Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

ADVOCACIA & CONSULTORIA ESPECIALIZADA

Thalles Augusto Oliveira Barbosa
Advogado

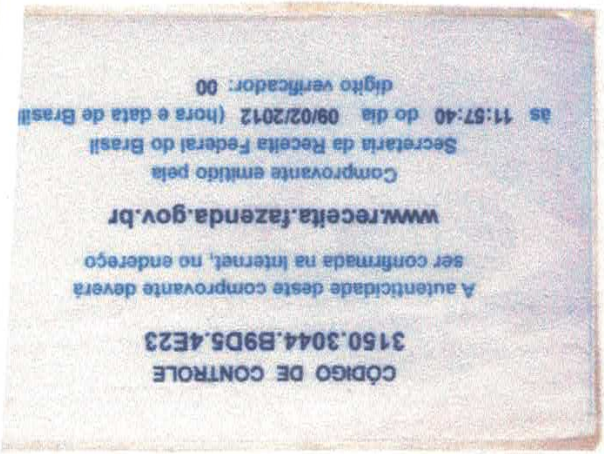
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

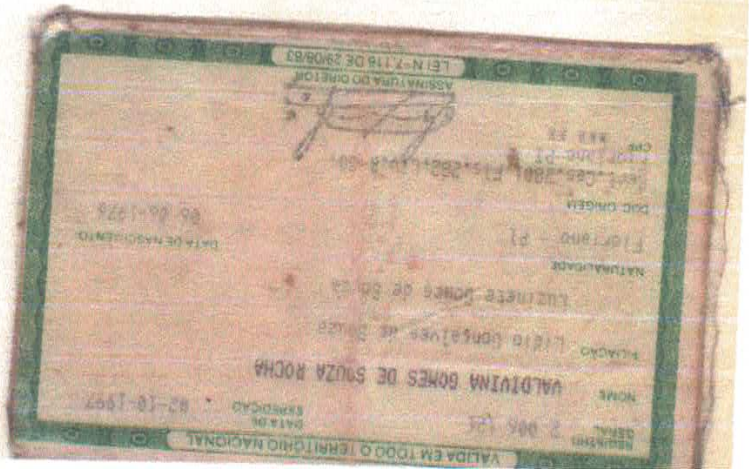
Pelo presente instrumento particular de mandato o Sr. Valdivina Gomes de Souza Rocha, brasileira, casada, inválida, portador do **C.I./RG nº** 2.006.121 **SSP/PI** e do **CPF/M.F. nº** 925.706.583-91 residente e domiciliado na rua Travessa "B", s/n, bairro Cruzeta, CEP. nº 64.840-000, Lonadelupe/PI. Nomeia e constitui como seu procurador o advogado **Dr. Thalles Augusto Oliveira Barbosa**, brasileiro, casado, advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil-Piauí sob o **nº 5.945** e **OAB/MA nº. 13.963-A** com escritório profissional situado na rua Jornalista Dondom, nº 2487, bairro Horto Florestal, Teresina/PI, outorgando-o amplos poderes para promover ou defender os interesses e direitos do(a) OUTORGANTE para o foro em geral, administrativa ou judicialmente, conforme estabelecido no **artigo 106** e **art. 425, IV, do NCPC**, podendo, para tanto, fazer requerimentos diversos, tais como certidões, cópias, propor e contestar ações, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, renunciar, desistir, confessar, reconhecer a procedência do pedido, receber e dar quitação, solicitar e retirar alvará, receber intimações perante os juízos deprecante e deprecado, e em qualquer instância, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo substabelecer o presente mandato, com ou sem reserva de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do(a) OUTORGANTE e ao bom, completo e fiel cumprimento do presente mandato.

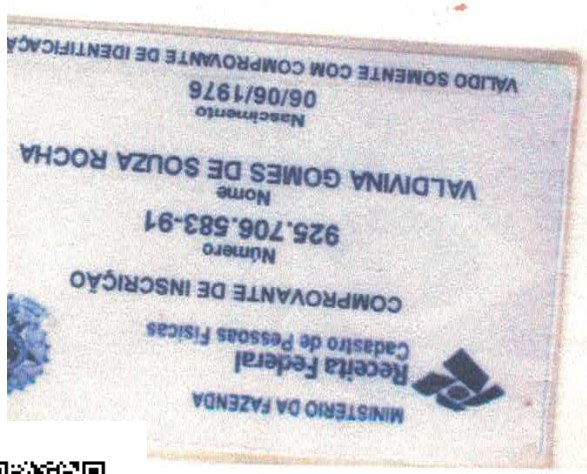
Teresina/PI, 01 de 11 de 2018.

Valdivina Gomes de Souza Rocha

Rua Jornalista Dondom, nº 2487, bairro Horto Florestal, Teresina/PI - Tel. (89) 99973-8360
e-mail: boatte@hotmail.com







Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

Eletrobras
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO
0152358-9

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marathão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Reprodução especial de impressão autorizada pela SEFAZ 05/95

Nº da Nota Fiscal 001447078

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
:EVEREIRO/2018	09/02/2018	73	58,68

'ALDIVINA GOMES DE SOUSA
'V B CRUZETA S/N CRUZETA B-URBANO
:EP: 64.840-000 - GUADALUPE
:PF: 00092570653891
ROT: 188.808.04.56.118800

DADOS DA LEITURA

	kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	9036	Atual:	03/02/2018
Anterior:	8963	Anterior:	04/01/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	07/03/2018
	73	Emissão:	01/02/2018
Consumo Medido:	73	FCAM	
Consumo Faturado:		Apresentação:	03/02/2018

Forma de Fatoramento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A9207047		1.1.1.1	49

HISTÓRICO kWh

	Mês/Ano consumo
JAN/18	83
FEV/17	86
NOV/17	0
OUT/17	30
SET/17	0
AGO/17	0
JUL/17	0
JUN/17	0
MAI/17	0
ABR/17	0

TARIFA SEM IMPOSTOS:
R$ 0,554060

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	73 A R$ 0,733602 =	53,55
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,83
CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00		0,32
MULTA POR ATRASO 12/17-00		1,37
JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00		0,61

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano Valor R$
01/2018 68,55

Unidade consumidora suspensa a partir de 18/02/2018, em funcão das contas energia elétrica a pagar, o não pagamento poderá ersejar ram-reavisadas nesta fatura, o não pagamento poderá ersejar ram-bem a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda q\ ;ti\r(em) conta(s) vencida(s) e já reavisada(s) no valor de R$ 18,53 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagame\tc favor desconsiderar esta aviso.

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

DESERVADO AO FISCO B055.959B.CA6C.4BFF.D492.BA9F.69AB.4162

COMPOSIÇÃO DA CONTA R$

Distribuição:	11,56
Energia:	21,96
Transmissão:	3,45
Encargos:	3,49
Tributos:	13,09

IMPOSTOS/TRIBUTOS R$

Base de Cálculo:	53,55
Alíquota ICMS:	20,00%
Valor do ICMS:	10,71
Valor do PIS:	0,42
Valor do COFINS:	1,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		DMIC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	5,67	11,34	22,69	3,35	6,72	13,45	3,29
Realizado	0,00			0,00			0,00

Conjunto FLORIANO Período de apuração: 12/2017 EUSD: 25,08

ROT: 188.808.04.56.118800

SEU CÓDIGO 0152358-9 | TOTAL A PAGAR – R$ 58,68

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marathão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

MÊS FATURADO	VENCIMENTO
02/2018	09/02/2018

Nº da Nota Fiscal 001447078 FCAM

836800000000 9 586800170001 0000000001529 358902180084

DEPARTAMENTO DE SIMULAÇÃO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Boelho de Resende,465 Loja C
Centro : Norte GE : 64.002470

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

Comprovação de ato declaratório
0005

SAMU 192

PREFEITURA DE GUADALUPE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

USB

AMBULÂNCIA ACIONADA: USB II

DATA: 23 / 04 / 17 HORA: 16:34

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA Próxima ao Posto BAIRRO: Vila Boa Esperança CIDADE: Guadalupe

NOME DO PACIENTE: Valdirina Gomes de Souza SEXO: [ ] M [X] F / IDADE 40

CONTROLE DO TEMPO

SAÍDA DA BASE 16:35	CHEGADA AO LOCAL 16:37	SAÍDA DO LOCAL 16:53
CHEGADA AO HOSPITAL 17:01	SAÍDA DO HOSPITAL 18:00	RETORNO À BASE 18:08

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

	ACIDENTE DE TRANSITO/ Nº DE VÍTIMAS 1		CHOQUE ELÉTRICO		PICADA DE ANIMAL PEÇONHENTO		OUTROS:
	AGRESSÃO FÍSICA		MAL SÚBITO		INTOXICAÇÃO EXÓGENA		
	URGÊNCIA PSIQUIATRICA		URGÊNCIA OBSTÉTRICA		QUEIMADURA		JÁ REMOVIDO
	ENVENENAMENTO		QUEIMADURA		U.CLÍNICA – ADULTA		FALSO CHAMADO
	AFOGAMENTO		QUEDA		U.CLÍNICA-PEDIÁTRICA		EM ÓBITO

AVALIAÇÃO GERAL

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		SANGRAMENTO		PUPILAS		PULSO RADIAL		FALA		RESPOSTA MOTORA	
ALERTA		AUSENTE		IGUAIS	X	FRACO		NORMAL	X	NORMAL	X
RESPONDE AO COMANDO	X	MÍNIMO	X	DESIGUAIS		FORTE	X	CONFUSA		CONTRAÇÕES INVOLUNTÁRIAS	
RESPONDE À DOR		MODERADO						NENHUMA		NENHUMA	
SEM RESPOSTA		INTENSO									

SINAIS VITAIS	HORA:	HORA:
PULSO (BPM)	112	
RESPIRAÇÃO (IPM)	20	
PA	140 x 90	
SATURAÇÃO DE O2 (%)	96	
TEMPERATURA (ºC)		
GLICEMIA CAPILAR		

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de acidente de motocicleta com múltiplas escoriações pelo corpo e suspeita de fratura MSE

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP 64.000-240

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	HEMOSTASIA		IMOBILIZAÇÃO DE CERVICAL		IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO
	ADM DE OXIGÊNIO		ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA		RETIRADA RÁPIDA COM KAD
	ACESSO VENOSO SOL:		DESFIBRILAÇÃO VENTRICULAR		ADM DE GLICOSE ___% / AMP:___
	RCP		ASPIRAÇÃO		

CONDIÇÃO DE ENTRADA NO HOSPITAL:

MELHORADO [ ] PIORANDO [ ] INALTERADO [X]

ÓBITO:

ANTES DO SOCORRO [ ] DURANTE O SOCORRO [ ]

DURANTE O TRANSPORTE [ ]

DESTINO: [ ] HRTN [ ] OUTRO Rainha Silvia

CIDADE: Guadalupe

PACIENTE ACOMPANHADO: [ ] SIM [X] NÃO

APOIO SOLICITADO: (X) NÃO NECESSITOU ( ) POLÍCIA ( ) BOMBEIROS ( ) USA ( ) OUTRO ____

Jomário Ferreira dos Santos
MÉDICO
CRM-PI: 4723

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

Cláudio Ohana

TÉCNICA (O) DE ENFERMAGEM / SAMU

condutor
carlos augusto

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA ESTADO DO PIAUÍ DELEGACIA DE GUADALUPE PI

1060 v. 1.0

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 157653.000365/2017-78

Unidade de Registro: DP DE GUADALUPE

Resp. pelo Registro: Edson Gonçalves De Sousa

Data/Hora: 10/08/2017 - 11:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE GUADALUPE

428583 ~~3857 06~~

Data/Hora
23/04/2017 - 16:30

Boletim de Ocorrência
-0001-

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Municipio
GUADALUPE

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço
VIA DO BALNEÁRIO BELÉM BRASILIA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência
BALNEÁRIO BELÉM BRASILIA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA — Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante
Mãe: LUZINETE GOMES DE SOUZA
Pai: LIDIO GONÇALVES DE SOUZA
Endereco: RUA SETE DE SETEMBRO, Nº 30
Complemento: BELA VISTA
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: GUADALUPE - CEP: 64840-000
Telefone(s): 89-9989-6311

DEPARTAMENTO DE SINISTRO BPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA.	POP100	2016	PIM4449	9C2JB0100GR028607	01078782676	Vermelha

Condutor: VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA
End: RUA SETE DE SETEMBRO Número: 30 Complemento: BELA VISTA
Cidade: GUADALUPE UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Proprietário: JANAINA PEREIRA MOUZINHO
End: CENTRO DE GUADALUPE Número:
Cidade: GUADALUPE UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Verificou-se que compareceu a esta Unidade de Polícia a senhora, VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA, para noticiar este órgão que no dia vinte e três do mês de abril do ano de dois mil e dezessete, por volta das dezesseis horas, quando fazia o percurso do Balneário Belém Brasilia as Margens do Lago de Boa Esperança ao centro de Guadalupe em uma moto Honda/POP110I FAB.2015/2016, Placa-PIM4449, Chassi nº 9C2JB0100GR028607, Renavam 01078782676, ao passar pelo redutor de velocidade "tartarugas" perdeu o equilíbrio e foi de encontro ao meio fio, resultando em acidente automobilístico resultando para a noticiante Fratura do membro superior esquerdo, conforme Prontuário Médico, que a vítima foi socorrida pelo SAMU de Guadalupe que encaminhou para o Hospital Local de Guadalupe, onde ficou internando, sendo transferido para HGV - Hospital Getúlio Vargas em Teresina – Piauí, onde recebeu tratamento especializado, conforme Laudo Médico. Diante do exposto pede da Polícia Judiciária que o fato seja registrado e fornecido Certidão comprobatória a requerimento de direitos que lhe é inerente, juntos aos órgãos competentes para tal. Nada mais disse e nem lhe foi perguntado, mandou a autoridade encerrar o presente termo que depois de lido e achado conforme, vai legalmente assinado.

Valdivina gomes de Souza Rocha

DECLARAÇÃO DO INFORMANTE E/OU VÍTIMA
DECLARO, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações neste ato prestadas, compreendendo o que estabelece os Arts. 299 e 340 do Código Penal Brasileiro.

ORIGINAIS NO ASL 0343950/17.

Edson Gonçalves de Sousa
E P C
Mat. 080841-5

Moisés Aragão Linhares
Delegado de Polícia Civil
Mat. 095169-Piauí

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://jpi.pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA ESTADO DO PIAUÍ PI

1060 v. 1.0

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 157653.000365/2017-78

Edson Gonçalves De Sousa - Mat. 0808415
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação

Moisés Aragão Linhares
Delegado de Polícia Civil
Mat.: 286169-Piauí

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

ASL-034950/17
danielle.sousa.0017
13/03/2018 09:17:26

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

Guadalupe
CONSTRUINDO UMA NOVA HISTÓRIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUADALUPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL LOCAL DE GUADALUPE

SUS Sistema Único de Saúde

FICHA DE ACOLHIMENTO E TRIAGEM

Documentação médico Hospitalar
-0006-

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME: Valdivina Gomes da Silva Rocha
ENDEREÇO: Rua Fde Estrambuco s/n Bairro Vista
PAI/MÃE: Jurandite Gomes da Silva
DATA DE NASCIMENTO: 06/06/1976 / IDADE: 40 anos / TELEFONE: 99450942
RG: _____ CPF: _____
DATA DE ATENDIMENTO: 23/04/2017 HORAS: 17 : 15
CNS: 700409463275542

DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ UBS/ESF ☐ SAMU-192 ☒ ENCAMINHADO ☐

HISTÓRIA PREGRESSA

HAS ☐ CÂNCER ☐ DM ☐ HEPATOPATIA ☐ CARDIOPATA ☐ NEFROPATIA ☐ ASMA ☐
OUTRAS ☐

SINAIS VITAIS	
PA:	140 X 90 mmHg
FC:	112 bpm
FR:	ipm
T°:	°C
SPO²:	96 %
HGT:	mg/dl
PESO:	Kg

OBSERVAÇÕES

Alergias: Não ☐ Sim ☐

Medicações em uso (nome, dosagem, posologia):

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

QUEIXA

- Acidente motociclistico.

ESTADO GERAL

- Consciente,
- Orientado,

PERFIL

Pessoa com deficiência: Não ☒ Sim ☐ Tipo: Mental ☐ Física ☐ Visual ☐ Auditiva ☐

Criança ☐ Adolescente ☐
Adulto ☒ Idoso ☐

Elziane Ferraz de Sousa
ENFERMEIRA
COREN-PI 281987

Assinatura Profissional/carimbo

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS CLÍNICOS E EXAME FÍSICO

Ausente no recidiva + sinais de comprometimento de + estenoses + trauma cranio encefálico GLASGOW (15). SEM PGI.

TRATAMENTO PROPOSTO

1) Tramal 100 + 100 ml SF 0,9% EV 17:20
2) Dipirona 1g EM 17:20
3) Repouso
4) Sutura de ferida 17:20

Jomário Ferreira dos Santos
MÉDICO
CRM-PI 6721

TÉC. ENFERMAGEM

MÉDICO

ASSINATURA DO USUÁRIO

ASL-034395017 danielle.sousa.0017 13/03/2018 09:18:48

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.tjpi.pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

HOSPITAL G

Valdivina e

CM-5

Dr. Carlos

Alergia Beclomet

PRONTUÁRIO MÉDICO 334406

08.05.17

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 22/08/2017
Edna Maria Araújo da Silva
Matrícula: 118055-9
CPF: 275.000.803-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

ORTOP 05/17

MOD. 01 - HGV

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO

DATA 09/4/17 HORA: 19:10 Nº DOTELEFONE: 99450 2928

HOSPITAL SOLICITANTE: Local MUNICIPIO: Guadalupe

MÉDICO: João Luiz da Rocha CRM: 835

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia (X) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Pediatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Valdirene Gomes de Souza Rocha

Data de Nascimento 6.6.76 Idade: 40 anos Sexo: ( ) Masculino (X) Feminino

CPF 995 706 583-91 Cartão Nacional de Saúde 700 409 463 875 542

Município de Procedência

HDA: Acidente moto B/P - Com Trocanter e Fratura Úmero E

HD: Fratura Trocanter de Úmero CID

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR
4 – Espontânea
3 – Comandos
2 – À dor
1 – Nenhuma

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTRO UPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende,465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.00247

SINAIS VITAIS
Tax. 37 °C P: 80 bpm R: 04 mrm PA: 12x8 mmHg Sat O2 98 Glicemia: 90 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS
( ) Oxigênio (X) Hidratação Venosa
( ) Aspiração ( ) Medicação (especificar) Analgésico/anteparo + Heparina
( ) Curativo ( ) Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia) RX

HOSPITAL GETULIO VARGAS CONFERE COM ORIGINAL

HGV/SERVIÇO SOCIAL
Autorizo abertura de prontuário
Teresina, 09/04/17, às
Lucileide Veras
Lucileide Sousa Veras dos Santos
Assistente Social
CRESS 1682 - 22ª Região

Assinatura e carimbo do Médico
João Luiz da Rocha
Médico
CRM 835

HOSPITAL DE DESTINO
Hospital: HGV
Clínica/Posto: Ortopedia Senha: JP17 042316 027

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA 06/06/1976

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL GETULIO VARG

3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL GETULIO VARG

D.LIBERA: 22/05/2017
PROCED. : 0408020393 TRATAMENTO CIR.FCOR.DE FRATURA DA DIAFISE DO UMER
OP.SIST: LUPINHA
CID : S423

ENDO : 30/04/2017

Dr. Carlos Alvio Filho
Assessor de Auditoria DRCAA/FMS
CRM-PI 1[illegible] CPF: 932.793.793-53
DIRETOR RESPONSÁVEL
CNS: 98[illegible]6529

Atendimento 334406

Identificação do Paciente

5 - Nome: VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA — 6 - Prontuário: 240183

7 - CNS: 700409463275542 — 8 - Nascimento: 06/06/1976 02:00: — 9 - Sexo: F — CPF: 925.706.583-91
11 - Mãe: LUZINETE GOMES DE SOUZA — 12 - Fone: 89-9.99401855 / 994130834
13 - Resp: ROSA DA COSTA VELOSO — 14 - Cor: PARDA
15 - Ender:: AV MANOEL RIBEIRO DA FONSECA 50 — CRUZETA — 19 - CEP: 64840-000
16 - Munic: GUADALUPE — 17 - Cod. IBGE: 220450 — 18 - UF: PI — RG: 20061-21

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clinicos:

Trauma em membro superior com dor e perda funcional

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

21 - Condições que justificam a internação:

necessita internação

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

Raio X fratura

23 - Diagnostico Inicial: FRATURA DA DIAFISE DO UMERO — 24 - Cid Princ.: S423 — 25 - Cid Sec.: _____ — 26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 0408020393 — 27 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO — Tempo SUS 2

29 - Clinica: NEFROLOGICA — 30 - Carater:: 02 — Ident.: 1 — 31 - Documento: CPF — 32 Doc. Med. Solic. 18400817320

33 - Nome Profissional / Assistente: JOSE WILSON RODRIGUES — 34 - Data de Solicitação: 30/04/2017

Dr Themistocles Ramos
CRM-PI 2798 - CPF 011-837-[illegible]
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
35 - Ass.. Carimbo Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.
37 - ( ) Acidente de Trabalho Tipico.
38 - ( ) Acidente de Tabalho Trajeto.
39 - CNPJ Seguradora:
42 - CNPJ Empresa:
42 - Nº. Bilhete.
43 - CNAE. Empresa
41 - Serie
44 - CBOR.
45 - Vinculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desenpregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador
47 - Data Autorização. 30/5/17
48 - Documento
49 - Num. Documento

Lucia de Fátima da C. Silva Farias
Assessora de Auditoria - DRCAA/SMS
CRM-PI [illegible] CPF: 096.234.423-[illegible]
CFG 0920160014065[illegible]
50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: CONSTANCIA.CAVALC
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão 9:13:15

COMPARE COM ORIGINAL
Data 27/09/2017
Estela Maria [illegible]
Matrícula [illegible]
Arnaldo [illegible] de Oliveira
Mat. [illegible]

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Piauí

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLINICA: Clínica III LEITO: 536 - 03 PRONTUÁRIO: 241083

NOME: VALDIVINA GOMES DE SOUZA. DATA DE NASC: 06/06

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: NECROSE DE PELE + INFECÇÃO LOCAL + LEUCOCITOSE 28.0

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

CIRURGIA: DESBRIDAMENTO EXTENSO DE PARTES MOLES COM PERDA DE SUBSTÂNCIA Nº SALA:

CIRURGIÃO: André Leal de Vasconcelos Ortopedia e Traumatologia Cirurgia da Mão CRM: 4803 / TEOT: 13827 CRM-PI:

AUXILIARES: 1º 2º

INSTRUMENTADORA Dr. Marcelo Lopes Trauma-Ortopedia Cirurgia do Joelho CRM-PI 4352/TEOT 13946 CIRCULANTE:

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

1. PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO DE PLEXO + GERAL.
2. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA + CAMPOS.
3. RETIRADA DE PARTE DE PELE NECROSADA + DESBRIDAMENTO DE GRANDE QUANTIDADE DE PUS EM COLEÇÃO NO PÉ.
4. CURATIVO APÓS SUTURA DE APROXIMAÇÃO.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 7/2/2018
Edna Maria

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

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

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LIQUIDOS E SOLUÇÕES		
O FISIOLOGICO 0,9% 500 ml	frasco	06
O FISIOLOGICO 0,9% ml	frasco	
O GLICOSADO 5g % ml	frasco	
ER LACTATO ml	frasco	
A DESTILADA ml	frasco	
A PARA INJEÇÃO 10ml	amp	
ITOL 3% 2000ml	frasco	
MOL	ml	
A OXIGENADA	ml	
OOL 70%	ml	100
DEGERMANTE	ml	100
TÓPICO	ml	100
REXIDINA	ml	
500 ml	frasco	
EN 0% 500ml	frasco	
FIOS		
ON Nº 2.0	unid	02
ON Nº 3.0	unid	02
UT SIMPLES Nº	unid	
UT CROMADO Nº	unid	
UT CROMADO Nº	unid	
ADO COM AGULHA Nº	unid	
DO SEM AGULHA Nº	unid	
RIL Nº 1.0	unid	01
RIL Nº	unid	
ENE Nº	unid	
ENE Nº	unid	
CRYL Nº	unid	
	unid	
	unid	
	unid	
	unid	
	unid	
	unid	
LUVAS		
EDIMENTO	par	03
RIL Nº 6.0	par	02
RIL Nº 7.5	par	02
RIL Nº	par	
	par	
	par	
SONDAGEM		
URETRAL Nº	unid	
A DE FOLEY 2 Vias Nº	unid	
A DE FOLEY 3 Vias Nº	unid	
A NASOGASTRICA Nº	unid	
A NASOENTERAL Nº	unid	
TOR DE URINA FECHADO	unid	
TOR DE URINA ABERTO	unid	
AINA GELEIA 2%	tubo	
A RETAL Nº	unid	
INA	tubo	

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
AGULHAS E SERINGAS		
AGULHA DE RAQUE Nº	unid	01
AGULHA PERIDURAL Nº	unid	
AGULHA 25X7	unid	
AGULHA 30X7	unid	
AGULHA 40X12	unid	
AGULHA DE INSULINA	unid	
SCALP Nº	unid	
JELCO Nº	unid	
SERINGA DE 60 ml	unid	
SERINGA DE 20 ml	unid	01
SERINGA DE 10 ml	unid	01
SERINGA DE 5 ml	unid	
SERINGA DE 3 ml	unid	
SERINGA DE 1 ml	unid	
DRENOS		
DRENO DE PENROSE Nº	unid	
DRENO DE SUCÇÃO Nº	unid	
DRENO DE TORAX Nº	unid	
DRENO DE KHER	unid	
OUTROS MATERIAIS		
LAMINA DE BISTURI Nº 24	unid	01
LAMINA DE BISTURI Nº	unid	
GAZES	pacote	
ESPARADRAPO	cm	
MICROPORE	cm	
COMPRESSAS	unid	
ALGODÃO	bola	
EQUIPO MACROGOTAS	unid	
EQUIPO	unid	
EQUIPO PARA SANGUE	unid	
TORNEIRINHA	unid	
POLIFIX	unid	
TRANSOFIX	unid	
IRRIGOPLAS Vias	unid	
ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	unid	03
CATETER DUPLO JOTA	unid	
CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	unid	
TUBO OROTRAQUEAL Nº	unid	
FILTRO BACTERIOLÓGICO P/ TOT.	unid	
CAPA PARA VIDEO	unid	
CAPA PARA MICROSCÓPIO	unid	
LENTE INTRAOCULAR Nº	unid	
	mA	03

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Circulante - COREN

Hora: 11:40

Instrumentadora - COREN

CONFERE COM ORIGINAL
27/12/2017

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://jpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

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: 334406

Prontuário: 240183 **VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA**
Endereço: AV MANOEL RIBEIRO DA FONSECA S/N 0 CRUZETA
Cidade: GUADALUPE **UF:** PI **CEP:** 64840-000

Sexo: F **DT. Nasc:** 06/06/1976 (**Idade:** 40 Anos 10 Meses 25 Dias **Estado Civil:** U **Profissão:** DO LAR
Cadastro: 30/04/2017 **Telefone:** 89 9994.01855 **Cartão SUS:** 700409463275542 **CPF:** 92570658391

Pai: LIDIO GONCALVES DE SOUZA
Mãe: LUZINETE GOMES DE SOUZA
Cônjuge:

Responsável: ROSA DA COSTA VELOSO
Endereço: AV. MANOEL RIBEIRO DA FONSECA 0 CRUZETA
Cidade: 3053 **UF:** PI **CEP:** 64840-000

Constancia
Funcionário do SAME

Queixa Principal:

H.D.A.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:
Geral:
Cabeça e Pescoço:
Tórax:
Abdomen:
Membros:
Genitais:
Específicos

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 27/04/2017
Edna W...
Matr...
CPF...
CÓPIA...

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Dr. Fco. Fábio Sousa Silvestre
Ortopedia
Cirurgião do Pé e Tornozelo
CRM-PI 2833 / TEOT 14036

Data / Hora: ___/___/_____ ____:____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291503400000003817777
Número do documento: 18121618291503400000003817777

HGV HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

BOLETIM DE CIRURGIA

CLINICA: Cirurgia III LEITO: 336-3 PRONTUÁRIO: 240183

NOME: Valdivina Gomes de Souza DATA DE NASC. 06/06/76

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: FRATURA DE ÚMERO DIAFISÁRIA

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

CIRURGIA: OSTEOSSÍNTESE ÚMERO (E) + NEUROLISE N. RADIAL Nº SALA: 12

CIRURGIÃO: André Leal de Vasconcelos Ortopedia e Traumatologia Cirurgia da Mão CRM-PI 4803 / TEOT: 13827 ANDRÉ CRM-PI:

AUXILIARES: 1º MARCOS 2º

INSTRUMENTADORA Suno Dr. Marcelo Lopes Traumato-Ortopedia Cirurgia do Joelho CRM-PI 4052/TEOT 13946 CIRCULANTE: Fratima

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:
1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL + BLOQUEIO.
2) ASSEPSIA ANTISSEPSIA + CAMPOS.
3) INCISÃO ANTEROLATERAL + DIVULSÃO POR PLANOS.
4) IDENTIFICAÇÃO + NEUROLISE DO NERVO RADIAL
5) REDUÇÃO DE FRATURA + PASSAGEM DE PLACA DE 8 FUROS + PARAFUSOS
6) SUTURA + CURATIVO.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 22 06 2017
Técnica Enfermagem

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO:

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

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: ( ) SIM ( ) NÃO QUAL?

DATA: 04/05/2017 HORA: 11:30

André Leal de Vasconcelos Ortopedia e Traumatologia Cirurgia da Mão CRM-PI 4803 / TEOT: 13827

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LIQUIDOS E SOLUÇÕES		
SORO FISIOLÓGICO 0,9g% 500ml	frasco	08
SORO FISIOLÓGICO 0,9g% ____ ml	frasco	
SORO GLICOSADO 5g% ____ ml	frasco	
RINGER LACTATO ____ ml	frasco	
AGUA DESTILADA ____ ml	frasco	
AGUA PARA INJEÇÃO 10ml	amp	
MANITOL 3% 2000ml	frasco	
FORMOL	ml	
AGUA OXIGENADA	ml	
ALCOOL 70%	ml	100
PVPI DEGERMANTE	ml	100
PVPI TÓPICO	ml	100
CLOREXIDINA	ml	
BSS 500 ml	frasco	
VOLUVEN 6% 500ml	frasco	
FIOS		
NYLON Nº 3.0	unid	04
NYLON Nº ____	unid	
CATGUT SIMPLES Nº ____	unid	
CATEGUT CROMADO Nº ____	unid	
CATEGUT CROMADO Nº ____	unid	
ALGODÃO COM AGULHA Nº ____	unid	
ALGODÃO SEM AGULHA Nº ____	unid	
VYCRIL Nº ____	unid	
VYCRIL Nº 1.0	unid	03
[illegible]ENE Nº ____	unid	
[illegible]ENE Nº ____	unid	
[illegible]CRYL Nº ____	unid	
[illegible]S Nº ____	unid	
	unid	
	unid	
	unid	
	unid	
	unid	
LUVAS		
PROCEDIMENTO	par	02
ESTERIL Nº 6.0	par	02
ESTERIL Nº 7.5	par	02
ESTERIL Nº ____	par	
	par	
	par	
SONDAGEM		
SONDA URETRAL Nº ____	unid	
SONDA DE FOLEY 2 Vias Nº ____	unid	
SONDA DE FOLEY 3 Vias Nº ____	unid	
SONDA NASOGASTRICA Nº ____	unid	
SONDA NASOENTERAL Nº ____	unid	
COLETOR DE URINA FECHADO	unid	
COLETOR DE URINA ABERTO	unid	
XYLOCAINA GELÉIA 2%	tubo	
SONDA RETAL Nº ____	unid	
VASELINA	tubo	

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
AGULHAS E SERINGAS		
AGULHA DE RAQUE Nº ____	unid	
AGULHA PERIDURAL Nº ____	unid	
AGULHA 25X7	unid	
AGULHA 30X7	unid	01
AGULHA 40X12	unid	
AGULHA DE INSULINA	unid	01
SCALP Nº ____	unid	
JELCO Nº ____	unid	
SERINGA DE 60 ml	unid	
SERINGA DE 20 ml	unid	
SERINGA DE 10 ml	unid	
SERINGA DE 5 ml	unid	
SERINGA DE 3 ml	unid	
SERINGA DE 1 ml	unid	
DRENOS		
DRENO DE PENROSE Nº ____	unid	
DRENO DE SUCÇÃO Nº 02	unid	01
DRENO DE TORAX Nº ____	unid	
DRENO DE KHER	unid	
OUTROS MATERIAIS		
LAMINA DE BISTURI Nº 24	unid	02
LAMINA DE BISTURI Nº ____	unid	
GAZES	pacote	10
ESPARADRAPO	cm	100
MICROPORE	cm	
COMPRESSAS	unid	20
ALGODÃO	bola	03
EQUIPO MACROGOTAS	unid	
EQUIPO ____	unid	
EQUIPO PARA SANGUE	unid	
TORNEIRINHA	unid	
POLIFIX	unid	
TRANSOFIX	unid	01
IRRIGOPLAS ____ Vias	unid	
ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	unid	03
CATETER DUPLO JOTA	unid	
CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	unid	
TUBO OROTRAQUEAL Nº ____	unid	
FILTRO BACTERIOLÓGICO PETOT	unid	
CAPA PARA VIDEO	unid	
CAPA PARA MICROSCÓPIO	unid	
LENTE INTRAOCULAR Nº ____	unid	
Lepro	unid	04

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Fatima
Circulante - COREN

Hora: 10 : 20

Bruno
Instrumentadora - COREN

JUNTA ADMINISTRATIVA
COREN 2017

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 2 [illegible] 2017

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

DATA 04/05/17
PRONTUÁRIO 290183

PACIENTE: Valdivina Gomes de Sousa | DATA DE NASC. 08/06/76 | IDADE 40A
PROCEDIMENTO: TC Fratura de Úmero Esquerdo | ASA-P1

PRESSÃO ARTERIAL | FC | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA | OUTROS
HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | CREATININA

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

OXIGÊNIO
SEVOFLURANO
AR
SF — SF
SaO_2(%) 99 99 99 99 99 99 99 99 100
$EtCO_2$ 40 30 30 30 30 30 30 30 31

SEQUÊNCIA
A) Fentanil EV 250mcg
B) Propofol EV 190mg
C) Atracúrio EV 50mg
D) Dexadron EV 10mg
E) Ondansetron EV 8mg
F) Dipirona EV 2g
G) Bupi 0,25% com 30mL + Lidocaína 1% com VC 30mL
H) Atropina 0,5mg
I) Neostigmina 01mg

TEMPO: 10:30 | 11:30 | 12:30
INÍCIO 10:30 | FIM 12:40

CIRURGIA: Bloqueio
Técnica Anestésica: Geral Combinado + Bloq. Supraclavicular
Observações: 1) APA 2) Monitorização + AVP c/ 20G 3) P.O.S.M + TIV → VSM + IOT cabível 7,5 + VMI + proteção ocular, olhos, articulações 4) Sem intercorrências 5) Extubado, estável 6) CRPA 7) Bloqueio Supraclavicular Esquerdo sem intercorrências com G

☒ ECG ☐ PVC ☒ Oxigênio ☐
☐ PAM ☒ PANI ☒ Capnógrafo ☐

GASES	l/min	Início	Fim
Oxigênio	01	10:30	12:10
Ar Medicinal	01	10:35	12:00

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Efedrina	02	Amp	Dopamina		Amp	Neostigmina	02	Amp	Remifentanil		
Adrenalina		Amp	Dormonid		Amp	Nipride		Amp	Ranitidina		
Água dest. 10ml		Amp	Efortil	01	Amp	Noradrenalina		Amp	Ringer-Lactado		
Cipro 500mg		Fras	Efedrina		Amp	Neocaína 0,5% hiperbárica		Amp	Sufentanil		
Cefazolina 1g	02	Amp	Fentanil (ar cond.)	01	Amp	Neocaína 0,5% isobárica		Amp	S. Fisiológ. 0,9%		
Clonidina		Amp	Fentanil (balanced)	01	Fras	Omeprazol		Fras	S. Glicosado 5%		
Cloreto ( )		Fras	Sevoflurano		Ml	Pancurônio 2%		Amp	Tracrium		
Dexametasona	01	Amp	Hidrocortisona		Fras	Profenid	01	Amp	Transamin		
Diazepam		Amp	Isoflurano		Ml	Propofol	02	Fras	Novabupi 0,5 %		
Droperidol		Amp	Manitol		Fras	Protamina		Amp	Lidocaína 2%		
Efedrona		Amp	Metronidazol		Fras	Quelicin		Fras			
Etilefrina		Amp	Narcan		amp	Quelicin		Fras			

MOD. 90 - HGV

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE: | LEITO DE RCUPERAÇÃO: 12:15 | ALERGIA A:
DATA: 04-05-17 | HORARIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.:
CIRURGIA REALIZADA: Ht. Cirurg. Tumoro (E)
TIPO DE ANESTESIA: Geral + raqui

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'				SAÍDA
P.A.	123/66(85)				123x66(85)				
F. C./PULSO	82				82				
TEMPERATURA									
OXIMETRIA	92				97%				

EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'		SAÍDA
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Acorda ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	2			2
ATIVIDADE MOTORA 4 extremidades = 2 2 extremidades = 1 Imóvel = 0	1			2
RESPIRAÇÃO Respira ou tosse livremente = 2 Dispnéia = 0 = 1	2			2
CIRCULAÇÃO (PA) Nível pré-anestésico = 2 20% do nível pré-anestésico = 1 Nível pré-anestésico = 0	2			2
SpO_2 SpO_2 > 92% em ar ambiente = 2 SpO_2 > 90% em O_2 = 1 SpO_2 < 90% em O_2 = 0	2			2
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS				10

ESCALA DA ESCORE DA DOR

0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)

CONTROLES

- OXIGENOTERAPIA ( )
- PUNÇÃO VENOSA CENTRAL ( )
- SONDA NASOGASTRICA ( )
- SONDA NASOENTERAL ( )
- SONDA VESICAL DE DEMORA ( )
- DRENO DE KHER ( )
- DRENO PENROSE ( )
- DRENO TORAX ( )
- DRENO SUCÇAO ( )
- DRENO LAMINAR ( )
- COLOSTOMIA ( )
- GASTROSTOMIA ( )
- TRAQUEOSTOMIA ( )

RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM:

Técnica de Enfermagem COREN-PI

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

14:00 paciente liberado de SRPA em POI de trat. cirúrgico de úmero (E) após efeito de anestesia geral + raquianestesia, consciente orientado, pálido PA 123 x 66 (85) mmHg sat. 92% pulso 82 bpm AVP em MMS E funcionante

( ) EX. LABORATORIAIS | ( ) RX | ( ) RECEITA MÉDICA | ( ) ATESTADO MÉDICO | ( ) F. NÃO PADRONIZADO

Encaminhado a: ( ) UTI | ( ) RX | ( ) ENFERMARIA | ( ) EXTERNO

Richele Almeida
Enfermeira
COREN-PI 387.480

Anestesiologista – CRM

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
Em 22/09/2017

Amanda Machado de Oliveira
Matr. 2

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO GERAL

Dados do Paciente

Nome: VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA
Nascimento: 06/06/1976 **Estador Civil:** União Estavel
Prontuário: 240183
Cartão SUS: 700409463275542

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

Representante / Responsável Legal

Nome: ROSA DA COSTA VELOSO **CPF:** 83573704387
Estado Civil: União Estavel
Parentesco: AMIGO (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 e/ou do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. Risco anestesia
2. Neurologia
3. Neurologia
4. Alergia
5. Infecção

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

Teresina (PI), 30/04/2017

Dr. Themistocles Ramos
CRM-2798-TEOT-8374
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Rosa da Costa Veloso
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 27/04/2017

336 - 3

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

Ovieda de uso ± 8 dias

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DATA 04/09/17 HORA 3 h

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: Valdivina Gomes de S. Costa Data de Nascimento: 06/06/76
Cidade de origem: Guadalupe

II – ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL

Religião/Crença: Católica
Profissão: do lar
Escolaridade: ( ) Analfabeto (✓) Ensino fundamental ( ) Ensino médio ( ) Superior
Barreira na comunicação: (✓)Não ( )Sim
Qual:
Apresenta deficit: (✓)Não ( ) Sim - Tipo: ( ) Visual ( ) Auditivo ( ) Motor
( )Outros:
Transtorno mental: (✓)Não ( )Sim
Qual:

2 ITENS POSITIVOS ACIONAR SERVIÇO SOCIAL

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 ( ) Não Qual: Dexametasona

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

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO

ACIONAR FARMACÊUTICO

Resultados de exames (vindo com o paciente): (✓) Não ( ) Sim Quais:

IV - EXAME FÍSICO

a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Altura: 153 (m) Peso: 73 (Kg) IMC:
Dor: (✓)Não ( )Sim, Localização:
Características:

b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(✓)Consciente (✓)Orientado ( )Desorientado ( )Comatoso ( )Sonolento ( )Sédado ( )Torporoso
ESCALA DE COMA GLASGOW:

c) ASPECTO EMOCIONAL: (✓)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)

2 ITENS POSITIVOS ACIONAR A NUTRICIONISTA

Ariadne Machado Oliveira Mat. 290129-6

CONFERE COM ORIGINAL
Em, 22/09/2017
Edna Maria
Matrícula

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM HPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778
Num. 3961050 - Pág. 5

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

e) CABEÇA
Couro Cabeludo: ( )Sem anormalidades ( )Ferimento ( )Hematoma Alterações:_____
Face: ( )Simétrica ( )Assimétrica ( )Ferimento ( )Hematomas
Nariz: ( )Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Sem anormalidades ( ) Secreção ( ) Lesão ( ) Epistaxe
Pupilas: ( )Isocóricas ( )Anisocóricas ( )Reativa ( )Arreativas ( )Mióticas ( )Midriáticas
( )Puntiformes ( )Médias
Olhos: ( )Normal ( )Hemorragia ( )Icterícia de esclerótica ( )Baixa acuidade visual ( )Lentes corretivas
( ) Processo inflamatório/infeccioso
Ouvidos: ( )Normal ( )Otorragia ( ) Lesão Outros:_____
Boca: ( )Sem anormalidades ( )Cáries ( )Falhas dentárias ( )Prótese ( )Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO
Padrão: ( )Eupnéico ( )Bradipnéico ( )Taquipnéico ( )Dispnéico
( )Tiragem intercostal ( )Traqueostomizado ( )TOT ( )VM
( )Macronebulização ( )O2 sob cateter nasal ( )O2 venturi
Ausculta: Murmurio vesicular ( )Presente ( )Diminuído ( )Ausente
Ruidos adventicios: ( )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
Ruídos Hídroaéreos: ( )Ausente ( )Presente, tipo: ( ) Hiperativos ( ) Hipoativos
Estomias: ( )Não ( )Sim Qual:_____
Tipo de Dieta: ( )Enteral ( )Parenteral **Vias:** ( )Oral ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( ) Jejunostomia ( )Gastrostomia
Aceitação da dieta: ( )Sim ( )Não ( )Parcialmente
Eliminaçãos Intestinal: ( )Normal ( )Constipação ( )Diarréia ( )Melena ( )Enterorragia ( )Obstipação

i) MUSCULO ESQUELÉTICO
Deambulação: ( )Sem auxílio ( )Com auxílio, Qual dispositivo? ( )Muleta ( ) Andador (x) cadeira de rodas
Utiliza prótese/órtese? ( )Não ( )Sim **Tipo:**_____
Sensibilidade: ( )Não ( )Sim **Tipo:** ( )Parestesia Qual lateralidade?_____
Déficit motor: ( )Não ( )Sim **Tipo:** ( )Hemiplegia ( )Hemiparesia ( ) Direito
( ) Esquerdo ( )Tetraplegia ( ) Paraplegia
Tonicidade: ( )Rígido ( )Flácido ( ) Direito ( ) Esquerdo
Imobilização: ( )Não ( )Sim Lateralidade? MSE
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 ( )Desitradada ( )Normocorada ( )Hipocorada ( )Icterícia ( )Edema
( )Lesionada Local: MIE Escala de Braden:_____ Risco de pele
lesão por pressão: ( ) Sim ( )Não Classificação: 1( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) Inclassificável ( )

k) APARELHO GENITOURINÁRIO
Urinário: ( )Espontânea ( )Incontinência ( ) Retenção Urinária ( ) Fralda
Dispositivo Urinário: ( )Não ( )Sim Tipo: ( )Sonda de alivio ( )Sonda de Foley ( )Cistostomia
Alterações: ( )Ardência ( )Leucorréia ( )Prurido ( )Disúria ( )Oligúria ( )Poliúria ( )Anúria ( )Hematúria

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

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CÓPIA FIEL COM ORIGINAL

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

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

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

Qual(is): Cesariana

Qual o ano: Não sabe informar

VI - EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional (✓) Sim ( ) 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 (✓)

Qual:

VII - PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS:

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

( ) Criança
( ) Adolescente
( ) Indígena
( ) Idosos debilitados
( ) Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos
( ) Outro Qual:

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

( ) Alimentação
( ) Deambulação/ Mobilidade
( ) Sono e repouso
( ) Acompanhante
( ) Linguagem
( ) Surdo e mudo
( ) Comunicação
( ) Outros Qual:

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

VIII - OUTRAS INFORMAÇÕES:

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

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Rosa da Costa V.

Assinatura (Paciente ou Responsável)

Iracema Lopes dos S. Lima
ENFERMEIRA
Coren

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO				
PERCEPÇÃO SENSORIAL	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO
UMIDADE	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	4. RARAMENTE MOLHADA
ATIVIDADE	1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	4. ANDA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
NUTRIÇÃO	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
Em, 27/04/2017
Edna Maria
Matrícula:

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

ASL-034950/17
danielle.sousa.0017
13/03/2018 09:18:48

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

HGV HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

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

NOME: Valdirina Gomes da S. Cost DN: 06/06/76 DATA DA ADMISSÃO: 30/04/17
CLÍNICA: Cir. III ENF./LEITO: 336/03 HORÁRIO: 3:h

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 do risco (baixo ou alto) correspondente.	DATA 30/04	DATA 02/05	DATA /	DATA /	DATA /	DATA /	DATA /
(X) Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso decontenção/restrição). Implemente intervenções básicas de segurança **(baixo risco de queda).**	(X)	(X)	( )	( )	( )	( )	( )
( ) 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 seqüência 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)	0	–					
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 freqüência (2 pontos) ( ) Urgência/aumento da freqüência e incontinência (4 pontos)	0	–					
( ) 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)	0	3					
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) ( ) Dois equipamentos (2 pontos) ( ) Três ou mais equipamentos (3 pontos)	0	–					
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) (X) Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)	4	2					
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)	0	–					
Somatória dos pontos Baixo risco: escore de 0-5 pontos. Risco moderado: escore de 6-13 pontos. Alto risco: escore > 13 pontos	4	5					

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 22/06/2017

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

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

MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME COM RISCO

BAIXO RISCO	DATA 30/04	DATA 02/05	DATA 03/05	DATA /	DATA /	DATA /	DATA /
Não deixar o ambiente totalmente escuro	✓	X	✓				
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes							
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura							
MEDIDAS MODERADO E ALTO RISCO							
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.							
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período							
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito.		X					
Orientar necessidade de acompanhante.		X					
Manter ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.							
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante.		X					
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 vestiários 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.

Observação: O paciente e acompanhante devem

DATA	AVALIAÇÃO	PACIENTE/ACOMPANHANTE (Assinatura)	ENFERMEIRO (Assinatura)
	1ª	Rosa da Costa Veloso	[illegible]
03	2ª		[illegible]
03	3ª		Silvia Andrea
	4ª		

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

MOD. 131-HGV

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 22 [illegible] 2017

Amanda [illegible] de Oliveira
Mat. [illegible]

ASL-034950/17 danielle.sousa.0017 13/03/2018 09:18:48

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 7 2 [illegible] 2017
Edna Maria Andrade [illegible]
Matrícula: [illegible]
CPF [illegible]

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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST – PÓS-OPERATÓRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DN: 04/SET/2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

NOME: Valdivina Gomes de Souza
DO: CENTRO CIRÚRGICO
PARA CLÍNICA: ortopédia DATA: 04/05/17 HORÁRIO:

Nº	ITENS A SER CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR À CLÍNICA	CHECADO
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento).	✓
2	Confirmar com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo.	✓
3	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário.	sim
4	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso).	sim
5	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário.	sim
6	Verificar se há solicitação de raio-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia.	sim
7	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor).	✓
8	Fazer o registro de enfermagem no prontuário.	
9	Solicitar o maqueiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	✓

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO.	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
Rychele Almeida Enfermeira COREN-PI 387.480	

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

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://jpi.pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

CHECK LIST CIRÚRGIA SEGURA
PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

CLÍNICA: cirúrgica 3 **DATA:** 04 / 05 / 17 **HORÁRIO:** 7 : 00

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CC	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira – nome completo e data do nascimento) e a marcação cirúrgica	✓
2	Verificar o jejum	✓
3	Identificar junto ao paciente e prontuário o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e parecer cardiológico	
4	Verificar se o paciente tem alergia (Sim. a penicilina)	✓
5	Avaliar a tricotomia da área do sítio cirúrgico	✓
6	Verificar se termo de consentimento da cirurgia está assinado	✓
7	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluir a dor)	✓
8	Preparar o paciente com a vestimenta apropriada (camisola, gorro e pró-pés)	✓
9	Retirar e orientar a retirada de roupa íntima	✓
10	Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas	✓
11	Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	✓
12	Confirmar com o Centro cirúrgico se o paciente será operado	✓
13	Fazer o registro de enfermagem no prontuário	✓
14	Solicitar o maqueiro para o transporte e encaminhar ao centro cirúrgico	✓

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

ASSINATURA DA (O) ENFERMEIRA (O) E CARIMBO	ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
Silvia Andrea Costa Machado Enfermeira COREN-PI 96.233	Amanda Machado de Oliveira Mat. 291119-6 CONFERE COM ORIGINAL Em: 27/06/2017 Edna Maria

ASL-034395017 danielle.sousa.0017 13/03/2018 09:18:43

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Valdinina Gomes de Sousa

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA: Nefro 2 Ch III 336-03

À CLÍNICA: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA

AVALIAÇÃO RISCO CIRÚRGICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DATA: 02/05/17

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente
Pregada
Eupneica
Mucosas coradas
AC: RCR, 2T, BNF
FR: ABPM
Baixo Risco

Dr. Lucas Gonçalv
Cl. Médica - Cardi
CRM 3085

02/05/17

CONFERE COM O ORIGINAL
Em, 2 / 05 / 17

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE

Atendimento: 334406

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

Prontuário: 240183 **Nome:** VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA
Endereço: AV MANOEL RIBEIRO DA FONSECA S/N 0 CRUZETA
Cidade: GUADALUPE **UF:** PI **CEP:** 64840-000

Sexo: F **DT. Nasc:** 06/06/1976 (**Idade:** 40 Anos **Estado Civil:** U **Profissão:** DO LAR
Cadastro: 30/04/2017 **Telefone:** 89 -9994.01855 **Cartão SUS:** 700409463275542 **CPF:** 92570658391

Justificativa:

Data	Assinatura
30/04/17	Rosa da Costa Veloso
01/05/17	Rosa da Costa Veloso
02/05/17	Rosa da Costa Veloso
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP. 64.002470

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 50179-6

Data: ___/___/_____

Ass. Médico Solicitante

Auditor

Data: ___/___/_____

Assinatura - CPF

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

HOSPITAL GETULIO VARGAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Emitido por: GIGLYANNE CARVALHO MMENESES GIRAO
Em 08/05/2017 08:14

Paciente: 240183 - DIVINA GOMES DE SOUZA ROCVHA
Nome Social: VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA
Data de Nascimento:
Idade: 40
Prestador Assistente: JOSE WILSON RODRIGUES
Função: MEDICO(A)
Conselho / Número Cons.: CRM 1839

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 334406 Leito: NEE RUE ENF 331 L-01 Admissão: 30/04/2017 07:52
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 80727 (FECHADO)
Responsável: GIGLYANNE CARVALHO MENESES GIRAO - COREN 309834 / ENFERMAGEM
Data de Referência: 08/05/2017
Data/Hora do Documento: 08/05/2017 08:13

Segue no 3º DPO osteossintese de umero E + neurólise em radial. Consciente, orientada, fásica, interagindo com examinador. Eupneica, respirando sem aporte de O2. Aceita dieta VO oferecida. Mmantem AVP/MSD em HV sem sinal flógistico. Em uso de ATB: Clindamicina e Ciprofloxacino. Abdome semigloboso, flacido indolor à palpação. Pele hipocorada, integra sem LPP. FO limpa e seca com curativo oclusivo. Infiltração no MSD e MID. Diurese espontanea e evacuação presente (SIC). Mobilidade ativa no leito. Sem queixas. Segue aos CM.

Dra. Giglyanne Carvalho Meneses Girão
ENFERMEIRA
COREN-PI 309834

GIGLYANNE CARVALHO MENESES GIRAO
COREN 309834

após 10:30 Receber alta hospitalar após visita médica

Dra. Giglyanne Carvalho Meneses Girão
ENFERMEIRA
COREN-PI 309834

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 22/05/2018
Edna Maria
Matrícula:
COREN

ASL-034950/17 danielle.sousa.0017 13/03/2018 09:18:48

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

HOSPITAL GETULIO VARGAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Emitido por: GIGLYANNE CARVALHO MMENESES GIRAO
Em 05/05/2017 10:41

Paciente: 240183 - ~~[illegible]~~ valdivina GOMES DE SOUZA ROCVHA
Idade: 40 Anos 10 Meses 29 Dias

Nome Social: VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA

Data de Nascimento: 06/06/1976

Prestador Assistente: JOSE WILSON RODRIGUES
Função: MEDICO(A)

Conselho / Número Cons.: CRM 1839

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 334406
Leito: NEF RUE-ENF-336 ~~L-04~~ 6 - 03
Admissão: 30/04/2017 07:52
Plano: PLANO UNICO
Convênio: SUS - INTERNACAO

EVOLUÇÃO 79368 (FECHADO)

Responsavel GIGLYANNE CARVALHO MENESES GIRAO - COREN 309834 / ENFERMAGEM

Data de Referência: 05/05/2017
Data/Hora do Documento: 05/05/2017 09:53

Segue no 1º DPO osteossintese de umero E + neuróclise em radial . Consciente, orientada, fásica, interagindo com examinador. Eupneica, respirando sem aporte de O2. Aceita dieta VO oferecida. Mmantem AVP/MSE em HV sem sinal flogistico. Em uso de ATB: Clindamicina e Ciprofloxacino. Abdome semigloboso, flacido indolor á palpação. Peie hipocoracia integra sem LPP. FO limpa e seca com curativo oclusivo. Infiltração no MSD e MID. Diurese espontanea e evacuação presente (SIC). Mobilidade ativa no leito. Sem queixas. Segue aos CM.

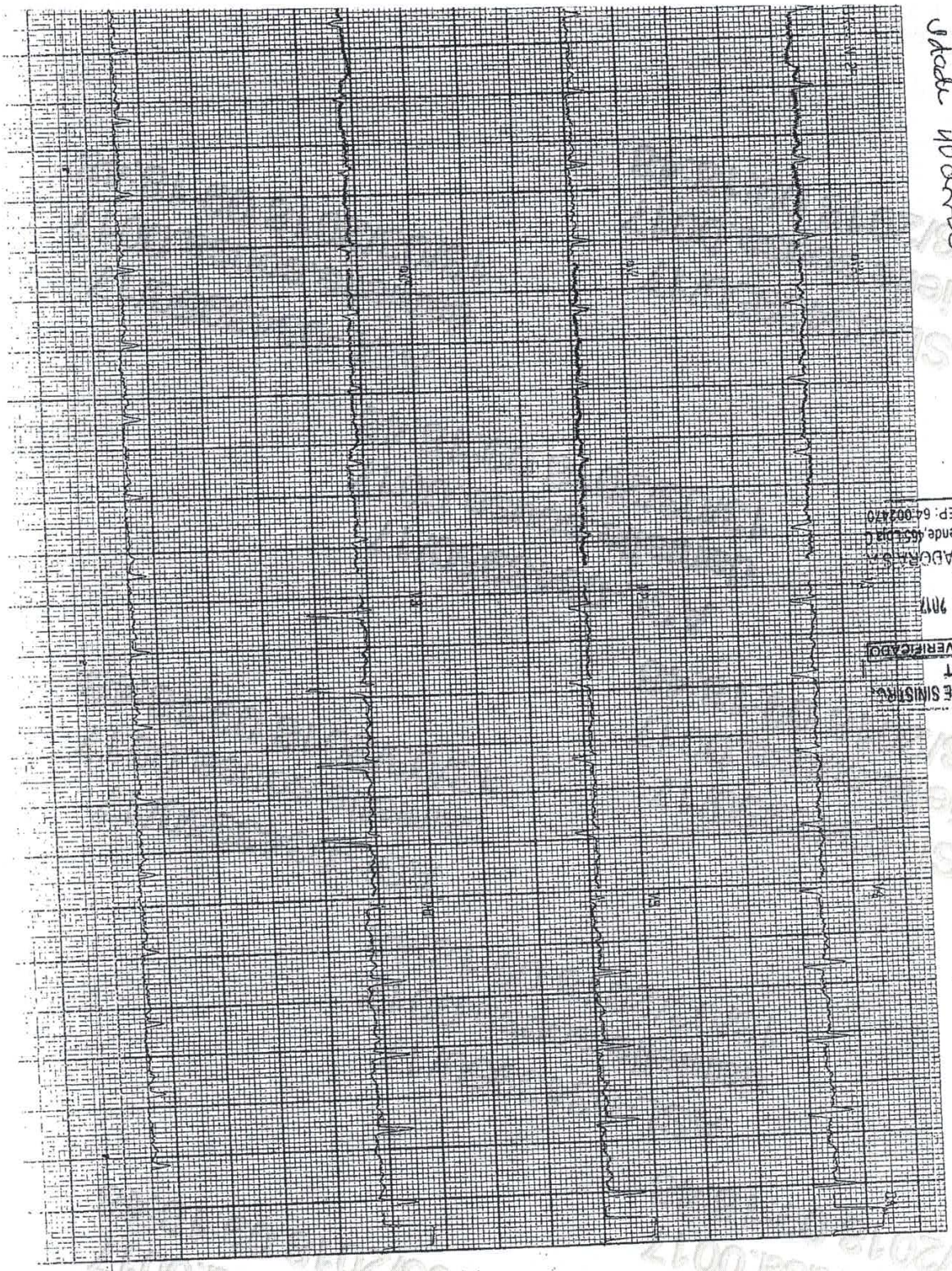
GIGLYANNE CARVALHO MENESES GIRAO
COREN 309834

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 Set. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 22/09/2017
Edne Maria [illegible]

Amanda Macedo de Oliveira
Mat. [illegible]

ASL-034950/17
danielle.sousa.0017
13/03/2018 09:18:48



Nas. 06-06-76
idade 40 anos

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
...ENTE SEGURADORA S.A.
...ua Coelho de Resende, 455, Loja C
...entro - Norte CEP: 64.002-470

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

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

Cirúrgica IJF

Paciente: **VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA**
Prontuário: **240183** Atendimento: **334406** Sexo: F
Dt. Nasc.: 06/06/1976 Idade: 40a 10m 28d
Pedido: **48209** Data Pedido: **03 de Maio de 2017**
Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES
Setor Solicitante: CL. NEFROLOGIA
Unid. Internação / Leito: CL. NEFROLOGICA / NEF 331
Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 03 de Maio de 2017

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

COAGULOGRAMA

TEMPO DE SANGRIA.....: 1,30min
VALOR DE REFERENCIA: 1 A 4 MINUTOS

TEMPO DE COAGULACAO.....: 7,0 min
VALOR DE REFERENCIA: ATÉ 12 MINUTOS

PROVA DO LAÇO.....: negativo
VALOR DE REFERENCIA: NEGATIVO

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: completa
VALOR DE REFERENCIA: RETRAÇÃO TOTAL

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....:
VALOR DE REFERENCIA: 150.000 A 450.000 /mm3

Amanda Miranda de Oliveira
Mat. 2[illegible]

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
Em 2[illegible]

ASL-034950/17 danielle.sousa.0017 13/03/2018 09:18:48

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

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

Paciente: **VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA**
Prontuário: **240183**
Dt. Nasc.: 06/06/1976
Pedido: **48209**
Atendimento: **334406**
Idade: 40a 10m 28d
Data Pedido: **03 de Maio de 2017**
Sexo: F
Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES
Setor Solicitante: CL. NEFROLOGIA
Unid. Internação / Leito: CL. NEFROLOGICA / NEF 331
Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 03 de Maio de 2017

CREATININA.....: **0,90 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático
Valores de Referência:
De 0,4 a 1,3 mg/dl

UREIA.....: **31,00 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático
Valor de Referência:
10 a 50 mg/dl

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

ASL-034950/17
danielle.sousa.0017
13/03/2018 09:18:48

CONFERE COM O ORIGINAL
Em: 27/08/2018
Edna Maria
Matrícula

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/ProcessoConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

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

Paciente: **VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA**
Prontuário: **240183**
Dt. Nasc.: 06/06/1976
Pedido: **48209**
Atendimento: **334406**
Idade: 40a 10m 28d
Data Pedido: **03 de Maio de 2017**
Sexo: F
Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES
Setor Solicitante: CL. NEFROLOGIA
Unid. Internação / Leito: CL. NEFROLOGICA / NEF 331
Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 03 de Maio de 2017

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Referências		Valores de Homem
Mulher		
Hemácias em milhões/ml.....:	3,92	4,5 - 6,5
Hemoglobina em g/dl.....:	10,30	13,5 - 18,0
Hematócrito em %.....:	31,20	40,0 - 54,0
Vol. Glob. Média em u3.....:	79,59	76,0 - 96,0
Hem. Glob. Média em uug....:	26,28	27,0 - 32,0
C.H. Glob. Média em %.....:	33,01	32,0 - 36,0

OBS:

LEUCOGRAMA

	Valores Encontrados	
Leucócitos por ml.....:	18.600	4.000 - 10.000
Promielocitos.....	0,00	0
Mielocitos.....:	0,00	0 - 1
Metamielocitos.....:	0,00	1 - 3
Bastões.....:	0,00	40 - 75
Segmentados.....:	68,00	1 - 6
Eosinofilos.....:	2,00	0 - 1
Basofilos.....:	0,00	20 - 45
Linfócitos.....:	24,00	2 - 10
Monócitos.....:	6,00	

OBS:

Plaquetas.....:	222.000 mm/3	142.000 mm/3 a 450.000 mm/3

OBS:

Amanda Machado de Oliveira
Mat. 2019-6

CONFERE COM O ORIGINAL
Em: 22/05/2017
Edna Martins

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

336_03

Nefro H.

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: **VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA**
Prontuário: **240183** Atendimento **334406**
Dt. Nasc.: 06/06/1976 Idade: 40a 10m 28d Sexo: F

Dados da Solicitação:

Pedido: **49943** Data Pedido: 30/04/2017
Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES
Setor Solicitante: CL. NEFROLOGIA
Unid. Internação / Leito: CL. NEFROLOGICA / NEF 331
Convênio: SUS - INTERNACAO
Cód. Procedimento: **02.04.04.005-1** Data do Laudo: 03/05/2017

336

RADIOGRAFIA DO BRACO ESQUERDO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do braço esquerdo realizado nas incidências AP/PERFIL demonstra:
- Fratura completa angulada, mediana do úmero esquerdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CONCLUSÃO:

- Fratura óssea.

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 22/8/2017
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 0100[illegible]
CPF: [illegible]

ASL-034950/17 danielle.sousa.0017 13/03/2018 09:18:48

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

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: **VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA**
Prontuário: **240183** Atendimento **334406**
Dt. Nasc.: 06/06/1976 Idade: 40a 10m 28d Sexo: F

Dados da Solicitação:

Pedido: **49943** Data Pedido: 30/04/2017
Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES
Setor Solicitante: CL. NEFROLOGIA
Unid. Internação / Leito: CL. NEFROLOGICA / NEF 331
Convênio: SUS - INTERNACAO
Cód. Procedimento: **02.04.04.007-8** Data do Laudo: 03/05/2017

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

O estudo radiológico do cotovelo esquerdo realizado nas incidências AP/PERFIL demonstra:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Amanda Mathias de Oliveira
Mat. 290119-6

CONFERE COM O ORIGINAL
Em, 27/02/17
Selma Maria
Matrícula: 01

ASL-034950/17 danielle.sousa.0017 13/03/2018 09:18:48

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://ijpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

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: **VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA**
Prontuário: **240183** Atendimento **334406**
Dt. Nasc.: 06/06/1976 Idade: 40a 10m 28d Sexo: F

Dados da Solicitação:

Pedido: **49943** Data Pedido: 30/04/2017
Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES
Setor Solicitante: CL. NEFROLOGIA
Unid. Internação / Leito: CL. NEFROLOGICA / NEF 331
Convênio: SUS - INTERNACAO
Cód. Procedimento: **02.04.06.008-7** Data do Laudo: 03/05/2017

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências AP/PERFIL demonstra.

- Aumento do volume dos tecidos moles.
- Estrutura óssea e espaço articular normais.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CONCLUSÃO:

- Edema.

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
Em, 2 2 OUT 2017
Edna Mari...

ASL-034950/17 danielle.sousa.0017 13/03/2018 09:18:48

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

:ETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SPITAL GETÚLIO VARGAS
NA GOMES DE SOUSA

Pilo no leito

DATA DE NASCIMENTO

CLINICA	ENFERMARIA	LEITO	PRONTUÁRIO	MÉDICO ASSISTENTE
NEFROLOGIA	336	03		WILSON

PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO INTERDISCIPLINAR
UMERO			
S DE POSSIVEL CELULITE PERNA ESQ			
RDO EXAMES SOLICITADOS			
O			
ta LIVRE			
),9% 1000 ML EV +/- 14 GTS POR MIN			
RO 400 EV DE 12/12HS			
irona 2ML EV 6/6HS SOS			
mal 100 MG + 100ML DE SF EV SOS DE 12/12HS			
EPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ			
sil 10mg 1comp VO se náuseas ou vômitos			
DADOS GERAIS			
PTOPRIL 25 VO SE PASIST>160 E/OU ST>110			
AIS VITAIS DE 6/6HS			
EXANE 40 MG SC 1X DIA			
OLOCAR TALA GESSADA AXILO PALMAR			
SIOTERAPIA			
URATIVO			

Dr. Fco Fábio Sousa Silvestre
ORTOPEDIA
Cirurgião do Pé e Tornozelo
CRM-PI 2833 TEOT 11036

Antonio Mariano de Oliveira
Mat. 9 - GETÚLIO VARGAS

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

04 SET. 2017

DEPARTAMENTO DE ÔNIBUS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ASL-034950/17 danielle.sousa.0017 13/03/2018 09:18:48

Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 16/12/2018 18:29:15
https://pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121618291526300000003817778
Número do documento: 18121618291526300000003817778

Paciente: VALDIVINA GOMES DE SOUZA ROCHA			Idade: 40 Anos 10 Meses 25 Dias	Sexo: F	Prontuário: 240183
Endereço: AV MANOEL RIBEIRO DA FONSECA S/N			Número: 0	Bairro: CRUZETA	Cidade: GUADALUPE
UF: PI	DT. Nasc: 06/06/1976	Profissão: DO LAR	Telefone: 89 -9994.01855	CPF: 925.706.583-91	Cartão SUS: 700409463275542

Internação: 30/04/2017	Alta: 08/05/17 às ___:___	Permanência: 8 dias

Diagnósticos:

CID Principal:: 1423

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Situação na Admissão: ___

Evolução e Situação na Alta: (B) Dr. Anderson Manoel Lopes

Medicações Utilizadas: ___

Cirurgia: Data: ___/___/___ **Tipo:** ___

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência: Uma 3ª Avaliação Sem Dor Não Necessita Urg

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: ___

Dr. Fco. Fábio Souza Silvestre
Cirurgião do Pé e Tornozelo
CRM-PI 2833 - TEOT 11038

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
BRASIL VEICULOS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET. 2017
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 27/09/2017