástica () Metálica		
A	PADRÃO VENTILATÓRIO ESPONTÂNEO () Mista () Apical () Diafragmático () Paradoxal		
N	AMPLITUDE (X) Normal () Superficial () Profunda RITMO (X) Normal () Anormal FR crpm		
	OXIGENIOTERAPIA () Cateter () Venturi () Macro Aporte O2 SpO2		
A	SECREÇÃO () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 ASPECTO		
AUSCULTA		Hora do Atendimento FISIOTERapeuta Dra. Lara Helena da Cruz Pa CREFITO- / 167.942-F FISIOTERAPEUTA CREFITO- / 167.942-F	
HEMODINÂMICA FC bpm PA / mmHg			
CONDUÇÃO (X) Fisioterapia Respiratória (X) Fisioterapia Motora			

CARIMBO ASSINATURA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () Alerta () Vigil () Confuso () Obnubilado () Torporoso () Comatoso			
RESPOSTA MOTORA () Movimentos Ativos () Paresia () MMSS () D () E () MMII () D () E () Hipotonia () Hipertonía () Espasticidade () Plegia () MMSS () D () E () MMII () D () E			
T	RESPIRAÇÃO () Espontânea () VMI V.A.A () TOT () TQT () Plástica () Metálica		
A	PADRÃO VENTILATÓRIO ESPONTÂNEO () Mista () Apical () Diafragmático () Paradoxal		
R	AMPLITUDE () Normal () Superficial () Profunda RITMO () Normal () Anormal FR crpm		
D	OXIGENIOTERAPIA () Cateter () Venturi () Macro Aporte O2 SpO2		
E	SECREÇÃO () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 ASPECTO		
AUSCULTA		Hora do Atendimento	
HEMODINÂMICA FC bpm PA / mmHg			
CONDUÇÃO () Fisioterapia Respiratória () Fisioterapia Motora			

CARIMBO ASSINATURA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () Alerta () Vigil () Confuso () Obnubilado () Torporoso () Comatoso			
RESPOSTA MOTORA () Movimentos Ativos () Paresia () MMSS () D () E () MMII () D () E () Hipotonia () Hipertonía () Espasticidade () Plegia () MMSS () D () E () MMII () D () E			
N	RESPIRAÇÃO () Espontânea () VMI V.A.A () TOT () TQT () Plástica () Metálica		
O	PADRÃO VENTILATÓRIO ESPONTÂNEO () Mista () Apical () Diafragmático () Paradoxal		
I	AMPLITUDE () Normal () Superficial () Profunda RITMO () Normal () Anormal FR crpm		
T	OXIGENIOTERAPIA () Cateter () Venturi () Macro Aporte O2 SpO2		
E	SECREÇÃO () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 ASPECTO		
AUSCULTA		Hora do Atendimento	
HEMODINÂMICA FC bpm PA / mmHg			
CONDUÇÃO () Fisioterapia Respiratória () Fisioterapia Motora			

CARIMBO ASSINATURA



54a 330-06

DATA DE NASCIMENTO 09/13/1981

07/14/2014 Pontuação: 3

Confirmações FOME-GUN

Todos os responsáveis confirmaram pela

Identificação do paciente (nome e data de nascimento)

Procedimento programado
Sino Clínico demarcado

peça de bastião posicionada corretamente;
☐ Sim () Não () Não se aplica

Sim / Não / Não sabe

1. Não se aplica

Qualpe d'Arverica: algun a c'otra critica prevista?
/ Sima - Quari?

1230

tipo de amostragem: alguma preocupação específica com o paciente?

Sum - Quality

com a equipe de enfermagem:
os instrumentos

5. Os instrumentos disponíveis?

Slim () não
os es equilibra e os es equilibrados

Sim () Não ()

Instrumentador (a)

995
1000
1005
1010
1015
1020
1025
1030
1035
1040
1045
1050
1055
1060
1065
1070
1075
1080
1085
1090
1095
1100
1105
1110
1115
1120
1125
1130
1135
1140
1145
1150
1155
1160
1165
1170
1175
1180
1185
1190
1195
1200
1205
1210
1215
1220
1225
1230
1235
1240
1245
1250
1255
1260
1265
1270
1275
1280
1285
1290
1295
1300
1305
1310
1315
1320
1325
1330
1335
1340
1345
1350
1355
1360
1365
1370
1375
1380
1385
1390
1395
1400
1405
1410
1415
1420
1425
1430
1435
1440
1445
1450
1455
1460
1465
1470
1475
1480
1485
1490
1495
1500
1505
1510
1515
1520
1525
1530
1535
1540
1545
1550
1555
1560
1565
1570
1575
1580
1585
1590
1595
1600
1605
1610
1615
1620
1625
1630
1635
1640
1645
1650
1655
1660
1665
1670
1675
1680
1685
1690
1695
1700
1705
1710
1715
1720
1725
1730
1735
1740
1745
1750
1755
1760
1765
1770
1775
1780
1785
1790
1795
1800
1805
1810
1815
1820
1825
1830
1835
1840
1845
1850
1855
1860
1865
1870
1875
1880
1885
1890
1895
1900
1905
1910
1915
1920
1925
1930
1935
1940
1945
1950
1955
1960
1965
1970
1975
1980
1985
1990
1995
2000
2005
2010
2015
2020
2025
2030
2035
2040
2045
2050
2055
2060
2065
2070
2075
2080
2085
2090
2095
2100
2105
2110
2115
2120
2125
2130
2135
2140
2145
2150
2155
2160
2165
2170
2175
2180
2185
2190
2195
2200
2205
2210
2215
2220
2225
2230
2235
2240
2245
2250
2255
2260
2265
2270
2275
2280
2285
2290
2295
2300
2305
2310
2315
2320
2325
2330
2335
2340
2345
2350
2355
2360
2365
2370
2375
2380
2385
2390
2395
2400
2405
2410
2415
2420
2425
2430
2435
2440
2445
2450
2455
2460
2465
2470
2475
2480
2485
2490
2495
2500
2505
2510
2515
2520
2525
2530
2535
2540
2545
2550
2555
2560
2565
2570
2575
2580
2585
2590
2595
2600
2605
2610
2615
2620
2625
2630
2635
2640
2645
2650
2655
2660
2665
2670
2675
2680
2685
2690
2695
2700
2705
2710
2715
2720
2725
2730
2735
2740
2745
2750
2755
2760
2765
2770
2775
2780
2785
2790
2795
2800
2805
2810
2815
2820
2825
2830
2835
2840
2845
2850
2855
2860
2865
2870
2875
2880
2885
2890
2895
2900
2905
2910
2915
2920
2925
2930
2935
2940
2945
2950
2955
2960
2965
2970
2975
2980
2985
2990
2995
3000
3005
3010
3015
3020
3025
3030
3035
3040
3045
3050
3055
3060
3065
3070
3075
3080
3085
3090
3095
3100
3105
3110
3115
3120
3125
3130
3135
3140
3145
3150
3155
3160
3165
3170
3175
3180
3185
3190
3195
3200
3205
3210
3215
3220
3225
3230
3235
3240
3245
3250
3255
3260
3265
3270
3275
3280
3285
3290
3295
3300
3305
3310
3315
3320
3325
3330
3335
3340
3345
3350
3355
3360
3365
3370
3375
3380
3385
3390
3395
3400
3405
3410
3415
3420
3425
3430
3435
3440
3445
3450
3455
3460
3465
3470
3475
3480
3485
3490
3495
3500
3505
3510
3515
3520
3525
3530
3535
3540
3545
3550
3555
3560
3565
3570
3575
3580
3585
3590
3595
3600
3605
3610
3615
3620
3625
3630
3635
3640
3645
3650
3655
3660
3665
3670
3675
3680
3685
3690
3695
3700
3705
3710
3715
3720
3725
3730
3735
3740
3745
3750
3755
3760
3765
3770
3775
3780
3785
3790
3795
3800
3805
3810
3815
3820
3825
3830
3835
3840
3845
3850
3855
3860
3865
3870
3875
3880
3885
3890
3895
3900
3905
3910
3915
3920
3925
3930
3935
3940
3945
3950
3955
3960
3965
3970
3975
3980
3985
3990
3995
4000
4005
4010
4015
4020
4025
4030
4035
4040
4045
4050
4055
4060
4065
4070
4075
4080
4085
4090
4095
4100
4105
4110
4115
4120
4125
4130
4135
4140
4145
4150
4155
4160
4165
4170
4175
4180
4185
4190
4195
4200
4205
4210
4215
4220
4225
4230
4235
4240
4245
4250
4255
4260
4265
4270
4275
4280
4285
4290
4295
4300
4305
4310
4315
4320
4325
4330
4335
4340
4345
4350
4355
4360
4365
4370
4375
4380
4385
4390
4395
4400
440

Mortgage Lenders of J. Morgan

EMERGENCY

~~COPIES - PJ: 427,675~~

Num. 4248344 - Pág. 14

Número do documento: 19020718290213600000004089929





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.554/0104-43

CLC3 330

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Prontuário: 326356

Atendimento: 541513

Dt. Nasc.: 09/06/1933

Idade: 54a 7m 15d

Sexo: F

Dados da Solicitação:

Pedido: 84994

Data Pedido: 19/01/2018

Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES

Sector Solicitante: CL. CIRURGICA II

Unid. Internação / Leito: CL. CIRURGICA III / CLC3 330

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.04.011-6

Data do Laudo: 22/01/2018

RADIOGRAFIA OMBRO DIREITO

RELATÓRIO: O estudo radiológico do ombro direito realizado nas incidências AP e rotação interna e

- Artroplastia com prótese metálica bem posicionada no umero proximal.
- Aumento de volume e bolhas gasosas de permeio.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341


Amanda Macedo de Oliveira
Med. 290119 - 6

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE BOM O ORIGINAL





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.554/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA**
Prontuário: **326356** Atendimento: **541513** Sexo: **F**
Dt. Nasc.: **09/06/1963** Idade: **54a 7m 1d**

Dados da Solicitação:

Pedido: **83322** Data Pedido: **07/01/2018**
Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**
Setor Solicitante: **CL. NEFROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **CL. NEFROLOGICA / NEF 330**
Convênio: **SUS - INTERNACAO** Data do Laudo: **08/01/2018**
Cód. Procedimento: **02.04.04.005-1**

RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do braço direito realizado nas incidências AP e rotação interna e externa demonstra:

- Fratura fragmentada recente na cabeça do úmero.
- Edema de partes moles.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341


Amanda Machado de Oliveira
Méd. 290139-6

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
08/01/2018





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 88 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Prontuário: 326356

Atendimento 541513

Dt. Nasc.: 09/06/1963

Idade: 54a 7m 1d

Sexo: F

Dados da Solicitação:

Pedido: 83322

Data Pedido: 07/01/2018

Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES

Setor Solicitante: CL NEFROLOGIA

Unid. Internação / Leito: CL NEFROLOGICA / NEF 330

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 08/01/2018

Cód. Procedimento: 02.04.04.011-6

RADIOGRAFIA OMBRO DIREITO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do ombro direito realizado nas incidências AP e rotação interna e externa demonstra:

- Fratura fragmentada recente na cabeça do úmero.
- Edema de partes moles.

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

1341

ARMANDO MATEUS DE OLIVEIRA
Mol. 290119-6

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONF. DE CÓPIA ORIGINAL
EM 05/03/2018



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
8:50h Paciente em PO de alto risco de embolia pulmonar, orientado, desperto, afável, colaborador, glicêmico, feito dieta oferecida V.O. Sono e repouso adequados, friagem local nos membros inferiores.	18h. Paciente em PO de alto risco de embolia pulmonar, orientado, desperto, afável, colaborador, glicêmico, feito dieta oferecida V.O. Sono e repouso adequados, friagem local nos membros inferiores.
20h. Paciente em PO de alto risco de embolia pulmonar, orientado, desperto, afável, colaborador, glicêmico, feito dieta oferecida V.O. Sono e repouso adequados, friagem local nos membros inferiores.	18h. Paciente em PO de alto risco de embolia pulmonar, orientado, desperto, afável, colaborador, glicêmico, feito dieta oferecida V.O. Sono e repouso adequados, friagem local nos membros inferiores.
	6h. Paciente dormiu bem a noite apesar de repouso no leito.

GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO
 07/02/2019 18:29:02
 E-MAIL: GILBERTO.LA@GOREN.PM-BA.gov.br
 GOREN-PM-BA-000000004089929

Assinatura de Enfermagem
 GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO
 Assinatura de Enfermagem
 GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FOLHA DE CONTROL

RESERVA: Moisés de Souza da Silva DATA DO NASC: 30-06-1980 SEXO: M PRONTUÁRIO: 00104158
DIAGNÓSTICO: 18 ATENDIMENTO: 1 O.S. / X. RM: 18 DATA: 00/04/18

H. A.	SINAIS VITAIS				PAC	SAT O ₂	P	T	F	R	ENTRADAS						SAÍDAS		
	T	P	F	PA	PR	OC	PR	OC	PR	OC	PR	OC	PR	OC	PR	OC	PR	OC	PR
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			
36																			
37																			
38																			
39																			
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			
47																			
48																			
49																			
50																			
51																			
52																			
53																			
54																			
55																			
56																			
57																			
58																			
59																			
60																			
61																			
62																			
63																			
64																			
65																			
66																			
67																			
68																			
69																			
70																			
71																			
72																			
73																			
74																			
75																			
76																			
77																			
78																			
79																			
80																			
81																			
82																			
83																			
84																			
85																			
86																			
87																			
88																			
89																			
90																			
91																			
92																			
93																			
94																			
95																			
96																			
97																			
98																			
99																			
100																			

LEGENDA: 1. EVACUAÇÕES: (-) Ausente (+) Pequena quantidade (++) Média quantidade (+++) Grande quantidade

2. MUDANÇA DE DECÚBITO: DD Decúbito Dorsal DLB Decúbito Lateral Direito DLE Decúbito Lateral Esquerdo DV Decúbito Ventral



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONTROLE ORIGINAL
DATA: 00/04/18
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: GILBERTO LEITE DE AZEVEDO FILHO - 07/02/2019 18:29:02



SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

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

Atendimento:
541513

Paciente: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA		Idade: 54 Anos 6 Meses 29 Dias	Sexo: F	Prontuário: 326358
Endereço: LEMBRACA		Nº mero: 0	Bairro: ZONA RURAL	Cidade: NOSSA SENHORA DE NAZ
JF: PI	DT. Nasc: 09/06/1963	Profissão: TRABALHADOR RURAL	Telefone: 86 - 9950.4275	CPF: 016.569.463-78
Cartão SUS: 898002394986354				

Internação: 6/01/2018	Alta: 21/01/18	às ___ : ___	Permanência: ___
------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Queixa abdominal
CID Secundário: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
CID Causa Morte: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Volução e Situação na Alta: **Bom evolue pós-operatório**

Medicações Utilizadas: **Medicamentos**
crus

Intervenção: Data: **20/01/18** Tipo: **Protese abdominal**

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência: **Intubação e fôlego**

Motivo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☒ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

Transferência: **Vaga cedida por: _____**
Transporte: _____

Assinatura: **Dr. Themistocles Ramos**
CRM 2798 / FCM 174
CRTOFED/PI/TRANSLOG
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PACIENTE MARIA DO SOCORRO SLVES				DATA DE NASCIMENTO	
IDADE	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	PRONTUÁRIO	MÉDICO ASSISTENTE
	NEFROLOGIA	330	06		WILSON
DATA		QUANT	HORÁRIOS		OBSERVAÇÃO INTERDISCIPLINAR
	FRAT UMERÓ PRÓXIMAL PARA PPO POS OP COM ESTADO GERAL BOM, FO BOA EVOLUÇÃO SEM FLOGITICOS, NEURO VASCULAR OK				
	CURATIVO				
21/01/2018	ALTA HOSPITALAR				
	MEDICAÇÃO E ORIENTAÇÃO PRESCRITA PARA CASA				

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GOVERNADOR GONÇALVES
E-MAIL: gvg@pi.gov.br
CÓPIA DE PRESCRITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Dr. Wilson
Médico Assistente
Nefrologia



Rot.Externa Dir.



COPIL
MARIA DO SOCORRO ALVES DA S
ID: 099331 14/03/2018 13:27

REINALDO

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI



PRINATALDO

COPIL
MARIA DO SOCORRO ALVES DA S
ID: 099331 14/03/2018 13:27



Rot. Interna Dir.

CLINICA ORTOPÉDICA DO PIAUÍ LTDA - COPIL

