



Número: **0800226-13.2019.8.18.0039**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Barras**

Última distribuição : **12/03/2019**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VENICE MARIA SOUSA SILVA (AUTOR)	LETICIA LEITE CAVALCANTE DE MACEDO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44599 25	12/03/2019 09:12	Petição Inicial	Petição Inicial
44599 35	12/03/2019 09:12	VENICE DOC	Documentos
44599 36	12/03/2019 09:12	venice2	Documentos
44599 37	12/03/2019 09:12	venice3	Documentos
44599 40	12/03/2019 09:12	venice4	Documentos
44599 41	12/03/2019 09:12	venice5	Documentos

petição e documentos em pdf



COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: <u>Yenisei Maria Souza Sales</u>		DATA DE NASCIMENTO: <u>09/01/87</u>	Prontuário: <u>210418</u>
CHECAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		CHECAGEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	CHECAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA
Responsáveis: Cirurgião (S), Auxiliar, Anestesiista, Enfermeira (O), Instrumentador(a) e Circulante			
Identificação (SIGN-IN)	Confirmações (TIME-OUT)		Registros (CHECK-OUT)
<p>Confirmar com o paciente:</p> <p>Identidade (nome e Data de nascimento): <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Jejum? <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Quantas horas? <u>8</u> () Não</p> <p>Procedimento programado</p> <p>Sítio demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Usar dispositivo médico? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Está na sala e conferido?</p> <p>Consentimentos informados preenchidos e assinados:</p> <p>Para a anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Para a cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Exames de Imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>O paciente possui alergia?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Quais? <u>DIPLOMA</u></p> <p>O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Equipamentos para assistência disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/Kg)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>em acesso endovenoso adequado <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>em reserva de sangue <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p>	<p>Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função</p> <p>Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(o):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente (nome e data de nascimento)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento programado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico demarcado</p> <p>Placa de bisturi posicionada corretamente:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Antecipação de eventos críticos:</p> <p>Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim - Qual?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Equipe de anestesiista: alguma preocupação específica com o paciente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim - Qual?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Checagem da equipe de enfermagem:</p> <p>Todos os instrumentais estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Todos os instrumentais estão esterilizados?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Todos os equipamentos necessários estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p>		<p>Procedimento realizado:</p> <p>Contagem das compressas correta?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Contagem de agulhas correta?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>As amostras/biópsias para a anatomia patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento; local anatômico de origem; quantidade de amostras)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Registros completos no prontuário:</p> <p>Do procedimento intraoperatório <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Do procedimento anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Todos os medicamentos administrados foram registrados e checados?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim - Qual?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p>
Cirurgião	Anestesiista	Instrumentador (a)	Circulante
		Enfermeira (O)	

IOD.135-HGV

COPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 01065-4



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: VENICE MARIA SOUSA SILVA PRONT.: 0000360022 ATEND.: 0000634825
CNS: 206451370190008 DATA NASCIMENTO: 09/01/1997 SEXO: Feminino
RAÇA/COR: ETNIA DO PACIENTE: CPF: 07331106309
NOME DA MÃE: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA SOUSA FONE: 981203838
RESPONSÁVEL: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA SOUSA FONE: 981203838
ENDEREÇO: POV CABECEIRA N.º: 0
MUNICÍPIO: CAMPO MAIOR UF: PI CEP: 64280970

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null
CID PRINCIPAL	CID SECUNDARIO
CID REL. PROCED null	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	0408020393	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)	0802010016	3
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)	0702030310	1
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PCTE. NECESSITA DE ACOMPANHANTE.

Dr. Francisco Fábio S. Silvestre
CRM-PI 28333
ORTOPEDIA
CIRURGIÃO DO PÉ E TORNZELO

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



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

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

Qual(is):

Qual o ano:

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

() 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:

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

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Assinatura (Paciente ou Responsável)

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	<input checked="" type="radio"/> 4. NENHUMA LIMITAÇÃO
UMIDADE	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	<input checked="" type="radio"/> 4. RARAMENTE MOLHADA
ATIVIDADE	1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	<input checked="" type="radio"/> 4. ANDA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	<input checked="" type="radio"/> 4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
NUTRIÇÃO	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE	3. ADEQUADO	<input checked="" type="radio"/> 4. EXCELENTE
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 16/03/2019
Edna Maria



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: Vinice Maria Sousa Silva DN: 09/06/97

CLÍNICA: Optopedio DATA: / / HORÁRIO: : :

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHE
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 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 SSVV no prontuário (incluir a dor)	
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao CC no prontuário	
15	Solicitar o maqueiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas, acompanhado pelo técnico de enfermagem obrigatoriamente	

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

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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL





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: VENICE MARIA SOUSA SILVA

Prontuário: 360022

Atendimento: 634825

Dt. Nasc.: 09/01/1997

Idade: 21a 3m 13d

Sexo: F

Dados da Solicitação:

Pedido: 97961

Data Pedido: 22/04/2018

Médico Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

Setor Solicitante: CL. ORTOPEDICA

Unid. Internação / Leito: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT105

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.04.005-1

Data do Laudo: 23/04/2018

RADIOGRAFIA DO BRACO DIREITO

RELATÓRIO: O estudo radiológico do braço direito realizado nas incidências AP/PERFIL demonstra:

- Fratura rexcente alinhada na diafise umeral fixada com placa e parafusos metalicos.
- Edema de partes moles.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/05/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-9





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

ortop

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **VENICE MARIA SOUSA SILVA**

Prontuário: **360022**

Atendimento **634825**

Dt. Nasc.: **09/01/1997**

Idade: **21a 3m 13d**

Sexo: **F**

Dados da Solicitação:

Pedido: **97575**

Data Pedido: **19/04/2018**

Médico Solicitante: **RAUL RUBEN DE MACEDO NETO**

Setor Solicitante: **CL. ORTOPEDICA**

Unid. Internação / Leito: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT105**


Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.04.005-1**

Data do Laudo: **23/04/2018**

RADIOGRAFIA DE UMEROS DIREITO

- Fratura transversa completa recente desalinhada na diafise umeral.
- Edema de partes moles.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	DATA NASC.	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
Vanice ME SOUZA SILVA	1 / 1		105	3		
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS			
23						
24						
18						
<p align="center"><i>[Handwritten Signature]</i></p>						

Dr. Francisco Edilberto S. Silvestre
 CRM-PI 2833
 ORTOPEDIA
 CIRURGIA DO PÉ E TORNADOZELO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERÊNCIA COM ORIGINAL
 EM 16/03/2019
 ELENOR MARIA DE SILVA
 COPIA DE PROTOCOLO Nº: 019065-9

MOD. 09-HGV

SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

Atendimento:
634825

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

Nome: VENICE MARIA SOUSA SILVA		Idade: 21 Anos 3 Meses 10 Dias		Sexo: F		Prontuário: 360022	
Mero: POV CABECEIRA		Número: 0		Bairro: ZONAN RURAL		Cidade: CAMPO MAIOR	
DT. Nasc: 09/01/1997		Profissão: DO LAR		Telefone: 86 -9812.03838		CPF: 073.311.063-09	
				Cartão SUS: 206451370190008			

Admissão: **04/2018** Alta: **1/1/2018** às **10:00** Permanência: **10 dias**

Diagnósticos:

CID Principal:

S423

CID Secundário:

W199

CID Causa Morte:

W199

Situação na Admissão:

Evolução e Situação na Alta:

Medicações Utilizadas:

Cirurgia: Data: **1/1/2018** Tipo: **função**

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

31 JUL 2018

DPVAT

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:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL

SINISTRO 3180464579 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VENICE MARIA SOUSA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO

JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

BENEFICIÁRIO VENICE MARIA SOUSA SILVA

CPF/CNPJ: 07331106309

Posição em 07-02-2019 10:14:24

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/10/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75
21/11/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75





NEVES & CAVALCANTE

— ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA —

PROCURAÇÃO “AD JUDÍCIA”

OUTORGANTE:

Nome: Vanice Maria Sousa Silva
Estado Civil: solteira
Naturalidade: _____
Profissão: laureada
Fone: (____) _____
Endereço: Localidade Nova Vida S/N.
Município: Cabecura CEP: 64.105-000
Estado: Piauí
RG: 3871481
CPF: 073.311.063-09

OUTORGADO: LAYSE AMANDA OLIVEIRA NEVES, brasileira, casada, advogada, OAB/PI nº 9.984, Fones: (086) 9 9538-9109, E-mail: layseadv@hotmail.com; LETÍCIA LEITE CAVALCANTE DE MACÊDO, brasileira, solteira, advogada, OAB/PI nº 12.579, Fones: (086) 9 9801-4686, E-mail: leticiaadv@outlook.com;

PODERES: Amplos e ilimitados poderes para o Foro em geral, com a cláusula “ad-judícia” e “et-extra”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe(s), ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, fazer requerimento junto a repartições públicas e privadas, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, como se presente estivesse. Especial para:

_____(PI), _____ de _____ de _____
Vanice Maria Sousa Silva
Outorgante

Rua Padre Manoel Félix, nº 622, Sala 05, Centro, Campo Maior – PI, CEP: 64.280-000



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.871.481 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/03/13

NOME VENICE MARIA SOUSA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA
ARISTEU FRANCISCO SILVA

NATURALIDADE BARRAS-PI

DATA DE NASCIMENTO 09/01/1997

CERT. NASC. 14871 L A13 F 217

EXP BARRAS-PI 14/12/99

DOC. ORIGEM TERESINA - PI

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: Leticia Leite Cavalcante de Macedo

LEI Nº 7.116 DE 28/06/93 - DECRETO Nº 89.200/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: Venice Maria Sousa Silva

00011440

CÓDIGO DE CONTROLE
576E:0E7E:1BCC:C1D9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:19:06 do dia 09/09/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 073.311.063-09

Nome VENICE MARIA SOUSA SILVA

Nascimento 09/01/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0889165-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 59 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.89/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 010359276

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\$)
AGOSTO/2018	31/08/2018	104	108,69

MARIA DA CONCEICAO DA S SOUSA
LC NOVA VILA S/N B-RURAL
CPF: 00052695158300
CEP: 64.105-000 - CABECEIRAS DO PIAUÍ

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	300		Atual:	24/08/2018
Anterior:	196		Anterior:	24/07/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	26/09/2018
Consumo Medidor:	104		Emissão:	23/08/2018
Consumo Faturador:	104	FCAM	Apresentação:	24/08/2018
Tarifa de Faturamento:	NORMAL		Unidade Consumidora:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A2105610		1.4.1.1	81

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUL/18 81	CONSUMO 30 A R\$ 0,285702 = 8,57
JUN/18 93	70 A R\$ 0,489789 = 34,28
MAI/18 17	4 A R\$ 0,734676 = 2,93
ABR/18 76	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,40
MAR/18 75	DIFERENÇA DE TARIFA 40,67
FEV/18 70	SUBVENCAO BAIXA RENDA 29,57
JAN/18 63	CORRECAO MONETARIA IG 07/18-00 0,10
DEZ/17 118	MULTA POR ATRASO 07/18-00 1,70
NOV/17 95	PARCELAMENTO DE DEBITOS 23/24 42,56
OUT/17 95	JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00 0,05
TARIFA DE TRIBUTOS:	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 2,75
0 A 100 - 0,000000	
01 A 100 - 0,000000	
02 A 100 - 0,000000	
03 A 100 - 0,000000	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800-030-0000 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/08/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 24E0.A2D1.30A4.4652.E375.F0CD.A462.2530

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	17,95	Base de Cálculo:	86,45
Energia:	34,10	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,36	Valor do ICMS:	19,01
Encargos:	5,43	Valor do PIS:	0,82
Tributos:	23,61	Valor do COFINS:	3,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC	FIG	D480	LTCR			
	7,27	14,53	29,06	3,86	7,73	15,45	4,14
	0,00		0,00			0,00	
CAMPO MAIOR						06/2018	14,39





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

1216 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.000945/2018-18

Complementar ao BO Nº: 105362.000944/2018-73

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Jose De Sousa Junior

Data/Hora: 05/07/2018 - 14:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2º DP DE CAMPO MAIOR

25/03/2018 - 19:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

CAMPO MAIOR

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

PI 114 QUE LIGA A CIDADE DE CAMPO MAIOR À CABECEIRAS DO PIAUI, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

AO LADO CAMPO DE FUTEBOL DA TOCAIA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VENICE MARIA SOUSA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3871481 SSP PI

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA

Pai: ARISTEU FRANCISCO SILVA

Endereço: LOCALIDADE NOVA VILA, Nº

Complemento: ZONA RURAL DE CABECEIRAS DO PIAUI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: CABECEIRAS DO PIAUI

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta Delegacia para noticiar que: No dia 25 de março de 2018 por volta das 19h40min quando conduzia a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS, 2009/2010, PRETA, PLACA NII-8359, 9C2JC4110AR522750, CÓDIGO RENAVAM 170034364, licenciada em nome MARIA SANTOS MONTEIRO, pela PI 115 e nas imediações do campo de futebol da localidade Tocaia, colidiu com um animal da espécie suína vindo a cair da motocicleta; QUE, foi socorrida por populares e encaminhada ao HRCM, onde foi atendida pelo médico plantonista; QUE, foi realizou exame de raio x do ombro direito e em seguida encaminhou para sua residência; QUE, no dia 27 de março de 2018 retornou ao HRCM onde realizou outro exame de raio x o qual constatou fratura em úmero do braço direito, ficando internada por 28 dias e depois foi transferida para HGV em Teresina onde foi submetida a procedimento cirúrgico. Declaração de inteira responsabilidade da noticiante. Nada mais.

Jose De Sousa Junior - Mat. 2991179
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Venice Maria Sousa Silva
VENICE MARIA SOUSA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Francisco das Chagas Silva
Chefe de Cartório
9810-3

Delegado de Polícia





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MAIOR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Endereço: _____

RELATÓRIO

Em 25.3.2018, o Sr. Vitor
Mário Sousa Silva, segundo in-
formante, sofreu acidente de trânsito
com veículo de passeio do im-
plantação de dir. CID-542.3

Fez tratamento cirúrgico orto-
pedico (osteossíntese)

Encontra-se de alta do tra-
tamento ortopédico referendo
do no oitavo dia pós a cirurgia.
Apresenta de boa evolução
do novo dia a limitação de
movimento do membro da direita

Assinatura

José Gregório Ximenes
Médico CRM - PI 252
Ortopedia e Traumatologia

CAMPO MAIOR (PI)

03.11.18





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO,
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0167828
Data: 25/03/2018
Funcionário: ADRIANA

Registro: 69402
Hora: 21:47:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 118

SUS

VENICE MARIA SOUSA SILVA

Nasc.: 09/01/1997 Idade: 21 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS Profissão: Civil: OUTROS CEP: 64105-000
End.: NOVA VILA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: CABECEIRAS DO PIAUI/PI
Cor: PARDA Telefone: (86) 8147-6507 Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA Pai: ARISTEU FRANCISCO SILVA

Clinica: **CLINICA MEDICA**

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____:____
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 21:59:53

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: QUEDA DE MOTO. GOLPE NO OMBRO DIREITO.

Alergias: NEGA

Medicação Usual: INJEÇÃO PARA DOR

PA: 0 mmHg TAX: 0°C
FC: 0 bpm Glicemia: 0 mg/dl

FR: 0 mrpm SAT 02: 0 Dor:
Peso: 0 kg ECG: 0

Observação: NEGA OUTRAS PATOLOGIAS

Conduta: AO CLINICO

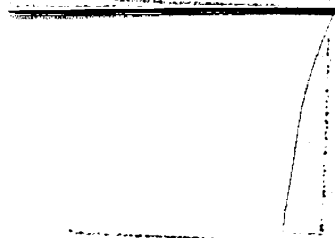
Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

VENICE MARIA SOUSA SILVA
Paciente ou Responsável

4121 - ELENILSON TORRES LAGES
Médico Responsável





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR



Nome do Paciente: Venice Maria Sousa Silva

Data do Nascimento: 09/01/97

Data do Registro: 12/07/18

Médico(a): Olivam Amorim

RAIO X DO BRAÇO DIREITO

Fratura consolidada na diáfise do umero fixada com placa e parafusos metálicos.

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

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

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4546
CEP. 64280-000 - Campo Maior-PI
CNPJ. 06.553.564/0006-42



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

2 - CNES
2777754
4 - CNES
2777754

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
VENICE MARIA SOUSA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
206451370190008
10 - NOME DA MÃE
MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA
12 - ENDEREÇO
LOCALIDADE NOVA VILA, 0 - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CABECEIRAS DO PIAUI

8 - DATA DE NASCIMENTO
09/01/1997

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
69402
9 - SEXO
Masc 1 Fem X 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(86) 8147-6507

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2202059
15 - UF
PI
16 - CEP
64105-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Prontuário de saúde do paciente
A - 4-10-18 em 09/01/1997
Ass: Camilly
Cabeceiras do Piauí*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Ata

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

Exames realizados

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Prontuário de saúde

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - CAUSAS ASSOC.

J358

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
URGÊNCIA GERAL
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

015-894543-34

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
27/03/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE 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 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
E220000002

49 - Nº DA AUT. DE INTERIORES

PJ CORRETORA DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

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)

50 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO,
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0168143
Data: 27/03/2018
Funcionario: JULIANA

Registro: 69402
Hora: 16:44:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 69

SUS

VENICE MARIA SOUSA SILVA

Nasc.: 09/01/1997 Idade: 21 ANOS, 2 MESES, 18 DIAS Profissão:

End.: LOCALIDADE NOVA VILA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cor: PARDA

Telefone: (86) 8147-6507

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA

Cidade: CABECEIRAS DO PIAUI/PI

Pai: ARISTEU FRANCISCO SILVA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

*pcte vindo de fratura de humero
do ombro, com dor e
deformidade.*

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Re. Ombro (D). fratura de humero

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 16:50:11

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: PCTE VINDO DE CABECEIRA COM FRATURA DE CABEÇA DE UMERU

Alergias: NEGA ALERGIA

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduita:

*Andréa Peres de Oliveira
Enfermeira
COREN-PI: 236.843*

236843 - ANDREA PERES DE OLIVEIRA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora: ____:____

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino: _____

VENICE MARIA SOUSA SILVA
VENICE MARIA SOUSA SILVA
Paciente ou Responsável

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA
3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA
Médico Responsável



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: Jenice da Silva ENF: Col 102

Sexo: M () F (x) Idade: 21a Estado Civil: Solteiro () Casado / União Estável (x)
Viúvo () Separado ()

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

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

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

Queixa principal: _____

4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

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

Doença renal () Alergias () Outros () Não

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

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

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

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

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

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

Rede venosa: Visível (x) Não visível ()

Edemas: Ausência () Presença (x) Local: mb Generalizado ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico (x) Bradpnéico () Taquipnéico () Dispnéico ()

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

Outras: _____

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

Dor abdominal () Dor epigástrica ()

Alimentação: Oral (x) Por SNG () Aceita normal () Aceita parcial () Não aceita ()

Hábito intestinal: Frequência diária (x) Diarréia () Constipado () Última evacuação: _____

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

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

Sono e repouso: Preservados (x) Insatisfatórios ()

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

SSVV: Tax°C: _____ P _____ R _____ PA _____

Medicações de uso regular: Não (x) Sim () Quais: Não

Diagnóstico de Enfermagem: Dor de intensidade hospitalar

Data: 27/03/18 Enfermeiro: _____

Dr. Alexandre Estany da S. Costa
EX-EMPREGADO
COREN-PI: 248.423
pe



Endereço:	109859
Data:	27/03/2018
Hora:	18:52

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

Nº AIH
NAYARA

BOLETIM DE ADMISSÃO

69402 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

OUTROS - Sexo: FEMININO - 09/01/1997 - 21 ANOS, 2 MESES, 18 DIAS

Clinica: CIRURGIA GERAL Enfermaria: CC01- CLINICA CIRURGICA - F Leito: CC0102 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

CPF: 073.311.063-09 RG: 3.871.481 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: LOCALIDADE NOVA VILA, Nº 0 - CEP: 64105-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2202059- CABECEIRAS DO PIAUI/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: ARISTEU FRANCISCO SILVA Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA

Responsável: FRANCIMAR SILVA NASCIMENTO - ESPOSO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

História Clínica

Parte inferior do abdômen doloroso

há 2 dias após a febre - 38,5°C

diagnóstico: enterite

com tratamento

em 12/03/2018

Atualmente sem dor e febre

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

Diagnóstico Provável

enterite aguda

DPVAT

SALMO MELO OLIVEIRA LIMA



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

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data impresso: 29/03/2018

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

Profissional

Assinatura

29/03/2018

10:	PACIENTE SEGUE NO 2º POR FRAT DE UMEMO E , CONSCIENTE , ORIENTADA, FASICA, EUPNEICA, NORMOCORADA, DEAMBULANDO, AVP MSE, SONO E REPOUSO SATISFATÓRIO, ECEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES + SEGUE AGUARDANDO AVALIAÇÃO DO ORTÓPERDISTA. <i>Diga 1</i>	CRISTIANE	<i>Cristiane Assis de Araujo</i> Enfermeira COREN PI 482.355
10:48	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 100/70, Temp.: 36,1, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	CRISTIANE	<i>Cristiane Assis de Araujo</i> Enfermeira COREN PI 482.355
17:12	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 100/60, Temp.: 36,6, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	CRISTIANE	<i>Cristiane Assis de Araujo</i> Enfermeira COREN PI 482.355





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 impresso: 30/03/2018

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00

Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102


30/03/2018

Sexo: F

Idade: 21 ANOS

PROFISSIONAL

ASSINATURA

9:2º	PCT SEGUE NO 3º DIH POR FRAT DE UNTERO "D", REGULADA, CONSCIENTE, ORIENTADA, RESPONSIVA AO DIALOGO, NORMOCORADA, HIDRATADA, HIGIENIZADA, SSVV	MICAELA MARIA CHAVES SILVA	 Rodolfo de Araújo COREN-PI 520.340 ENF
11:03	ESTAVEIS, ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SONO E REPOUSO SATISFATORIO, AGUARDA AVALIAÇÃO ORTOPEDICA.	FRANCISCA MIRTES RIBEIRO	
	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 120/80, Temp.: 36,2, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		



**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

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

Impresso: 30/03/2018 - 08:01:05

Pág.: 1/1

PACIENTE: I09859-VENICE MARIA SOUSA SILVA

IDADE: 21 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC01-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0102

ADMISSÃO: 27/03/2018

DIAS INTERNADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

30/03/2018 - 08:00:26

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	ENDOVENOSA (EV)	12/12H
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H
-SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML	1,00BS		
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H

CUIDADOS GERAIS

PCT COM FRATURA DE UMEROS D

14 GOTAS P.MIN

Rosa Maria da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN/PI 241829

AD S/N

SN

Rosa Maria da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN/PI 241829

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH





Impresso: 29/03/2018 - 08:16:47

Página: 1/1

CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

PACIENTE: 109859-VENICE MARIA SOUSA SILVA

IDADE: 21 Anos

sus

ENFERM/MARIA: CC01-CLINICA CIRURGICA - LETTO:CC0102

ADMISSÃO: 27/03/2018

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

29/03/2018 - 08:16:39

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00B5	ENDOVENOSA (EV)	12/12H
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H
-SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML	1,00B5		
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H
PARITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H
CLORURO DE SÓDIO 0,9% 500 ML			

PCT COM FRATURA DE UMEMO D

22:45 - 1A - 13x70
- Tax. 37.10¢ - Tree + Rosaburt
FC: 93
+ Penafels

Dr. Cesar Barros Rabelo

CRMA 1222-P1

ਅੰਤਰਿਕਸ਼

CEP: 5193.0653.842.84

1222 - CESAR BARROS RABELO

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: 31/03/2018 - 08:03:12
Pág.: 1/1

PACIENTE: 109859-VENICE MARIA SOUSA SILVA IDADE: 21 Anos SUS
ENFERMARIA: CC01-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0102 ADMISSÃO: 27/03/2018 DIAS INTERNADO: 4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

31/03/2018 - 08:02:29

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00 BS	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	14 GOTAS P MIN
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	
-SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML	1,00 BS			
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	AD S/M
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	SN
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	

CUIDADOS GERAIS

PCT COM FRATURA DE UMBRO D

TRAMAL (50mg/ml) / 1 ampola + 10ml SF0,5% EV 8h; 12h; 18h; 24h; 30h; 36h; 42h; 48h; 54h; 60h; 66h; 72h; 78h; 84h; 90h; 96h; 102h; 108h; 114h; 120h; 126h; 132h; 138h; 144h; 150h; 156h; 162h; 168h; 174h; 180h; 186h; 192h; 198h; 204h; 210h; 216h; 222h; 228h; 234h; 240h; 246h; 252h; 258h; 264h; 270h; 276h; 282h; 288h; 294h; 300h; 306h; 312h; 318h; 324h; 330h; 336h; 342h; 348h; 354h; 360h; 366h; 372h; 378h; 384h; 390h; 396h; 402h; 408h; 414h; 420h; 426h; 432h; 438h; 444h; 450h; 456h; 462h; 468h; 474h; 480h; 486h; 492h; 498h; 504h; 510h; 516h; 522h; 528h; 534h; 540h; 546h; 552h; 558h; 564h; 570h; 576h; 582h; 588h; 594h; 600h; 606h; 612h; 618h; 624h; 630h; 636h; 642h; 648h; 654h; 660h; 666h; 672h; 678h; 684h; 690h; 696h; 702h; 708h; 714h; 720h; 726h; 732h; 738h; 744h; 750h; 756h; 762h; 768h; 774h; 780h; 786h; 792h; 798h; 804h; 810h; 816h; 822h; 828h; 834h; 840h; 846h; 852h; 858h; 864h; 870h; 876h; 882h; 888h; 894h; 900h; 906h; 912h; 918h; 924h; 930h; 936h; 942h; 948h; 954h; 960h; 966h; 972h; 978h; 984h; 990h; 996h; 1002h; 1008h; 1014h; 1020h; 1026h; 1032h; 1038h; 1044h; 1050h; 1056h; 1062h; 1068h; 1074h; 1080h; 1086h; 1092h; 1098h; 1104h; 1110h; 1116h; 1122h; 1128h; 1134h; 1140h; 1146h; 1152h; 1158h; 1164h; 1170h; 1176h; 1182h; 1188h; 1194h; 1200h; 1206h; 1212h; 1218h; 1224h; 1230h; 1236h; 1242h; 1248h; 1254h; 1260h; 1266h; 1272h; 1278h; 1284h; 1290h; 1296h; 1302h; 1308h; 1314h; 1320h; 1326h; 1332h; 1338h; 1344h; 1350h; 1356h; 1362h; 1368h; 1374h; 1380h; 1386h; 1392h; 1398h; 1404h; 1410h; 1416h; 1422h; 1428h; 1434h; 1440h; 1446h; 1452h; 1458h; 1464h; 1470h; 1476h; 1482h; 1488h; 1494h; 1500h; 1506h; 1512h; 1518h; 1524h; 1530h; 1536h; 1542h; 1548h; 1554h; 1560h; 1566h; 1572h; 1578h; 1584h; 1590h; 1596h; 1602h; 1608h; 1614h; 1620h; 1626h; 1632h; 1638h; 1644h; 1650h; 1656h; 1662h; 1668h; 1674h; 1680h; 1686h; 1692h; 1698h; 1704h; 1710h; 1716h; 1722h; 1728h; 1734h; 1740h; 1746h; 1752h; 1758h; 1764h; 1770h; 1776h; 1782h; 1788h; 1794h; 1800h; 1806h; 1812h; 1818h; 1824h; 1830h; 1836h; 1842h; 1848h; 1854h; 1860h; 1866h; 1872h; 1878h; 1884h; 1890h; 1896h; 1902h; 1908h; 1914h; 1920h; 1926h; 1932h; 1938h; 1944h; 1950h; 1956h; 1962h; 1968h; 1974h; 1980h; 1986h; 1992h; 1998h; 2004h; 2010h; 2016h; 2022h; 2028h; 2034h; 2040h; 2046h; 2052h; 2058h; 2064h; 2070h; 2076h; 2082h; 2088h; 2094h; 2100h; 2106h; 2112h; 2118h; 2124h; 2130h; 2136h; 2142h; 2148h; 2154h; 2160h; 2166h; 2172h; 2178h; 2184h; 2190h; 2196h; 2202h; 2208h; 2214h; 2220h; 2226h; 2232h; 2238h; 2244h; 2250h; 2256h; 2262h; 2268h; 2274h; 2280h; 2286h; 2292h; 2298h; 2304h; 2310h; 2316h; 2322h; 2328h; 2334h; 2340h; 2346h; 2352h; 2358h; 2364h; 2370h; 2376h; 2382h; 2388h; 2394h; 2400h; 2406h; 2412h; 2418h; 2424h; 2430h; 2436h; 2442h; 2448h; 2454h; 2460h; 2466h; 2472h; 2478h; 2484h; 2490h; 2496h; 2502h; 2508h; 2514h; 2520h; 2526h; 2532h; 2538h; 2544h; 2550h; 2556h; 2562h; 2568h; 2574h; 2580h; 2586h; 2592h; 2598h; 2604h; 2610h; 2616h; 2622h; 2628h; 2634h; 2640h; 2646h; 2652h; 2658h; 2664h; 2670h; 2676h; 2682h; 2688h; 2694h; 2700h; 2706h; 2712h; 2718h; 2724h; 2730h; 2736h; 2742h; 2748h; 2754h; 2760h; 2766h; 2772h; 2778h; 2784h; 2790h; 2796h; 2802h; 2808h; 2814h; 2820h; 2826h; 2832h; 2838h; 2844h; 2850h; 2856h; 2862h; 2868h; 2874h; 2880h; 2886h; 2892h; 2898h; 2904h; 2910h; 2916h; 2922h; 2928h; 2934h; 2940h; 2946h; 2952h; 2958h; 2964h; 2970h; 2976h; 2982h; 2988h; 2994h; 3000h; 3006h; 3012h; 3018h; 3024h; 3030h; 3036h; 3042h; 3048h; 3054h; 3060h; 3066h; 3072h; 3078h; 3084h; 3090h; 3096h; 3102h; 3108h; 3114h; 3120h; 3126h; 3132h; 3138h; 3144h; 3150h; 3156h; 3162h; 3168h; 3174h; 3180h; 3186h; 3192h; 3198h; 3204h; 3210h; 3216h; 3222h; 3228h; 3234h; 3240h; 3246h; 3252h; 3258h; 3264h; 3270h; 3276h; 3282h; 3288h; 3294h; 3300h; 3306h; 3312h; 3318h; 3324h; 3330h; 3336h; 3342h; 3348h; 3354h; 3360h; 3366h; 3372h; 3378h; 3384h; 3390h; 3396h; 3402h; 3408h; 3414h; 3420h; 3426h; 3432h; 3438h; 3444h; 3450h; 3456h; 3462h; 3468h; 3474h; 3480h; 3486h; 3492h; 3498h; 3504h; 3510h; 3516h; 3522h; 3528h; 3534h; 3540h; 3546h; 3552h; 3558h; 3564h; 3570h; 3576h; 3582h; 3588h; 3594h; 3600h; 3606h; 3612h; 3618h; 3624h; 3630h; 3636h; 3642h; 3648h; 3654h; 3660h; 3666h; 3672h; 3678h; 3684h; 3690h; 3696h; 3702h; 3708h; 3714h; 3720h; 3726h; 3732h; 3738h; 3744h; 3750h; 3756h; 3762h; 3768h; 3774h; 3780h; 3786h; 3792h; 3798h; 3804h; 3810h; 3816h; 3822h; 3828h; 3834h; 3840h; 3846h; 3852h; 3858h; 3864h; 3870h; 3876h; 3882h; 3888h; 3894h; 3900h; 3906h; 3912h; 3918h; 3924h; 3930h; 3936h; 3942h; 3948h; 3954h; 3960h; 3966h; 3972h; 3978h; 3984h; 3990h; 3996h; 4002h; 4008h; 4014h; 4020h; 4026h; 4032h; 4038h; 4044h; 4050h; 4056h; 4062h; 4068h; 4074h; 4080h; 4086h; 4092h; 4098h; 4104h; 4110h; 4116h; 4122h; 4128h; 4134h; 4140h; 4146h; 4152h; 4158h; 4164h; 4170h; 4176h; 4182h; 4188h; 4194h; 4200h; 4206h; 4212h; 4218h; 4224h; 4230h; 4236h; 4242h; 4248h; 4254h; 4260h; 4266h; 4272h; 4278h; 4284h; 4290h; 4296h; 4302h; 4308h; 4314h; 4320h; 4326h; 4332h; 4338h; 4344h; 4350h; 4356h; 4362h; 4368h; 4374h; 4380h; 4386h; 4392h; 4398h; 4404h; 4410h; 4416h; 4422h; 4428h; 4434h; 4440h; 4446h; 4452h; 4458h; 4464h; 4470h; 4476h; 4482h; 4488h; 4494h; 4500h; 4506h; 4512h; 4518h; 4524h; 4530h; 4536h; 4542h; 4548h; 4554h; 4560h; 4566h; 4572h; 4578h; 4584h; 4590h; 4596h; 4602h; 4608h; 4614h; 4620h; 4626h; 4632h; 4638h; 4644h; 4650h; 4656h; 4662h; 4668h; 4674h; 4680h; 4686h; 4692h; 4698h; 4704h; 4710h; 4716h; 4722h; 4728h; 4734h; 4740h; 4746h; 4752h; 4758h; 4764h; 4770h; 4776h; 4782h; 4788h; 4794h; 4800h; 4806h; 4812h; 4818h; 4824h; 4830h; 4836h; 4842h; 4848h; 4854h; 4860h; 4866h; 4872h; 4878h; 4884h; 4890h; 4896h; 4902h; 4908h; 4914h; 4920h; 4926h; 4932h; 4938h; 4944h; 4950h; 4956h; 4962h; 4968h; 4974h; 4980h; 4986h; 4992h; 4998h; 5004h; 5010h; 5016h; 5022h; 5028h; 5034h; 5040h; 5046h; 5052h; 5058h; 5064h; 5070h; 5076h; 5082h; 5088h; 5094h; 5100h; 5106h; 5112h; 5118h; 5124h; 5130h; 5136h; 5142h; 5148h; 5154h; 5160h; 5166h; 5172h; 5178h; 5184h; 5190h; 5196h; 5202h; 5208h; 5214h; 5220h; 5226h; 5232h; 5238h; 5244h; 5250h; 5256h; 5262h; 5268h; 5274h; 5280h; 5286h; 5292h; 5298h; 5304h; 5310h; 5316h; 5322h; 5328h; 5334h; 5340h; 5346h; 5352h; 5358h; 5364h; 5370h; 5376h; 5382h; 5388h; 5394h; 5400h; 5406h; 5412h; 5418h; 5424h; 5430h; 5436h; 5442h; 5448h; 5454h; 5460h; 5466h; 5472h; 5478h; 5484h; 5490h; 5496h; 5502h; 5508h; 5514h; 5520h; 5526h; 5532h; 5538h; 5544h; 5550h; 5556h; 5562h; 5568h; 5574h; 5580h; 5586h; 5592h; 5598h; 5604h; 5610h; 5616h; 5622h; 5628h; 5634h; 5640h; 5646h; 5652h; 5658h; 5664h; 5670h; 5676h; 5682h; 5688h; 5694h; 5700h; 5706h; 5712h; 5718h; 5724h; 5730h; 5736h; 5742h; 5748h; 5754h; 5760h; 5766h; 5772h; 5778h; 5784h; 5790h; 5796h; 5802h; 5808h; 5814h; 5820h; 5826h; 5832h; 5838h; 5844h; 5850h; 5856h; 5862h; 5868h; 5874h; 5880h; 5886h; 5892h; 5898h; 5904h; 5910h; 5916h; 5922h; 5928h; 5934h; 5940h; 5946h; 5952h; 5958h; 5964h; 5970h; 5976h; 5982h; 5988h; 5994h; 6000h; 6006h; 6012h; 6018h; 6024h; 6030h; 6036h; 6042h; 6048h; 6054h; 6060h; 6066h; 6072h; 6078h; 6084h; 6090h; 6096h; 6102h; 6108h; 6114h; 6120h; 6126h; 6132h; 6138h; 6144h; 6150h; 6156h; 6162h; 6168h; 6174h; 6180h; 6186h; 6192h; 6198h; 6204h; 6210h; 6216h; 6222h; 6228h; 6234h; 6240h; 6246h; 6252h; 6258h; 6264h; 6270h; 6276h; 6282h; 6288h; 6294h; 6300h; 6306h; 6312h; 6318h; 6324h; 6330h; 6336h; 6342h; 6348h; 6354h; 6360h; 6366h; 6372h; 6378h; 6384h; 6390h; 6396h; 6402h; 6408h; 6414h; 6420h; 6426h; 6432h; 6438h; 6444h; 6450h; 6456h; 6462h; 6468h; 6474h; 6480h; 6486h; 6492h; 6498h; 6504h; 6510h; 6516h; 6522h; 6528h; 6534h; 6540h; 6546h; 6552h; 6558h; 6564h; 6570h; 6576h; 6582h; 6588h; 6594h; 6600h; 6606h; 6612h; 6618h; 6624h; 6630h; 6636h; 6642h; 6648h; 6654h; 6660h; 6666h; 6672h; 6678h; 6684h; 6690h; 6696h; 6702h; 6708h; 6714h; 6720h; 6726h; 6732h; 6738h; 6744h; 6750h; 6756h; 6762h; 6768h; 6774h; 6780h; 6786h; 6792h; 6798h; 6804h; 6810h; 6816h; 6822h; 6828h; 6834h; 6840h; 6846h; 6852h; 6858h; 6864h; 6870h; 6876h; 6882h; 6888h; 6894h; 6900h; 6906h; 6912h; 6918h; 6924h; 6930h; 6936h; 6942h; 6948h; 6954h; 6960h; 6966h; 6972h; 6978h; 6984h; 6990h; 6996h; 7002h; 7008h; 7014h; 7020h; 7026h; 7032h; 7038h; 7044h; 7050h; 7056h; 7062h; 7068h; 7074h; 7080h; 7086h; 7092h; 7098h; 7104h; 7110h; 7116h; 7122h; 7128h; 7134h; 7140h; 7146h; 7152h; 7158h; 7164h; 7170h; 7176h; 7182h; 7188h; 7194h; 7200h; 7206h; 7212h; 7218h; 7224h; 7230h; 7236h; 7242h; 7248h; 7254h; 7260h; 7266h; 7272h; 7278h; 7284h; 7290h; 7296h; 7302h; 7308h; 7314h; 7320h; 7326h; 7332h; 7338h; 7344h; 7350h; 7356h; 7362h; 7368h; 7374h; 7380h; 7386h; 7392h; 7398h; 7404h; 7410h; 7416h; 7422h; 7428h; 7434h; 7440h; 7446h; 7452h; 7458h; 7464h; 7470h; 7476h; 7482h; 7488h; 7494h; 7500h; 7506h; 7512h; 7518h; 7524h; 7530h; 7536h; 7542h; 7548h; 7554h; 7560h; 7566h; 7572h; 7578h; 7584h; 7590h; 7596h; 7602h; 7608h; 7614h; 7620h; 7626h; 7632h; 7638h; 7644h; 7650h; 7656h; 7662h; 7668h; 7674h; 7680h; 7686h; 7692h; 7698h; 7704h; 7710h; 7716h; 7722h; 7728h; 7734h; 7740h; 7746h; 7752h; 7758h; 7764h; 7770h; 7776h; 7782h; 7788h; 7794h; 7800h; 7806h; 7812h; 7818h; 7824h; 7830h; 7836h; 7842h; 7848h; 7854h; 7860h; 7866h; 7872h; 7878h; 7884h; 7890h; 7896h; 7902h; 7908h; 7914h; 7920h; 7926h; 7932h; 7938h; 7944h; 7950h; 7956h; 7962h; 7968h; 7974h; 7980h; 7986h; 7992h; 7998h; 8004h; 8010h; 8016h; 8022h; 8028h; 8034h; 8040h; 8046h; 8052h; 8058h; 8064h; 8070h; 8076h; 8082h; 8088h; 8094h; 8100h; 8106h; 8112h; 8118h; 8124h; 8130h; 8136h; 8142h; 8148h; 8154h; 8160h; 8166h; 8172h; 8178h; 8184h; 8190h; 8196h; 8202h; 8208h; 8214h; 8220h; 8226h; 8232h; 8238h; 8244h; 8250h; 8256h; 8262h; 8268h; 8274h; 8280h; 8286h; 8292h; 8298h; 8304h; 8310h; 8316h; 8322h; 8328h; 8334h; 8340h; 8346h; 8352h; 8358h; 8364h; 8370h; 8376h; 8382h; 8388h; 8394h; 8400h; 8406h; 8412h; 8418h; 8424h; 8430h; 8436h; 8442h; 8448h; 8454h; 8460h; 8466h; 8472h; 8478h; 8484h; 8490h; 8496h; 8502h; 8508h; 8514h; 8520h; 8526h; 8532h; 8538h; 8544h; 8550h; 8556h; 8562h; 8568h; 8574h; 8580h; 8586h; 8592h; 8598h; 8604h; 8610h; 8616h; 8622h; 8628h; 8634h; 8640h; 8646h; 8652h; 8658h; 8664h; 8670h; 8676h; 8682h; 8688h; 8694h; 8700h; 8706h; 8712h; 8718h; 8724h; 8730h; 8736h; 8742h; 8748h; 8754h; 8760h; 8766h; 8772h; 8778h; 8784h; 8790h; 8796h; 8802h; 8808h; 8814h; 8820h; 8826h; 8832h; 8838h; 8844h; 8850h; 8856h; 8862h; 8868h; 8874h; 8880h; 8886h; 8892h; 8898h; 8904h; 8910h; 8916h; 8922h; 8928h; 8934h; 8940h; 8946h; 8952h; 8958h; 8964h; 8970h; 8976h; 8982h; 8988h; 8994h; 9000h; 9006h; 9012h; 9018h; 9024h; 9030h; 9036h; 9042h; 9048h; 9054h; 9060h; 9066h; 9072h; 9078h; 9084h; 9090h; 9096h; 9102h; 9108h; 9114h; 9120h; 9126h; 9132h; 9138h; 9144h; 9150h; 9156h; 9162h; 9168h; 9174h; 9180h; 9186h; 9192h; 9198h; 9204h; 9210h; 9216h; 9222h; 9228h; 9234h; 9240h; 9246h; 9252h; 9258h; 9264h; 9270h; 9276h; 9282h; 9288h; 9294h; 9300h; 9306h; 9312h; 9318h; 9324h; 9330h; 9336h; 9342h; 9348h; 9354h; 9360h; 9366h; 9372h; 9378h; 9384h; 9390h; 9396h; 9402h; 9408h; 9414h; 9420h; 9426h; 9432h; 9438h; 9444h; 9450h; 9456h; 9462h; 9468h; 9474h; 9480h; 9486h; 9492h; 9498h; 9504h; 9510h; 9516h; 9522h; 9528h; 9534h; 9540h; 9546h; 9552h; 9558h; 9564h; 9570h; 9576h; 9582h; 9588h; 9594h; 9600h; 9606h; 9612h; 9618h; 9624h; 9630h; 9636h; 9642h; 9648h; 9654h; 9660h; 9666h; 9672h; 9678h; 9684h; 9690h; 9696h; 9702h; 9708h; 9714h; 9720h; 9726h; 9732h; 9738h; 9744h; 9750h; 9756h; 9762h; 9768h; 9774h; 9780h; 9786h; 9792h; 9798h; 9804h; 9810h; 9816h; 9822h; 9828h; 9834h; 9840h; 9846h; 9852h; 9858h; 9864h; 9870h; 9876h; 9882h; 9888h; 9894h; 9900h; 9906h; 9912h; 99



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

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1
Data Impressa: 31/03/2018

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS
Convenio: SUS
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102
31/03/2018

PROFISSIONAL		ASSINATURA
11:51	CLIENTE NO 5º DIH POR FRATURA DE UMBRO 2ª. REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERÊNCIA. CONSCIENTE, ORIENTADA, FÍSICA, EUPNEICA, DEAMBULANTE, NORMOTENSA, NORMOTERMICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, HIGIENIZADA, ACEITA A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO SATISFATÓRIO. SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO.	MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA Marcus Vinicius Goncalo de Sousa Enfermeiro COREN-PI 308.852
11:52	DIGO, FRATURA DE UMBRO "D". Pa: 120 x 80 mmHg, FC: 70 bpm, SpO2: 98% Janaia Gomes do Nascimento Téc. Enfermagem COREN-PI 446.545	MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA Marcus Vinicius Goncalo de Sousa Enfermeiro COREN-PI 308.852
12:00	Pa: 120/80, Temp.: 36,2, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA Marcus Vinicius Goncalo de Sousa Enfermeiro Téc. Enfermagem COREN-PI 446.545
16:58	Pa: 14/6, Temp.: 37,3, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	SILVANA MARIA DOS SANTOS PAZ Silvana Maria dos Santos Paz Enfermeiro COREN-PI 501412-AE





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 250
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 0653564000642
Tel.: (86) 3252-4546

Page 1 of 1
Data impresso: 01/04/2018

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00

Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

01/04/2018

Sexo: F

Idade: 21 ANOS

PROFISSIONAL

ASSINATURA

6:15	Pa: 100/70, Temp.: 36,4, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	LEIDIANE MARIA SOUSA OLIVEIRA	
6:15	Pa: 120/80, Temp.: 36,4, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	LEIDIANE MARIA SOUSA OLIVEIRA	
15:09	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 120x70, Temp.: 37,0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	MARIA DO DESTERRO PORTELA SILVA	Francisco Carlos de O. Sousa CORREN-PI 1082.459-TE
16:09	CLIENTE NO 6° DIH POR FRATURA DE UMBILICO "X". REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERENCIA. CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EUPNEICA, DEAMBULANTE, NORMOTENSA, NORMOTERMICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, HIGIENIZADA, ACEITA A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINACOES FISIOLOGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO INSATISFATORIO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO.	ANTONIO WENBERT SILVA DA COSTA	Amanda Pyragade Aguiar ENFERMEIRA CORREN-PI 505.162
17:29	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 130x90, Temp.: 37,2, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	MARIA DO DESTERRO PORTELA SILVA	Francisco Carlos de O. Sousa CORREN-PI 1082.459-TE




HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 250
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564/000642
Tel.: (86) 3252-4546

Page 1 of 2
Data impresso: 02/04/2018

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS
Convenio: SUS
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102
02/04/2018

		PROFISSIONAL	ASSINATURA
08:00	Pa: 120x80, Temp.: 36,3, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	ANTONIA ARAUJO SILVA	
12:00	Pa: 100/60, Temp.: 36,6, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	FRANCISCA MIRTES RIBEIRO	
13:27	Pa: 10x60, Temp.: 36,6, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	FRANCISCA MIRTES RIBEIRO	
13:58	PCT INTERNADO POR FRATURA DE UMEROS D, REGULADA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, DEAMBULANDO, NORMOCORADA, EUPNEICA, AFEBRIL, NORMOTENSA, SSVV ESTAVEIS, SONO REGULAR, ACEITANDO DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEM QUEIXA DE DOR, EM USO DE TIPOIA AMERICANA. HIGIENIZADA. AGUARDANDO SENHA DE TRANSFERENCIA.	MICAELA MARIA CHAVES SILVA	 Assinatura de Micaela Maria Chaves Silva COREN-PI Nº 419.371
15:00	AINDA NÃO FOI LIBERADO SENHA/VAGA DA PCT, QUE SEGUE AGUARDANDO.	JULIAN DANIELE CUNHA RIBEIRO	
15:20	PROCEDIMENTO EXECUTADO: CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	JULIAN DANIELE CUNHA RIBEIRO	
17:58	Pa: 100/60, Temp.: 36, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	FABIANA RIBEIRO DE ABREU	

do Hospital

JPG Soluções em Informática (85) 9944-5764



Assinado eletronicamente por: LETICIA LEITE CAVALCANTE DE MACEDO - 12/03/2019 09:12:14
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031209121403900000004289297>
Número do documento: 19031209121403900000004289297

Num. 4459937 - Pág. 8



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 impresso: 03/04/2018

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

03/04/2018

		PROFISSIONAL	ASSINATURA
6:01	Pa: 100/70, Temp.: 36,7, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	ANA FLAVIA GOMES SOUSA	
10:18	PACIENTE NO 8 DIH POR FRATURA DE ÚMERO DIREITO, REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERÊNCIA, CONSCIENTE, ORIENTADA, COMUNICATIVA, EUPNEICA, FÁSICA, DEAMBULANDO, HIGIENIZADA, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SONO E REPOUSO SATISFATÓRIOS, ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES(SIC). AVP EM MSE PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. SEGUE EM REPOUSO NO LEITO SEM QUEIXAS NO MOMENTO E SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	ARTEMES ELLAINY DA SILVA COSTA	Dra. Artemes Ellainy da S. Costa ENFERMEIRA CORENO. 249.837
12:00	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 120/70, Temp.: 36,3, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	ARTEMES ELLAINY DA SILVA COSTA	Dra. Artemes Ellainy da S. Costa ENFERMEIRA CORENO. 249.837
13:30	CLIENTE COM QUEIXA DE CEFALEIA E CALAFRIOS. FEITO MEDICAÇÃO PRESCRITA. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.	ARTEMES ELLAINY DA SILVA COSTA	Dra. Artemes Ellainy da S. Costa ENFERMEIRA CORENO. 249.837
18:00	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 100/60, Temp.: 36,5, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	ARTEMES ELLAINY DA SILVA COSTA	Dra. Artemes Ellainy da S. Costa ENFERMEIRA CORENO. 249.837



Coelho



SECRETARIA DE SAÚDE I
HOSPITAL GETÚLIO

OBS: PROCESSO DEVOLVIDO
DIA 11-07-18, PRONT. NÃO
TINHA VINDO -
TE. 16-07-18

Alérgica
a Dipirona

unipauy

105-3

Venice Maria Sousa Silva

Dr. Raul Glauson

PRONTUÁRIO MÉDICO

634825
23.04.18

PACOTE
MAIO 18

TE. 16-07-18

INTERNAÇÃO REGULAÇÃO

Wig.

ORTOP
04/18

28 MAI 2018

AUDITORIA
28 05 18

Exatidão
Fiscal

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



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

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM				DATA: <u>10.6.18</u> HORA: <u>22:30</u>		
I - IDENTIFICAÇÃO						
Nome: <u>VENICE DE SOUSA SILVA</u>				Data de Nascimento: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		
Cidade de origem: <u>CABOTA - CAMP. MUN.</u>						
II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL						
Religião/Crença: <u> </u>				2 ITÊNS POSITIVOS: ACIONAR SERVIÇO SOCIAL		
Profissão: <u>AVIA DOA</u>						
Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental (X) Ensino médio () Superior						
Barreira na comunicação: (X) Não () Sim						
Qual: <u> </u>						
Apresenta déficit: (X) Não () Sim - Tipo: () Visual () Auditivo () Motor						
() Outros: <u> </u>						
Transtorno mental: (X) Não () Sim						
Qual: <u> </u>						
III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)						
(X) Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes <i>melitus</i> () Cardiopatias () Câncer						
() Tabagismo () Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outra Qual: <u> </u>						
Alérgia (X) Sim () Não Qual: <u>DIA DOA (injetável)</u>						
Faz uso de medicamentos? () Não () Sim						
NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO
ACIONAR FARMACEUTICO						
Resultados de exames (vindo com o paciente): () Não () Sim Quais: <u> </u>						
IV - EXAME FÍSICO						
a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS						
Altura: <u>1,51</u> (m) Peso: <u>62</u> (Kg) IMC: <u> </u>						
Dor: () Não () Sim, Localização: <u> </u>						
Características: <u> </u>						
b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						
(X) Consciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Torporoso						
ESCALA DE COMA GLASGOW: <u>15</u>						
c) ASPECTO EMOCIONAL: (X) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico						
() Agressivo (X) Triste () Outra alteração Qual: <u> </u>						
d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS						
Perda de peso nos últimos 3 meses: () Não () Sim, Peso perdido: <u> </u> (Kg)						
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nefropatia Obesidade mórbida III (IMC>50Kg/m2)						
(X) Não se aplica						
2 ITÊNS POSITIVOS: ACIONAR A NUTRICIONISTA (Atenção nutricional)						

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL



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 () Midríaticas () 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: 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 () Hipoativos Estomias: () Não () Sim Qual: _____ Tipo de Dieta: () Enteral () Parenteral Vias: () Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcialmente Eliminações 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: () Parestesia Qual lateralidade? _____ Déficit motor: () Não () Sim Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () 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 () Desidratada () Normocorada () Hipocorada () Icterícia () Edema () Lesionada Local: _____ Escala de Braden: _____ Risco de pele lesão por pressão: () Sim () Não Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável ()	
k) APARELHO GENITOURINÁRIO	





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUI
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 31

NOME: Venice Mª Jose Silva DN: 1/1/1941 DATA DE ADMISSÃO: 18/4/18
CLÍNICA: Ortopedia ENF./LEITO: 105 / 03 HORÁRIO: 22:30

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 18/4	DATA 20/4	DATA 21/4	DATA 1/5	DATA 1/5	DATA 1/5	DATA 1/5
() Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrição). 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 alguma 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)							
(X) 80 anos e mais (3 pontos)	3	3					
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável).							
() Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)	0	0					
Eliminação: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção)							
() Incontinência (2 pontos)	0	0					
() Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)	0	0					
() Urgência/aumento da frequência de incontinência (4 pontos)	0	0					
() Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)	0	0					
() Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)	0	0					
() Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)	0	0					
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)	2	2					
(X) Dois equipamentos (2 pontos)	2	2					
() Três ou mais equipamentos (3 pontos)	2	2					
Mobilidade (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
(X) Marcha instável (2 pontos)	2	2					
() Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)	2	2					
() Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)	2	2					
Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)	0	0					
() Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos)	0	0					
() Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)	0	0					
Somatória dos pontos							
Baixo risco: escore de 0-5 pontos	7	7					
Risco Moderado: escore de 6-13 pontos							
Alto Risco: escore > 13 pontos							

MOD.131 - HGV





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

ANEXO 01

BAIXO RISCO	MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME RISCO						
	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
Não deixar o ambiente totalmente escuro.	18/04	20/04	22/04	/	/	/	/
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.	/	/	/	/	/	/	/
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.		X	X				
Orientar necessidade de acompanhante.		X	X				
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito.		X	X				
Manter ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.	/	X	X				
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 enfermeiro.		/	/				

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.

Assinatura (paciente/acompanhante):

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.

Leticia Leite Cavalcante de Macedo
Enfermeiro / Coren

MOD.131 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 16/04/2019
Edna



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Orgão Emissor: M221100001

AIH : 221810104969-2

UNI : HGV

VENICE MARIA SOUSA SILVA

NASCIMENTO

09/01/1997

D.LIBERA: 23/04/2018

DT. LAUDO: 19/04/2018

PROCED.: 0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA

OP.SIST: GILDETE

CID : S423

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL
CRM 1102-PI - C. 123-00
SUS 980010012-5516

limento

1825

Identificação do Paciente

5 - Nome: VENICE MARIA SOUSA SILVA

6 - Prontuário: 360022

7 - CNS: 206451370190008

8 - Nascimento: 09/01/1997

9 - Sexo: F

CPF: 073.311.063-09

11 - Mãe: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA SOUSA

12 - Fone: 86-9.81203838

13 - Resp: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA SOUSA

14 - Cor: sem Ident

15 - Ender.: POV CABECEIRA 0

ZONAN RURAL 19 - CEP: 64280-970

16 - Munic: CAMPO MAIOR

17 - Cod. IBGE: 220220

18 - UF: PI

RG: 38714-81481

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Lesões visíveis de acidente de motocicleta
com fratura de úmero

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de TPO Cirúrgico

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

Acromioclavicular + R

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S423

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

Tempo SUS

2

29 - Clínica:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

30 - Carater.: 02

Ident.: 1

31 - Documento:

CPF

32 Doc. Med. Solic.

00479824380

33 - Nome Profissional / Assistente

RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

34 - Data de Solicitação:

19/04/2018

Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3918 TEOT: 13135

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

23/04/18

48 - Documento

49 - Num. Documento

Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Maria da Conceição da Silva Sousa

Usuário: JESUS.SOUSA

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão 9:21:52



AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.534/0104-43

Atendimento:
634825

Prontuário: 360022 VENICE MARIA SOUSA SILVA

Endereço: POV CABECEIRA

0 ZONAN RURAL

Cidade: CAMPO MAIOR

UF:PI CEP: 64280-970

Sexo: F DT. Nasc: 09/01/1997 (Idade: 21 Anos 3 Meses 10 Dias Estado Civil: U Profissão: DO LAR

Cadastro: 19/04/2018 Telefone: 86 9812.03838 Cartão SUS: 206451370190008 CPF: 07331106309

Pai: ARISTEU FRANCISCO SILVA

Mãe: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA SOUSA

Cônjuge:

Responsável: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA SOUSA

Endereço: JOSE PAULINO

0 CENTRO

Cidade: 3151

UF:PI CEP: 64280-970

Funcionário do SAME

Queixa Principal:

Fx de membro

H.D.A.

Ant. Pessoais:

NDU

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

*Paciente vítima de acidente de
aparelhagem há uns anos fx do mte*

Diagnóstico:

Fx do membro

Plano Terapêutico:

Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 2918 RCB: 13135

Data / Hora:

15/04/18

11:00

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: VENICE MARIA SOUSA SILVA	Nascimento: 09/01/1997	Estado Civil: União
Prontuário: 360022		
Cartão SUS: 206451370190008		

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

Representante / Responsável Legal	
Nome: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA SOUSA	CPF:
Estado Civil: União Estável	
Parentesco: MAE	

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/c
do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. Queda de dentes
2. Infecção
3. Lesão do T. Radial
4. _____
5. _____

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

Teresina (PI), 19/04/2018

X Venice Maria Sousa Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Celso Antônio de Sá Almeida
Assinatura do Médico Responsável
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 13135



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
ANESTESIA**

DADOS DO PACIENTE
Nome: Renata Maria Sousa Silva
Ponto: _____ Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____
Cartão do SUS: _____

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL
Nome: _____
Estado Civil: _____ Nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____
Parentesco: _____ Residente em: _____

Eu, _____
Responsável pelo paciente acima citado, que é portador da doença _____
devido ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a sua doença e ao procedimento que será submetido, tais como:

1. Alergia
2. Anestesia
3. Hemorragias
4. Hipóxia LDR deficiente
5. Peri Outo
Outros

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Responsabilização está em conformidade com a Lei 8.073/90 pelo Código de Ética Médica nos seus artigos 46 e 90.

Teresina (PI), 20 de 04 de 2018.

Maria da Conceição da Silva Sousa
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

[Assinatura]
Assinatura do Médico Responsável - CRM
Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 85-3221-3040





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO P HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉS

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

NOME: Renata Maria Sousa Silva

Cirurgia Proposta: amuro

Cirurgião: _____

SEXO ☐ M ☐ F Idade: _____

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

SISTEMA CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Palpitação	<input type="checkbox"/> Edema MMII	<input type="checkbox"/> Dor precordial
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cianose
SISTEMA DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> Dor epigástrica	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Hepatite
SISTEMA UROGENITAL	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Poliúria	<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 locomoçã
SISTEMA NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Parestesias

Medicamentos em Uso: negar

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

Cirurgias / Anestésias anteriores: negar

Intercorrências: _____

Hemotransfusão: negar

Antecedentes Familiares:

☐ Tabagismo

☐ Etilismo

☐ Uso de Tóxicos

☐ Alergias: DIPIRONA
RANITIDIN

EXAME FÍSICO

Estado Físico: BEG

EG: (P1)

Avaliação via aérea: _____

Mallampati: I

Peso: _____

Mobilidade pescoço: OK

Altura: _____

PA: 110

Distância esterno/mento: < 12,5cm

> 12,5cm

SCV: NDN

SR: _____

Outros: _____

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS: 19/04/2018.

HT: _____ (%) 32,70

HB (g%): 11,00

Plaquetas (mm3): 352000

TPa: _____

TP: _____

Ionograma (K): _____

Na: _____

Ca: _____

K: _____

Outros: _____

Glicemia: 102

Uréia: 29

Creatinina: 0,164

RX do Tórax: _____

ECG: normal

Risco Cirúrgico: _____

Parecer Cardiológico: _____

Outros Exames: _____

CONDUTA:

Liberado: ☒ SIM

☐ NÃO

Observação: _____

ORIENTAÇÃO:

Jejum: 8h

Medicação: _____

Cuidados: _____

Anestesia Proposta: ACA

Data consulta: 20/04/18

Hora: _____

Assinatura Médico / CRM / Carimbo: _____

MOD. 95-HGV

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

31 JUL 2018

DPVAT

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

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

500 Cordeas

Assinado eletronicamente por: LETICIA LEITE CAVALCANTE DE MACEDO - 12/03/2019 09:12:14

Num. 4459940 - Pág. 11

https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031209121410400000004289300

Número do documento: 19031209121410400000004289300

PACIENTE		PROCEDIMENTO		PRESSÃO ARTERIAL		DEMOLOGIA		OXIGÊNIO		SEQUELÊNCIA	
NOME	DATA DE NASC.	IDADE	PESO	SEXO	ESTADO FÍSICO ASA	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	UREIA	CREATININA
Letícia Leite Cavalcante de Macedo	12/03/2019	36	60	F	ASA II	SpO2 98%	36.5	60	1.60	10	0.8

MEDICAMENTOS UTILIZADOS:	
Narcotina	Amp
Mepronidazolo	Amp
Morfina	Amp
Isoturano	Amp
Hidrocodona	Amp
Sedativo	Amp
Fentanil (200mcg)	Amp
Fentanil (50mcg)	Amp
Efedrina	Amp
Etorb	Amp
Dopamina	Amp
Neostigmina	Amp
Nipride	Amp
Noradrenalina	Amp
Neocelina	Amp
Omeprazol	Amp
Pantoprazol	Amp
Propofol	Amp
Proclonina	Amp
Cuclonina	Amp
Letipranta	Amp

MEDICAMENTOS UTILIZADOS:	
Remifentanyl	Amp
Ranitidina	Amp
Ringer-Lactado	Amp
Sufentanil	Amp
S. Fisilog. 0.9%	Amp
S. Glucosado 5%	Amp
Tracrium	Amp
Transamin	Amp
Novabup 0.5 v	Amp
Lidocaina 2% v	Amp

GASES	
PAO2	100
PaO2	100
PaCO2	40
pH	7.35
HCO3-	24
Base Excess	0

GASES	
PAO2	100
PaO2	100
PaCO2	40
pH	7.35
HCO3-	24
Base Excess	0

GASES	
PAO2	100
PaO2	100
PaCO2	40
pH	7.35
HCO3-	24
Base Excess	0

Anestesiologia - CFM

Entregue:	() EX. LABORATORIAIS	() RX	() RECETA MÉDICA	() ATESTADO MÉDICO	() F. NÃO PADRONIZADO
Combinado a:	() UN	() RX	() EXTERNO		

AValiação de Enfermagem:

TOTAL DE PONTOS
APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS

Atenção SpO₂ > 92% em ar ambiente = 2
Atenção SpO₂ > 90% em O₂ = 1
Atenção SpO₂ < 90% em O₂ = 0

SpO₂

20% do nível pré-anestésico = 2
30 - 49% do nível pré-anestésico = 1
50% do nível pré-anestésico = 0

CIRCULAÇÃO (PA)

Atenção = 1
Atenção ou tosse livremente = 2
Atenção, disponível = 0

RESPIRAÇÃO

Mov. 4 extremidades = 2
Mov. 2 extremidades = 1
Não movimento = 0

ATIVIDADE MOTORA

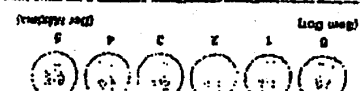
Completamente acordado = 2
Responde ao chamado = 1
Não responde ao chamado = 0

CONSCIÊNCIA

MODIFICADO

ÍNDICE DE ALBERTE-KROULINK

Admissão 30' Salda



CONTROLES

ESCALA DA ESCORE DA DOR

PUNÇÃO VENOSA CENTRAL ()
SONDA NASOGÁSTRICA ()
SONDA NASOENTRAL ()
SONDA VESICAL DE DEMORA ()
DRENO DE KÉR ()
DRENO PENROSE ()
DRENO TORAX ()
DRENO SUÇÃO ()
DRENO LAMINAR ()
OCLOSTOMIA ()
GASTROSTOMIA ()
TRAQUEOSTOMIA ()

RESPONSÁVEL PELA CHECKAGEM:

EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	SALDO
P.A. 11x52(78)						
F.C/PULSO						
TEMPERATURA						
OXIMETRIA						

TIPO DE ANESTESIA:

CIRURGIA REALIZADA:

DATA: 21-04-2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A:

LEITO DE RECUPERAÇÃO:

PACIENTE:

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

MOD. 90 - HGV

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SÉRINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml	500	frasc	02	AGULHA DE RAQUE Nº	und
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml	500	frasc	01	AGULHA PERIDURAL Nº	und
SORO GLUCOSADO 5% - ml		frasc		AGULHA 25x7	und
RINGER LACTADO		frasc		AGULHA 30x7	und
ÁGUA DESTILADA		frasc		AGULHA 40x12	und
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml		amp		AGULHA DE INSULINA	und
MANITOL 3% 2000 ml		frasc		ESCALP Nº	und
FORMOL				JELCO Nº	und
ÁGUA OXIGENADA		ml		SERINGA DE 60ml	und
ALCOOL 70%		ml		SERINGA DE 20 ml	und
P.V.P. DEGERMANTE		ml		SERINGA DE 10 ml	und
P.V.P. TÓPICO		ml		SERINGA DE 5ml	und
CLOREXIDINA		ml		SERINGA DE 3ml	und
BSS 800ml		frasc		SERINGA DE 1ml	und
VOLUVÉM 8% 500ml		frasc			
			DRENOS		
FIOS			DRENO DE PENROSE Nº		
NAYLON Nº	2.0	Und	02	DRENO DE SUÇÃO Nº	und
NAYLON Nº		Und		DRENO DE TORAX Nº	und
CAT GUT SIMPLES Nº		Und		DRENO DE KIER Nº	und
CAT GUT CROMADO Nº		Und			
CAT GUT CROMADO Nº		Und		OUTROS MATERIAIS	
ALGODÃO C/ AGULHA Nº		Und		LAMINA DE BISTURI Nº 24	Und
ALGODÃO S/ AGULHA Nº		Und		LAMINA DE BISTURI Nº	Und
VICRYL Nº		Und		GASES	pct
VICRYL Nº		Und	02	ESPARADRAPO	cm
PROLENE Nº		Und		MICROPORE	cm
PROLENE Nº		Und		COMPRESSAS	Und
MONOCRYL Nº		Und		ALGODÃO	Und
PDS Nº		Und		EQUIPO MACROGOTAS	Und
LUVAS				EQUIPO	Und
PROCEDIMENTO				EQUIPO P/ SANGUE	Und
ESTÉRIL Nº	1.5	PAR	06	TORNEIRINHA	Und
ESTÉRIL Nº	2.0	PAR		POLIFIX	Und
ESTÉRIL Nº		PAR		TRANSOFIX	Und
		PAR		ERIGOPLAS - VIAS	Und
		PAR		ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	Und
SONDAGEM				CATETER DUPLO "J"	Und
SONDA URETRAL Nº		Und		CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	Und
SONDA DE FOLEY 2V Nº		Und		TUBO OROTRQUEAL Nº	Und
SONDA DE FOLEY 3V		Und		FILTRO BACTERIOLOGICO P/TOT	Und
SONDA NASOGÁSTRICA Nº		Und		CAPA PARA VIDEO	Und
SONDA NASOENTERAL Nº		Und		CAPA PARA MICROSCOPIO	Und
COLETOR DE URINA FECHADO		Und		LENTE INTRA OCULAR Nº	Und
COLETOR DE URINA ABERTO		Und			
XYLOCAÍNA GELÉIA 2%		tub			
SONDA RETAL Nº		Und			
VASELINA		tub			

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

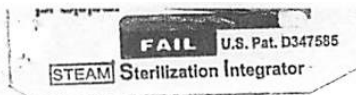
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 16/03/2018
dona Maria Annyada
SIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-2

CIRCULANTE-COREN

HORA _____

Fátima Sobrinho
INSTRUMENTADORA-COREN





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Ortopedia LEITO: 105-03 PRONTUÁRIO: 360022
NOME: Venice Maria Souza Silva DATA NASC: 09/01/1997
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Ulnar

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Fratura Ulnar Nº SALA: 11
CIRURGIÃO: Dr. Glauson CRM-PI: 2775 / TEOT 1804
AUXILIARES: 1º Dr. Fabr 2º

INSTRUMENTADOR(A): Frátima Sobrinha CIRCULANTE: Endeane

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Parto com lâmina longa
de 20cm, com 15cm de comprimento
com 1cm de largura, com 1cm de espessura
com 1cm de largura, com 1cm de espessura
com 1cm de largura, com 1cm de espessura
COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Dep 1 de 12cm, hemorragia
com 1cm de largura, com 1cm de espessura

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO:

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

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

DATA: 21/04/18 HORA:

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL



COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: <u>Yenisei Maria Souza Sales</u>		DATA DE NASCIMENTO: <u>09/01/87</u>	Prontuário: <u>210418</u>	Data: <u>21/04/18</u>
CHECAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		CHECAGEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		
Responsáveis: Cirurgião (S), Auxiliar, Anestesiista, Enfermeira (O), Instrumentador(a) e Circulante		CHECAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA		
Identificação (SIGN-IN)		Confirmações (TIME-OUT)		Registros (CHECK-OUT)
Confirmar com o paciente: Identidade (nome e Data de nascimento): <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Jejum? <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Quantas horas? _____ () Não Procedimento programado _____ Sítio demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica Usar dispositivo médico? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Está na sala e conferido? Consentimentos informados preenchidos e assinados: Para a anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Para a cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Exames de Imagens essenciais estão disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário): <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não O paciente possui alergia? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Quais? <u>DIPLOMA</u> <input checked="" type="checkbox"/> paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Equipamentos para assistência disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/Kg)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não em acesso endovenoso adequado <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não em reserva de sangue <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não		Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(o): <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente (nome e data de nascimento) <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento programado <input checked="" type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico demarcado Placa de bisturi posicionada corretamente: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica Antecipação de eventos críticos: Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista? <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Qual? _____ <input checked="" type="checkbox"/> Não Equipe de anestesiista: alguma preocupação específica com o paciente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Qual? _____ <input checked="" type="checkbox"/> Não Checagem da equipe de enfermagem: Todos os instrumentais estão disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Todos os instrumentais estão esterilizados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Todos os equipamentos necessários estão disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não		Procedimento realizado: _____ Contagem das compressas correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica Contagem de agulhas correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica As amostras/biópsias para a anatomia patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento; local anatômico de origem; quantidade de amostras)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica Registros completos no prontuário: Do procedimento intraoperatório <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Do procedimento anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Todos os medicamentos administrados foram registrados e checados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Não se aplica Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Qual? _____ <input checked="" type="checkbox"/> Não
Cirurgião	Anestesiista	Instrumentador (a)	Circulante	Enfermeira (O)

IOD.135-HGV

COPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 01065-4



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: VENICE MARIA SOUSA SILVA PRONT.: 0000360022 ATEND.: 0000634825
CNS: 206451370190008 DATA NASCIMENTO: 09/01/1997 SEXO: Feminino
RAÇA/COR: ETNIA DO PACIENTE: CPF: 07331106309
NOME DA MÃE: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA SOUSA FONE: 981203838
RESPONSÁVEL: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA SOUSA FONE: 981203838
ENDEREÇO: POV CABECEIRA N.º: 0
MUNICÍPIO: CAMPO MAIOR UF: PI CEP: 64280970

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null
CID PRINCIPAL	CID SECUNDARIO
CID REL. PROCED null	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	0408020393	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)	0802010016	3
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)	0702030310	1
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

PCTE. NECESSITA DE ACOMPANHANTE.

Dr. Francisco Fábio S. Silvestre
CRM-PI 2833
ORTOPEDIA
CIRURGIÃO DO PÉ E TORNZELO

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



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

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

Qual(is):

Qual o ano:

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

() 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:

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

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Assinatura (Paciente ou Responsável)

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

AValiação DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

PERCEÇÃO SENSORIAL	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	<input checked="" type="radio"/> 4. NENHUMA LIMITAÇÃO
UMIDADE	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	<input checked="" type="radio"/> 4. RARAMENTE MOLHADA
ATIVIDADE	1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	<input checked="" type="radio"/> 4. ANDA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	<input checked="" type="radio"/> 4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
NUTRIÇÃO	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE	3. ADEQUADO	<input checked="" type="radio"/> 4. EXCELENTE
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 16/03/2019
Edna Maria A. S.



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

(Realizar antes do paciente ir para o CC)

NOME: Vinice Maria Sousa Silva

DN: 09/06/97

09-01-97

CLÍNICA: Optopedica

DATA: / /

HORÁRIO: : :

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHE
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 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 SSVV no prontuário (incluir a dor)	
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao CC no prontuário	
15	Solicitar o maqueiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas, acompanhado pelo técnico de enfermagem obrigatoriamente	

OBS: DEVER Á 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

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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL





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: VENICE MARIA SOUSA SILVA

Prontuário: 360022

Atendimento: 634825

Dt. Nasc.: 09/01/1997

Idade: 21a 3m 13d

Sexo: F

Dados da Solicitação:

Pedido: 97961

Data Pedido: 22/04/2018

Médico Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

Setor Solicitante: CL. ORTOPEDICA

Unid. Internação / Leito: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT105

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.04.005-1

Data do Laudo: 23/04/2018

RADIOGRAFIA DO BRACO DIREITO

RELATÓRIO: O estudo radiológico do braço direito realizado nas incidências AP/PERFIL demonstra:

- Fratura rexcente alinhada na diafise umeral fixada com placa e parafusos metalicos.
- Edema de partes moles.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/05/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-9





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

ortop

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **VENICE MARIA SOUSA SILVA**

Prontuário: **360022**

Atendimento **634825**

Dt. Nasc.: **09/01/1997**

Idade: **21a 3m 13d**

Sexo: **F**

Dados da Solicitação:

Pedido: **97575**

Data Pedido: **19/04/2018**

Médico Solicitante: **RAUL RUBEN DE MACEDO NETO**

Setor Solicitante: **CL. ORTOPEDICA**

Unid. Internação / Leito: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / ORT105**


Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.04.005-1**

Data do Laudo: **23/04/2018**

RADIOGRAFIA DE UMEROS DIREITO

- Fratura transversa completa recente desalinhada na diafise umeral.
- Edema de partes moles.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

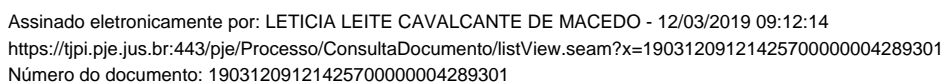


PRESCRIÇÃO MÉDICA

MOD. 09-HGV

Dr. Francisco Fábio S. Silvestre
CRM/PI 2833
ORTOPEDIA
CIRURGIA DO PÉ E TORNOZELO

CONFIRMED COPY
CONFERENCE ROOM ORIGINAL
16/09/78
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PROTOCOLO DAT: 09/08/79





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:
634825

Nome: VENICE MARIA SOUSA SILVA		Idade: 21 Anos 3 Meses 10 Dias		Sexo: F	Prontuário: 360022
Mero: POV CABECEIRA		Nº: 0	Bairro: ZONAN RURAL	Cidade: CAMPO MAIOR	
DT. Nasc: 09/01/1997	Profissão: DO LAR	Telefone: 86 -9812.03838	CPF: 073.311.063-09	Cartão SUS: 206451370190008	

Admissão: 04/2018	Alta: 1 / 1 às 12:00	Permanência:
--------------------------	------------------------------------	--------------

Diagnósticos:

CID Principal:	S423
CID Secundário:	W199
CID Causa Morte:	

Situação na Admissão: **febre de 10 dias**

Evolução e Situação na Alta: **Alta**

Medicações Utilizadas: **penicilina**

Cirurgia: Data: **1 / 1** Tipo: **função**

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência: **curativa**

PJ CORRETORA DE SEGUROS

31 JUL 2018

DPVAT

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: **curativa**

Vaga cedida por: **Dr. Antônio de Fátima**

Transporte: **CRM PI 8829**

Nome: **Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente**



SINISTRO 3180464579 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VENICE MARIA SOUSA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO

JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

BENEFICIÁRIO VENICE MARIA SOUSA SILVA

CPF/CNPJ: 07331106309

Posição em 07-02-2019 10:14:24

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/10/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75
21/11/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

