



Número: **0802077-75.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JESSE SOARES CABRAL (AUTOR)	GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41693 73	29/01/2019 17:00	Petição Inicial	Petição Inicial
41693 81	29/01/2019 17:00	JESSE 10082018_	Documentos
41693 84	29/01/2019 17:00	JESSE 10082018_procuração	Documentos
41693 86	29/01/2019 17:00	JESSE 1110082018 (1)	Documentos
41693 90	29/01/2019 17:00	JESSE 1122210082018	Documentos
41693 92	29/01/2019 17:00	ADITIVO_CONVENIO_TJPI_LIDER	Documentos
41695 45	29/01/2019 17:00	subst_JESSE	Documentos

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA _____
VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA- PI.**

Justiça Gratuita

JESSE SOARES CABRAL, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF nº 041.867.783-29, residente e domiciliado na Quadra 06, Casa 10, Bairro Satélite, Teresina/PI, vem, perante Vossa Excelência, por seu procurador devidamente habilitado, com endereço profissional constante no timbre, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, Código FIP: 03271, com endereço na Rua Assembleia, nº 100, 17º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20011-904, pelas razões fáticas e jurídicas que passa a explanar:

DAS PRELIMINARES

Inicialmente, requer que Vossa Excelência conceda os benefícios do art. 5º LXXIV da Constituição Federal e Lei 1060 de 05/02/50, por não possuir o requerente capacidade financeira para arcar com as custas judiciais sem comprometer o sustento próprio e de sua família.

DA SINOPSE FÁTICA



A requerente, no dia 18/03/2016, aproximadamente às 02:30h, sofreu grave acidente de trânsito do qual resultou sua invalidez permanente, fato este registrado junto à autoridade policial e laudos médicos, conforme documentação acostada à exordial.

Verifica-se que **o requerente encontra-se incapacitado para as ocupações habituais, não havendo nenhuma possibilidade de recuperação significativa ou de cura**, conforme os documentos encartados nesta inicial, os quais são suficientes para a comprovação dos danos sofridos pelo mesmo.

Os danos são inegáveis, o que poderá ser devidamente comprovado em audiência. O requerente, em virtude do aludido acidente, teve sérios danos causados à sua integridade física, dentre os quais **lesões na coluna e perna direita, RESULTANDO EM DEBILIDADE PERMANENTE (limitação funcional), ARTRODESE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE 95%**, tudo fartamente comprovado pelos laudos em anexo.

Como é notório, o Seguro Obrigatório tem por finalidade dar proteção financeira às vítimas de acidentes de trânsito, seja condutor, passageiro ou pedestre, compreendendo indenização por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar.

-

DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA

DO INTERESSE DE AGIR

A Constituição Federal assegura, em seu artigo 5º, XXXV, que “A Lei não excluirá da apreciação do poder judiciário lesão ou ameaça a direito”. Desta forma, **o requerente não precisa se submeter às vaidades administrativas das seguradoras do Convênio DPVAT para ver atendido o seu direito legal.**

Pois, suscitar a falta de interesse de agir, caracteriza total desentendimento com a Constituição Federal. Vejamos a jurisprudência:

TJ-MG - Apelação Cível AC 10024120680145002 MG (TJ-MG)
Data de publicação: 19/03/2013
Ementa: AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO. DPVAT . FALTA DE INTERESSE DE AGIR. PEDIDO ADMINISTRATIVO. LAUDO DO IML. **Não há que se falar em falta de interesse de agir, pois a lei não exige que o beneficiário do seguro primeiramente recorra à via administrativa**, para só então pleitear junto ao Poder Judiciário o valor que entende devido. O laudo do IML não é documento indispensável à propositura da ação de cobrança de Seguro DPVAT , tão pouco para a averiguação da invalidez, sendo esta possível de ser realizada por outros meios de prova.



Importante salientar que as seguradoras conveniadas com o seguro DPVAT dificultam o pagamento por via administrativa solicitando vasta documentação e prorrogam ao máximo o valor da indenização devida, e quando pagam, **não cumprem a legislação vigente. Logo, não está obrigado o requerente a receber valor inferior ao legal, ficando assim explícito o INTERESSE DE AGIR.**

DO NEXO DE CAUSALIDADE

É incontestável a ocorrência de acidente de trânsito, uma vez que o autor carrou aos autos os documentos que o comprovam (boletim de ocorrência, prontuários e LAUDO MÉDICO), o que estabelece então o nexo etiológico.

No que concerne à invalidez permanente, restou devidamente comprovada pelo **LAUDO MÉDICO, no qual restaram atestados os danos sofridos pelo autor, entre eles lesões na coluna e perna direita.** Em virtude de tais lesões o autor não consegue mais realizar atividades cotidianas. Portanto, a conclusão médica foi pela existência de sequela funcional definitiva.

Destarte, ainda, que estando demonstrada a debilidade permanente, impõe-se a procedência da ação. Ademais, **a Lei 6.194/74 não traz nenhuma ressalva para que a invalidez decorrente da debilidade seja, de forma necessária, para o trabalho.** Como no caso vertente, havendo a invalidez decorrente da debilidade permanente do membro, mesmo que seja para algumas ocupações habituais, já está configurado o requisito necessário para autorizar o pagamento da indenização. Neste sentido, as ementas abaixo colecionadas:

TJ-MA - Apelação APL 0164942015 MA
0000122-32.2014.8.10.0078 (TJ-MA)
Data de publicação: 15/06/2015

Ementa: APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT. DEBILIDADE PERMANENTE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. INVALIDEZ PERMANENTE CARACTERIZADA. VALOR DA INDENIZAÇÃO. OBSERVÂNCIA AO ART. 3º, INCISO II E § 1º DA LEI DO DPVAT, E À TABELA ANEXA À MESMA LEI. SENTENÇA MANTIDA. I - O pagamento do seguro obrigatório relativo a acidente de veículo deve se feito dentro dos limites estabelecidos no art. 3o e na tabela anexa à Lei no 6.194/74, com a nova redação dada pela Lei no 11.482/2007. II - Nos casos de invalidez permanente, o valor da indenização há de ser proporcional à lesão sofrida pelo segurado, levando-se em consideração as circunstâncias do caso concreto e os parâmetros estipulados na Lei do DPVAT. III - Apelação desprovida. De acordo com o parecer Ministerial.



RECURSO ESPECIAL Nº 1.443.568 - DF (2014/0063112-2)
"CIVIL E PROCESSUAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. DEBILIDADE PERMANENTE. GRAU DA INVALIDEZ. IRRELEVÂNCIA PARA FINS DE DETERMINAÇÃO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO. APLICAÇÃO DA LEI VIGENTE NA DATA DO SINISTRO. TEMPUS RÉGIT ACTUM. RECEBIMENTO INTEGRAL. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. DATA DO PAGAMENTO PARCIAL (STJ - REsp: 1443568 DF 2014/0063112-2, Relator: Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, Data de Publicação: DJ 05/05/2015)

Processo: AREsp 564937 MG 2014/0209717-7
Relator(a): Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA
Publicação: DJ 04/11/2014

DA PREVISÃO LEGAL

Sucedo que, a invalidez permanente sofrida pelo requerente gerou para este o direito de receber o **SEGURO DPVAT**, na importância equivalente a **até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, conforme plasmado na Lei nº 6.194/74 e posteriores alterações introduzidas pela Lei 11.482/07:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

- a) (revogada);
- b) (revogada);
- c) (revogada);

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas." (g.n)

No caso em tela, e conforme demonstrado, o Requerente vem por meio deste, requerer os valores devidos do Seguro DPVAT.



Convém ressaltar que o Requerente faz jus ao presente seguro, considerando que se encontra permanentemente inválido para as ocupações habituais, uma vez que apresenta **DEBILIDADE PERMANENTE (limitação funcional), ARTRODESE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE 95%**, fato este que se amolda perfeitamente aos termos da presente Lei.

Concluindo, para fazer jus a tal indenização, o Requerente vem ao final, apresentar os documentos exigidos no artigo 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974, donde será efetuado o **pagamento mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa.**

Conclui-se que o direito do Requerente é líquido e certo, sendo apenas matéria de direito, e fundamenta-se perfeitamente na legislação vigente, com o quantum indenizatório fixado por Lei sem poder sofrer influência de meras resoluções da FENASEG.

DOS PEDIDOS

“*Ex positis*”, REQUER:

a) A **desistência da audiência de mediação, ante ao desinteresse da Seguradora ré pela realização de acordos nos processos referentes à matéria em questão**, nos termos do art. 334, §5º do NCPC;

b) A citação da requerida, no endereço constante na inicial, através de seu representante legal, para, querendo, contestar a presente ação, sob pena de ser-lhe decretada a revelia nos termos do art. 344 do NCPC;

c) Seja determinada a *inversão do ônus da prova*, bem como a **exibição do processo administrativo** onde a parte autora requereu o pagamento da indenização securitária, sob pena de presumem-se verdadeiros os fatos que por meio dele se provariam, nos termos dos art. 373, §1º, e art. 396 do NCPC.

d) A procedência da ação de cobrança em todos os seus termos, condenando-se a requerida a pagar a indenização por invalidez permanente, oriunda do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT, **em valor correspondente a lesão sofrida nos termos da Lei 6.194/74**, acrescido de juros, correção monetária, custas e honorários advocatícios e demais incidências.

e) **sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita por ser o requerente pessoa pobre na acepção da Lei n.º 1.060/50.**

O advogado peticionante declara **autêntica e verdadeira** toda a documentação juntada à presente petição, atendendo ao disposto no o artigo 425,IV do NCPC.



Protesta provar o alegado por todas as provas em direito admitidas, em especial pela prova material que instrui essa inicial, sem prejuízo de outras provas eventualmente cabíveis e desde já requeridas.

Dá-se à presente causa o valor **R\$ 13.500,00** (*treze mil e quinhentos reais*) para efeitos fiscais.

Termos em que,

Pede deferimento.

Teresina/PI, em 29 de janeiro de 2019.

Gustavo Henrique Macêdo de Sales

Advogado

OAB/PI nº 6.919





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

120 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002256/2016-95

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Data/Hora: 29/06/2016 - 08:53

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

Data/Hora

18/03/2016 - 02:30

Bairro

SATÉLITE

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO CARVALHO



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JESSE SOARES CABRAL [30 ANOS]

RG: 0325737920075

Mãe: EURIDICE SOARES CABRAL

Pai: BERNARDO GOMES CABRAL

Endereço: QD- 06, CS- 10, Nº

Complemento: LOT- CIDADE VERDE

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE ESTEVE NESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTO HONDA/CG, ANO 2003/2004, PL- JJS- 2781 DE PROPRIEDADE DE HELOIDES PEREIRA, RIBEIRO DO NASCIMENTO, CPF- 79860826315, SENTIDO LESTE/CENTRO, E AO ENTRAR PELA AV. ZEQUINHA FREIRE TENTOU FAZER UMA ULTRAPASSAGEM COM UM ONIBUS, E AO DOBRAR PARA A FAIXA DIREITA NÃO PERCEBEU QUE HAVIA UMA KOMBI QUE NÃO SOUBE IDENTIFICAR ESTACIONADA E SE JOGOU POR CIMA DESTA KOMBI. DISSE QUE CAIU SOFRENDO LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO DE Nº 31877, HORAS DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HUT. EM UMA VIATURA DO SAMU, POR QUEM FOI SOCORRIDO. DISSE AINDA QUE LÁ NO HUT. PERMANECEU POR SEIS 06 DIAS E EM SEGUIDA SEGUIU PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS PARA OUTROS PROCEDIMENTOS, AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Francisco Ribeiro De Sousa - Mat. 0093548
 AGENTE DE POLÍCIA

JESSE SOARES CABRAL [30 ANOS] - Noticiante
 Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES

Delegado de Polícia



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

032573792007-5

18/01/2007

JESSE SOARES CABRAL

BERNARDO GOMES CABRAL E MARIA EURIDICE SOARES CABRAL

PAULINO NEVES - MA

25/03/1986

NSC. N. 38496 FLS. 242-V LIV. A-63

P-15

AGENCIARIA DO DISTRITO FEDERAL

LEI Nº 7.116 DE 2005

VIA-01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MARSSAMON



Jesse Soares Cabral

CARTÃO DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE

EBE.3D83.225E.405A

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

www.recolta.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 13:26:10 do dia 15/07/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

041.867.783-29

Nome

JESSE SOARES CABRAL

Nascimento

25/03/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

JESSE SOARES CABRAL

DATA EMISSÃO: 25/03/1986

SERIAL: 162 2786 3247 0005



Cartão de Identidade





**CLÍNICA
MACHADO**

RECEITUÁRIO

Relatório cirúrgico

De acordo com o Sr. José Soares Cabral, foi vítima de acidente de trânsito, vindo ocorrido em 18.03.16. Trauma se fôra por impacto com colunas torácico-lombares, no seu tórax com fratura no corpo de L1, com retrocurvatura e fragmentos ósseos para o canal vertebral, e ainda fratura completa na lamina direita e no corpo transversal, foi tratado cirurgicamente através de uma abordagem, feita através abertura, com alta definitiva, com prognóstico de 95%.

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2650-MA
9903-0920/9532-1987/8827-3738

Edimar Machado 13.10



R-221 ~ 101 - Unidade Verde

Dados do Chamado

01 Nº. do chamado: 2977 02 Data do chamado: 27/03/2016 03 PRO (codig): 21813 04 Saída do PA: 0307 05 Chegada ao local: 3:13

06 Saída do local: 3:24 07 Chegada ao 1º hospital: 08 Saída do 1º hospital: 09 Chegada ao 2º hospital: 10

Local da Ocorrência

10 Endereço: Av. Legião Heil, 3122

11 Bairro: Vl. Bombante 15 12 Município-UF: Código IBGE: 13 Ponto de referência: Babas Com. Condição

Dados do Paciente

14 Nome: Jesse Soares Cabral 15 Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado

16 Idade: 25/03/86 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Tipo de Ocorrência

01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica

06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico

11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares

16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado

20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado

21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado

22 Equipamentos de segurança: Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15 RESPOSTA VERBAL: 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma RESPOSTA MOTORA: 5-Obedece a comandos 4-Localiza dor 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum

24 Sinais vitais: Pulso 40 Resp. PA TAX SatO2 98%

25 Local da lesão:

26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial: 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não

29 Dor: ESCALA DE DOR DE 0 A 10. 0 Sem Dor, 3 Leve, 7 Moderada, 10 Intensa. Valor marcado: 8.

30 Fratura: 1 - Sim Exposta Fechada 2 - Não 3 - Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Calor cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: UPA. Não Removido

33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado 34 Óbito: Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte

Observações Interdisciplinares

29 anos, vítima de acidente moto com automóvel parado, referindo dor intensa em quadril.

CONFERE COM O ORIGINAL

 Gerente Administrativo SAMU



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 18/03/2016 04:41:04
Usuário: DR. ANTONIO NUNES
Estação: UPA-PALACIO-01

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JESSE SOARES CABRAL		Prontuário: 31877	
Mãe: SURIDICE SOARES CABRAL	Pai: BERNARDO GOMES E MARIA		
End.Resid.: LOT CIDADE VERDE QD 6 CASA 10 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 25/03/1986	Idade: 29a11m22d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: RG: 0325737920075 - SSP	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 50084	Entrada: 18/03/2016 03:42:02	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent.: Intercorrência por Trauma	Área Incidência: Abdome/Pelve	Classificação: Fratura fechada sem desvio	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: paciente vítima de acidente de trânsito moto/carro (parado) em uso de capacete refere dor lombar e no quadril e M.D. e sem usar de bebida alcoólica		FRANCISCA NILMARA DA SILVA DALE COREN PI 50013 Em: 18/03/2016 03:41:14	

Ass.Profissional Clas. Risco:

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0 bpm	Pressão: 0 mmHg
----------------------	-----------------------	------------------------	---------------------	------------------------

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO COM DORES EM REGIAO LOMBAR
RELATA TER INGERIDO BEBIDO ALCOOLICA, NAO COLABORANDO COM EXAME FISICO

Exames Complementares:

RX BACIA E COLUNA LOMBOSACRA: FRATURA L1

PRESCRIÇÃO MEDICA:

AO HUT
TRANSPORTAR PACIENTE EM PRANCHA

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE

DATA: / / HORA: : :

Gustavo Henrique Macedo de Sales
Lore Paciente ou Responsável

Dr. Antonio Nunes Martins Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PC 3620 TEQ 11306
ANTONIO NUNES MARTINS JUNIOR
CRM 3520 PI Em: 18/03/2016 04:41:02



17.577.205/0015-32



UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP: 64.062-110
Teresina - PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <i>UPA Renascença</i>	Para Unidade <i>HUT</i>
Paciente <i>José Sales Sobral</i>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<i>Transtorno de ansiedade generalizada com sintomas de pânico, início há aproximadamente 1 ano, com episódios de ataques de pânico frequentes, com sintomas de taquicardia, sudorese, tremores e sensação de falta de ar. Em tratamento com medicação antidepressiva e ansiolítica, com melhora parcial dos sintomas.</i>	
HD. <i>Dr. Antonio Nunes Martins Jr.</i>	<i>Dr. Antonio Nunes Martins Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3520 TECT. 11506</i>
Data <i>10/11/17</i>	<i>[Assinatura]</i> Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para:
DIAGNÓSTICO	
Data <i>1/1/</i>	 Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo





NOME DO PACIENTE: Jesse Soares Calval

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 396475

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



FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JESSE SOARES CABRAL		Prontuário: 396475
Mãe: MÁRIA EURIDICH SOARES CABRAL		Pai: BERNARDO GOMES CABRAL
End. Resid.: RUA INGA C5 10 (VILA LAIANA) RES CIDADE VERDE - CIDADE SATELITE - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento: 25/03/1996	Idade: 29a:11m:23d	Sexo: Masculino Fone: 86-98833-7286
Responsável: HELOIDES	CNS: 162278632470005	
Profissão:	Documento: RG: 325837920075 - SSP MA	
E. Matriculado: Não informado	E. Civil: Combinato	

DADOS DO ACOHIMENTO:

Código: 531090	Data: 18/03/2016 05:26:23	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo de Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Urin.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
	Trauma: Não	Maus Tratos: Não

BREVE HISTÓRIA:

26.04.16
 Kássia Jannys Pimentel Cavalcante
 Matrícula: 69904
 SAME - HUT
 Confere com Original

A - VIS:		B - RESPIRAÇÃO:		C - CIRCULAÇÃO:		
Sinais de congestão:	Estado Atual:	Cianose:	SpO2:	Pul. Carotídeo:	Perf. Sanguí.:	FC:
E - NEUROLÓGICO:		F - SINAIS VITAIS:		I - CLASSIFICAÇÃO:		
ECG - n.º:	RM:	Somat:	Pupilas:	Plégias/Parestesia:	Membro:	
FR:	TAX:	FR:	Pulso:	Glic. Capilar:	Escala de Dori:	
D - ALERGIAS: (Descreva se informado):						
G - MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO: (Descreva se informado):					I - CLASSIFICAÇÃO:	
H - DESTINO: (Descreva se necessário):						

Carimbo/Assinatura Profissional





LAUDO MÉDICO

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL** (Prontuário: 396475)
Endereço: RUA INGA CS 10 (VILA LAIANA) RES CIDADE VERDE - CIDADE SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/03/1988 Idade: 29a:11m:22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 531090
Requisição: 838333 Solicitação: 18/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Control: 755327 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod: SIA: 0205020046

Data Exame: 18/03/2016

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tóxica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Pericórtico: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros.
- Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatómicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

TERESA

TERESINA - PI 18/03/2016

26.04.16
Kassia Jannys Pimentel Cavalcante
Matricula: 69904
SAME - HUT
Confete com Original

TERESA EMILIA ROCHA DE C. MELO
CPF: 273.773.693-53 CRM PI 1494
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4672
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL (Prontuário: 396475)**
 Endereço: **RUA INGA DS 10 (VILA LAIANA) RES CIDADE VERDE - CIDADE SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **25/03/1966** Idade: **29a:11m:22d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **531090**
 Registração: **689332** Solicitação: **18/03/2016** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **776326** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

064 SIA: 0206010036

Data Exame: 18/03/2016

T.C. DE COLUNA TORACO-LOMBAR

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5MM DE ESPESSURA E 4MM DE INCREMENTO, DE T1 A T12 MOSTROU:

FRATURA COMINUTA NO CORPO VERTEBRAL DE L1, COM RETROPULSAO DE FRAGMENTOS ÓSSEOS PARA O CANAL VERTEBRAL DETERMINANDO IMPORTANTE REDUÇÃO DE SUAS DIMENSÕES E EFEITO COMPRESSIVO SIGNIFICATIVO SOBRE OS SACO DURAL.
 FRATURAS COMPLETAS NA LÂMINA DIREITA E NO PROCESSO TRANSVERSO ESQUERDO DE L1.
 DEMAIS CORPOS VERTEBRAIS E ELEMENTOS POSTERIORES PRESERVADOS.

LUIS DEZAR

TERESINA - PI 18/03/2016

26.04.16
 Kássia Jannys Pimentel Cavalcanti
 Matrícula: 69904
 SAME - HUT
 Confere com Original

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES
 CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591
 Profissional Responsável





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

neuro

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 22d** Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **10247** Data Pedido: **15/04/2016**
Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 314**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 15/04/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA LOMBO SACRA

- Haste metálica co sustentação e fixação na coluna lombar.
- Fratura com acunhamento do corpo vertebral L1, com discreto deslocamento do muro posterior.
- Enfisema de subcutâneo.
- Fratura nos elementos posteriores de L1.
- Os parafusos estão fixado em T12, L1,L2 e L3.

Conclusão: Controle evolutivo pós-operatório.

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 20/06/2016
Edna Maria de Sousa Silva
Matrícula: 220065-9
CPF: 075.080.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

DANIEL JOSÉ MARTINS BARBOSA





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PLANO DE ALTA

DATA: 15/04/16

CLÍNICA: Neurológica

NOME DO PACIENTE: Jesse Soares Paleral ENF./LEITO 335-05

DATA DE NASCIMENTO: 25/03/1986 PRONT: 93357

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA	SIM	NÃO
Nível de conscientização: <input checked="" type="checkbox"/> consciente <input checked="" type="checkbox"/> orientado () desorientado () torporoso		
Resposta motora: <input checked="" type="checkbox"/> sem déficit motor () com déficit motor ()		
2. MEDICAÇÕES PARA USO NO DOMICÍLIO	SIM	NÃO
<u>Tramipraseno 600mg 1comp 2x ao dia por 8 dias</u>		
3. DISPOSITIVOS PARA USO EM CASA	SIM	NÃO
Curativo	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cateter de duplo lúmen		
Sonda vesical de demora		
Sonda vesical de alívio (cateterismo intermitente)		
Dreno		
Fixador externo ortopédico		
Sonda enteral/nasogástrica		
Colostomia		
Outros, especifique:		
4. ORIENTAÇÕES PARA ALTA:		
<u>Recomendar-se a permanência em casa, com acompanhamento de enfermagem em casa, hospital próximo, visando a ferida operatória, um local de repouso adequado e manter a limpeza da ferida cirúrgica e retirar pontos em 7 dias.</u>		
5. GRAU DE DEPENDÊNCIA, marque com um "X": () GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV		
6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS (Contra referência):		
<u>Marcação de consulta para 60 dias para Dr. Reginaldo</u>		
<u>Marciano R. da Silva Ferriz</u> Enfermeira CORREN: 11333/202		
Assinatura do (a) enfermeiro (a) carimbo		

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIAS DO PACIENTE EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS
(FUGULIN, 2000)

GRAU I Deambula sem auxílio. Toma banho e alimenta sozinho. Sem desvio de comportamento. Orientação e supervisão do auto cuidado.	GRAU II Necessita de auxílio na deambulação, banho, alimentação. Sem desvios de comportamento. Quant. Moderada de medicamentos. Orientação e auxílio no auto cuidado. Presença de SVD, curativos e outros.
GRAU III Necessita de auxílio na deambulação, banho, alimentação. Cuidados pós-operatórios completos. Alterações discretas de comportamento. Observar frequentemente as condições gerais do paciente.	GRAU IV Acamados no leito. Higiene no leito. Alimentação por tubos ou nutrição parenteral total/requer medidas complexas para manutenção da vida. Complicação pós-operatório ou com desvio no padrão de comportamento.

1ª Via – para o paciente 2ª Via – Anexar ao prontuário

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



JESSE SOARES CABRAL 29 ANOS 11 MESES 20 DIAS

Endereço: RUA INGA Número: 10 Bairro: CENTRO Cidade: TERESINA

UF: PI DT. Nasc: 25/03/1986 Profissão: MOTOBOY Telefone: 86 - 9863.97286 CPF: 111.222.333-22 Cartão SUS: 162278632470005

Internação: 23/03/2016 Alta _____ às _____ Permanência: _____

Diagnósticos: CID Principal: **1301** Situação na Admissão: _____
 CID Secundário: _____
 CID Causa Morte: _____

Evolução e Situação na Alta: **Bom Desempenho**

Medicações Utilizadas: **AINE**

Cirurgia: Data: **16/4/16** Tipo: **Artrodese TORACO LUMBAR**

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência: **Follow up**

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

Transferência: Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

Dr. Reinaldo M. Cavalcanti
 NEUROCIURGIÃO
 CRM 1027

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





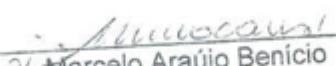
FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **18/03/2016** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Jessé Soares Cabral** vítima de acidente de trânsito tendo sido removido para o Hospital de Urgência de Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando na guia de atendimento a data do acidente **17/03/2016** ao invés de **18/03/2016**.

Teresina, 13 Junho de 2016.


pi **Marcelo Araújo Benício**
Diretor do SAMU - THE

Rua Coronel Luís Ferraz, 3390. Bairro Macaúba.
Teresina-PI. CEP 64018-055
FONE: (86) 277 205/0013-70



86 3218 - 2880



fht.samu@teresina.pi.gov.br



97
35
7
X

Neuro

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Jesse Soares Cabral

Dr. Abimael

315-5

PRONTUÁRIO MÉDICO

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERTE
20/04/2016
Alma

HOSPITAL GETULIO VARGAS
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: TCC Tórax
DATA: 14/04/16 HORA
TECNÓLOGO TEC. ENF

ALTA - UTI I
Às 11:10 hs. Data 13/04/16
Cabral

NEURO

UTI
INTERNAÇÃO 12/04/2016
ALTA 13/04/2016
transf. para
04 dia



RG: 325837920075-MA

CNS: 162278632470.005

DN=25/05

OPIC: 04080300547M51.2(C)

TORÁCIO E LOMBAR: 0408030286 / S23.147 - S32.7(L)



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT



315-3



Dr. Abimael

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

DR. Cl. Neurológica INTERNOU EM: / /

Nome do Hospital: HGV

Contato feito com: _____

Confirmado a vaga: Sim () Não () fez meu / noite

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JULIA ADRIANA CASAR

Idade: 40 Estado civil: _____

Endereço: 300

Responsável: _____

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO () 2016 03 22 0033

CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

FRANKEL: A B C D E *
() () () X ()

EXAMES REALIZADOS:

TC COLUNA X
RNM COLUNA () Fratura L1

DIAGNÓSTICO:

TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

TRATAMENTO REALIZADO:
CLÍNICO

HGV/SERVIÇO SOCIAL
Autorizo abertura de prontuário.
Teresina, 25/03/16
Filipe Bonfina

Autorizo Transferência

Para: neurologia
Data 23/03/16

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

ALTA COMPLEXIDADE

MRL Dias
Marin do Rosário Leal Dias
Assistente Social - HUT
CRESS n° 272 - 22ª Região

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

21 03, 2016



AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

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

Atendimento:
93478

Prontuário: 97357 **JESSE SOARES CABRAL**
Endereço: RUA INGA 10 CENTRO
Cidade: TERESINA UF:PI CEP: 64000-010

Sexo: M DT. Nasc: 25/03/1986 Idade: 29 Anos 11 Meses 28 Dias Estado Civil: U Profissão: MOTOBOY
Cadastro: 23/03/2016 Telefone: 86 9883.97286 Cartão SUS: 162278632470005 CPF: 04186778329

Pai: BERNARDO GOMES CABRAL
Mãe: MARIA EURIDICE SOARES CABRAL
Cônjuge:

Responsável: HELOIDES PEREIRA RIBEIRO DO NASCIMENTO
Endereço: MARANHAO DE 1 A 1022 10 CENTRO
Cidade: 2975 UF:PI CEP: 64000-010

Darlene
Funcionário do SAME

Caixa Principal:

H.D.A.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 20/06/2016
Edna Maria Macêdo de Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 079.068.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

ora: / / : :

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





LAUDO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO DE INTERNAÇÃO

Nome do estabelecimento de Saúde:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Órgão Emissor: RZ21100001

AIH : 221610024416-0
 UNI : HGV

NASCIMENTO
 25/03/1986

NOME: JESSE SOARES CABRAL

D. LIBERA: 06/04/2016
 PROCED.: 0408030283
 OP. SIST: LUPINHA
 CID : S221

DT. LAUDO : 23/03/2016

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS

Medico Autorizador: *Ubaldo de Sá*
 CRM/PI: 877 / CPF: 032.374.777
 Ass. Médico Responsável: *Ubaldo de Sá*
 CNS: 10061205

Identificação

93478

Nome: JESSE SOARES CABRAL

6 - Prontuário: 97357

CNS: 162278632470005 8 - Nascimento: 25/03/1986 9 - Sexo: M CPF: 041.867.783-29
 Mãe: MARIA EURIDICÉ SOARES CABRAL 12 - Fone: 86-9.88397286 / 986494811
 Resp: HELOIDES PEREIRA RIBEIRO DO NASCIMENTO 14 - Cor: sem identi
 Endereço: RUA INGA 10 CENTRO 16 - CEP: 64000-010
 Município: TERESINA 17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI RG: 03257-37920075

Justificativa da Internação

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente caiu da moto e dorsoalgia

2 - Condições que justificam a internação:

fraturas

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

TC: Fraturas

23 - Diagnóstico Inicial: 24 - Cid Princ.: S221 25 - Cid Sec.: 26 - Cid C.Ass.:

FRATURAS MULTIPLAS DA COLUNA TORACICA.

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408030283 ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS

Clinica: 30 - Caracter.: Ident.: 31 - Documentar: 32 Doc. Med. Softe.
 ORTOLOGIA 02 1 CPF 09712216349

33 - Nome Profissional / Assistente
 REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR

34 - Data da Solicitação:
 23/03/2016

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Tempo SUS
 Dr. Reynaldo Mendes Carvalho Junior
 NEUROCIRURGIA
 CRM-PI: 947 / CPF: 097.122.163-49

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito 38 - CNPJ Seguradora: 41 - Nº. Bilhete. 43 - Série
 37 - () Acidente de Trabalho Típico. 42 - CNPJ Empresa: 43 - CNAE, Empresa 44 - EBCOR.
 38 - () Acidente de Trabalho Atípico.
 39 - Vinculado com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

40 - Nome do Profissional Autorizador

48 - Documento 49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (RG Consócio)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Paciente - JESSE DO NASCIMENTO

Assinatura: DARLENE MACHADO
 Consulta Local:
 Consulta SUS:
 Impressão: 14:05:28





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	2 - CNES 2726971	Atendimento 93478
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	4 - CNES 2726971	

Identificação do Paciente

5 - Nome: JESSE SOARES CABRAL	6 - Prontuário: 97357		
7 - CNS: 162278632470005	8 - Nascimento: 25/03/1986	9 - Sexo: M	CPF: 041.867.793-29
11 - Mãe: MARIA EURIDICE SOARES CABRAL	12 - Fone: 86-9.88397286 / 988494811	14 - Cor: sem ident	
13 - Resp: HELOIDES PEREIRA RIBEIRO DO NASCIMENTO	15 - Ender.: RUA INGA	16 - Munic.: TERESINA	17 - Cod. IBGE: 221100
	18 - UF: PI	19 - CEP: 64000-010	RG: 03257-37920075

Justificativa da Internação

10 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

11 - Condições que justificam a Internação:

12 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):

13 - Diagnóstico Inicial: 24 - Cid Princ.: **M512** 25 - Cid Sec.: _____ 26 - Cid C.Ass.: _____

14 - OUTROS DESLOCAMENTOS DISCAIS INTERVERTEBRAIS ESPECIFICADOS

Procedimento Solicitado

15 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:
0406030054 ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRES NÍVEIS

16 - Tempo SUS: **7**

17 - Clínica: ORTOLOGIA	30 - Carater.: 02	Ident.: 1	31 - Documento: CPF	32 Doc. Med. Solic. 53971027415
18 - Nome Profissional / Assistente: SIMAEI SOARES DA ROCHA NETO			34 - Data de Solicitação: 23/03/2016	

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Típico.	40 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE Empresa	44 - CBOR.
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Trajeto.	36 - Vínculo com a Previdência. <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado.		

Autorização

19 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização:
Documento	48 - Núm. Documento
60 - Ass. Carimb. (RG Conselho)	

Assinatura Paciente ou Responsável.

Juiz Ribeiro do Documento

Usuário: **DARLENE MACHADO**
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão: **9:24:20**

HOSPITAL GETULIO VARGAS





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

C. CIRÚRGICO

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Neurologia LEITO: 315-05 PRONTUÁRIO: 97357

NOME: José Soares Cabral DATA DE NASC: 25/03/86

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: Fratura L1.

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: Boas

CIRURGIA: Abordagem Toraco-lumbar Nº SALA: 14

CIRURGIÃO: Rinaldo CRM-PI:

AUXILIARES: 1º _____ 2º _____

INSTRUMENTADORA: Miguel CIRCULANTE: Dilva

INDICAÇÃO E TÁTICA CIRÚRGICA: Abordagem a T12, L1, L2 e auxílio de Rx. Marcação dos pedículos L1, L2. Parafusos pediculares T12, L1, L2 e implantes de 2 partes verticais e 1 parte link. Lavagem da área cirúrgica. Fechamento. Dreno.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em, 20 de 06 de 2016

Idre Maria da Silva

Matrícula: 010003-9

CPF: 200.000.503-97

CARTEIRA DE PRONTUÁRIO

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: O mesmo

QUANTIDADE DE SANGUE PERDIDA DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA _____ ML

AMOSTRA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL

HORA: 9:30

Rinaldo M. Cavalcanti Junior
NEUROCIURGIÃO
CRM-PI 547

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)





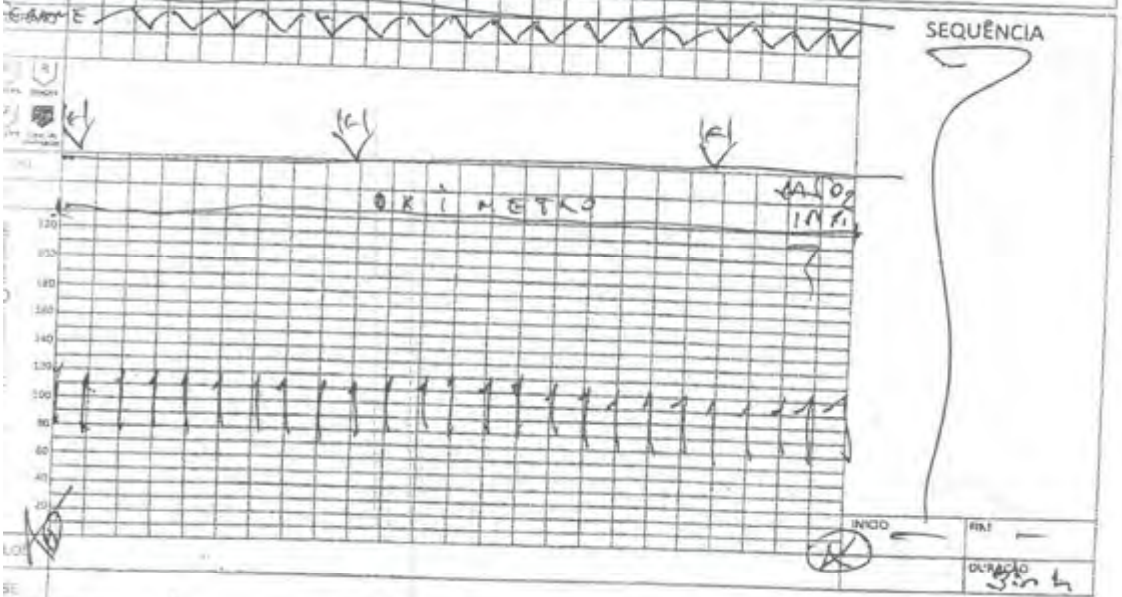
BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 12/04/16 VAL: 14
 PRONTUÁRIO: 97857

PACIENTE: José Soares Cabral

IDADE: 30 DATA DE NASC: 28/03/86 PESO: SEYO: M

SÃO ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS
GLICEMIA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA	ESTADO FÍSICO ASA	



ANESTÉSICA: fem (ca + inj + vt) e atina local

<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>

GASES	l/min	Início	Fim	Tempo
Oxigênio				
Ar Medicinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

04	amp	Dopamina	amp	Neostigmina	04	amp	Remifentanil	tr
	amp	Dormonid	amp	Nipride		amp	Ranitidina	amp
est. 10ml	amp	Efortil	amp	Noradrenalina		amp	Ringer-Lactado	tr
02	tr	Efedrina	amp	Neocafina		amp	Sufentanil	amp
	amp	Fentanil (s/ cons.)	amp	Neocaina		amp	S. Fisiológ. 0.9%	03
	amp	Fentanil (frasco)	02 ml	Omeprazol		tr	S. Glicosado 5%	tr
	tr	Sevoflurano	ml	Pancurônio	02	amp	Tracrium	amp
01	amp	Hidrocortisona	tr	Profenid		amp	Transamin	amp
	amp	Isflurano	ml	Propofol	03	tr	Novabup 0.5%	v
	amp	Manitol	tr	Protamina		amp	Udocalina 2%	v
	amp	Metronidazol	tr	Quelicin		tr		
	amp	Narcan	tr	Quetamina		tr		

Amirando Romão
 Anestesiologista - CRM

HOSPITAL GETULIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em, 20/04/2016
 Edna Maria da Silva
 Matrícula: 010065-9
 303-97



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI
ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Jesse Soares Cabral</u>		Data Nasc. <u>25 / 03 / 86</u>	Prontuário: <u>97357</u>
Idade: <u>29 anos</u>	Profissão:	Naturalidade:	Procedência:
H.D.A. - Pós anestesia tórax-lombos (T12 - L2) por fratura de LL, após acidente motociclístico. (T2M)			
História Patológica Progressiva e Alérgica - Sem antecedentes de doenças ou alergias.			
Medicamentos de uso contínuo - Não			

EXAME FÍSICO

Geral:	- Estado geral bom, orientado, consciente, arteriais, acionáveis, normocorado, hidratado, eufórico, apnéu, sem edemas
Neurológico:	- Glasgow 15, sem déficit motores, pupilas isocóricas / fotomogíveis
Respiratório:	- Expansibilidade preservada, eufônico em ant ambiente



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI

ADMISSÃO FISIOTERÁPICA

L.02

Nome: <i>Jesé Soares Cabral</i>		Prontuário: <i>93478</i>	
Idade: <i>27a</i>	Profissão: <i>Motorboy</i>	Naturalidade: <i>Palmeira - Ma</i>	Procedência: <i>C. Cirurgico</i>
H.D.A. <i>Paciente admitido neste um procedente do Centro Cirurgico em 905 de Antrodex Topaco-hauba</i>			
<p>HOSPITAL GETULIO VARGAS CONFERE COM ORIGINAL Em <i>20/06/2016</i> <i>Edna Maria</i> Márcia Maria da Silva Matrícula: 613065-9 CPF: 775.080.303-97</p>			

EXAME FÍSICO

Geral: <i>Afebril, normocárdico e normotenso</i>
Neurológico: <i>Consciente, orientado, atende a comandos verbais</i>

Respiratório:



SECRETARIA DA SAÚDE DO PIAUÍ
 HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

215-05

PACIENTE							SEXO	PRONTUÁRIO	INTERNAÇÃO	LEITO	ADMISSÃO - HORA	PROCED./MCA
JESSE SOARES CABRAL							M	97357	93478	07	12/04/16-13:30	CC-METILCOBAMINA
NASCIMENTO	IDADE	RACA / COI	ALTURA	PESO IDEAL	PESO ATUAL	IMC	ASC	DIAGNÓSTICO		REACÇÃO PRÉVIA / SENSIBILIDADE		MÉDICO ASSISTENTE
25/03/1986	29A							HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / DIAGNÓSTICO		TIRA-FRATURA DE LA		DR. REINALDO
POI DE ARTRÓDESE TORACIOLOMBAR												

DATA /HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
12/04/2016	1. Dieta ZERO ATÉ AS 18HS; Dieta líquida após 2. SF0,9% 2000ml IV 24h 3. Cefepime 1gr+ AD IV de 8/8hs 4. Ranitidina 50MG + ad iv de 8/8hs 5. SF 0,9% 500 ml IV ACM 6. Liguemine 5000ui/0,25ml SC de 12/12hs 7. Dipirona 500mg/ml 2ml + AD EV 4/4h 8. Morfina 10mg/ml – 1ml+ 9 ml de AD – fazer 3 ml IV ACM 9. Bromoprida 5mg/ml – 01amp + AD EV 6/6h ACM 10. Glicemia capilar 6/6h e ACM 11. Insulina Regular SC conforme glicemia: 18I – 220: 4UI 22I – 260: 6UI 26I – 300: 8UI >300: 10UI 12. Glicose 50% 40ml EV se glicemia <80mg/dl. Repetir glicemia 30 e 60min. 13. Clorexidina 0,12% para higiene oral 4 x dia 14. Fisioterapia motora e Respiratória	[Handwritten notes and signatures, including dates like 16/04/16, 18/04/16, and signatures of medical staff.]

OSPITAL GETULIO VARGAS
 COMISSÃO DE CONSULTAS
 Emitida em: 12/04/16
 Médica: [Handwritten signature]
 Médico Assistente: [Handwritten signature]

Licença de Saúde
 Medicina: 19665
 Cirurgia: 19665



HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 20/09/2016
Edna Maria Andrade de Silva
Matrícula: 018035-9
CPF: 035.890.803-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

V) RISCOS: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim. Qual? () Queda () UPP () Flebite Alergia: () Não () Sim. Qual? _____
VI) CIRURGIAS Você já realizou alguma cirurgia: () Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual(is): <u>2015</u> Qual o ano? _____
(VII) EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL: O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-alta () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária () Outro, especifique _____ Pessoa envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante () Familiar Realiza algum tratamento especializado () Sim Não <input checked="" type="checkbox"/> Qual: _____
(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS: 1. O paciente faz parte de populações especiais? <input checked="" type="checkbox"/> 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. _____ _____
IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS: _____ _____ _____
Trouxe exames? () Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? <u>Rx, TC, VS.</u>
O Sr ou Sr ^a gostaria de fazer alguma pergunta em relação à estes folders? () Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Folder de direitos e deveres do paciente () Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Folder de Higienização das mãos () Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Folder de Risco de quedas () Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Identificação com pulseira O Sr. ou Sr ^a . gostaria de fazer alguma pergunta? _____
DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA Nome: _____ Identificação/Responsável: _____ Assinatura: _____ RG: _____





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL** (Prontuário: 396475)
Endereço: RUA INGA CS 10 (VILA LAJANA) RES CIDADE VERDE - CIDADE SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/03/1986 Idade: 29a:11m:22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 531090
Requisição: 618333 Solicitação: 18/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 776327 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 18/03/2016

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(TERESINA)

TERESINA - PI 18/03/2016

ORIGINAL DETULIO VARGAS
CONTIENE O ORIGINAL
EM 20/03/2016
TERESA EMILIA ROCHA DE C. MELO
LUIZ CARLOS SILVA

TERESA
TERESA EMILIA ROCHA DE C. MELO
CPP: 273.773.693-53 CRM PI 1494
Profissional Responsável



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

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 NOME: Yara Soares Cabral CLÍNICA/ENF/LEITO: 315-3
 DATA DE NASCIMENTO: 25/03/1986 IDADE:
 DATA DA INTERNAÇÃO: 23/03/16

FATORES PRÉ-DISPONENTES (Marque com um "X")	DATA: 1ª AVALIAÇÃO	DATA: 2ª AVALIAÇÃO	DATA: 3ª AVALIAÇÃO	DATA: 4ª AVALIAÇÃO
<input type="checkbox"/> Idade ≤ 55 anos				
<input type="checkbox"/> Idosos ≥ 65 anos, sem acompanhante				
<input type="checkbox"/> Uso de medicações que altera o SNC (exemplos: nítidazolam, prometazepam, diazepam, fenobarbital, morfina, nalbufina, carbamazepina, dexclorfeniramina, fenitoína, clorpromazina, clonitazepam, alotano, thiopental, propofol).				
<input type="checkbox"/> Outros:				
<input type="checkbox"/> Uso de diuréticos/laxantes (urgência urinária/intestinal)				
<input type="checkbox"/> Distúrbios neurológicos				
<input type="checkbox"/> Dificuldades de marcha				
<input type="checkbox"/> Déficit sensitivos (visão, audição, tato)				
<input type="checkbox"/> Alteração do nível de consciência				
<input type="checkbox"/> Indicação de repouso no leito				
2. GRAU DO RISCO DE QUEDAS (Marque com um "X")				
<input type="checkbox"/> BAIXO RISCO				
<input checked="" type="checkbox"/> Indivíduo independente e sem nenhum fator predisponente				
<input type="checkbox"/> Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores predisponentes				
ALTO RISCO				
<input type="checkbox"/> Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos 1 (um) fator predisponente				
<input type="checkbox"/> Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator predisponente				
<input type="checkbox"/> Ainda com auxílio ou se locomove em cadeiras de rodas				
<input type="checkbox"/> Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores predisponentes				
3. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA BAIXO RISCO				
<input type="checkbox"/> Manter o ambiente totalmente escuro				
<input type="checkbox"/> Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes				
<input type="checkbox"/> Cuidar para que o paciente não se levante subitamente da cama				
<input type="checkbox"/> Pacientes com risco de hipotensão postural e tontura				
4. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ALTO RISCO				

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em: 20/03/2016
 Assinatura: [assinatura]
 Nome: [nome]





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

NEUROCIRÚRGICO

DADOS DO PACIENTE

Nome: Jesse Soares Cabral
Nascimento: 25/03/1986

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

RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Washi Soares Cabral
Parentesco: irmão

Eu, _____
responsável pelo(a) paciente acima citado que é portador(a) da doença Fratura
de fêmur
que deve ser submetido(a) a tratamento neurocirúrgico de Artroscopia
do joelho.

Fui informado e esclarecido sobre os riscos inerentes a sua doença e ao procedimento cirúrgico: (óbito, estado de coma, meningite, paralisia, distúrbios do comportamento e da fala, infecção da pele e outros) e autorizo o procedimento/tratamento.

Teresina(PI), 31 de 04 de 2016.

Washi Soares Cabral
Paciente ou Responsável e RG

Ruyana de
Médico Responsável - CRM

Dr. Daniel Francisco Mendes da Silva
NEUROCIRURGIÃO
CRM nº 22924 / CPF: 633.168.503

Dr. Romildo Norberto Campos Sousa
ESPECIALISTA EM CLÍNICA NEUROLÓGICA DE NDA

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 20/06/2016
Edna Maria de Jesus Silva
Médica Responsável
CPF: 775.080.303-97

Clara
Clara Francisco dos Santos Leal
DIRETORA GERAL DO HGV
CPF: 150.386.593-72



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em, 00/00/2016
Edna Maria *Edna* Silva

Matrícula: 106538

CPF: 275.050.333-97

COPIA DE IDENTIFICAÇÃO
HGV



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

REQUISIZAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES/HEMODERIVADOS

DADOS DO PACIENTE

Nome: Jesse Soares Cabral
 Identificação: 97357 Nascimento: 25 03 1986 Estado Civil: _____
 Número do SUS: 162098630470005

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Washi Soares Cabral
 Estado Civil: solteiro Nascimento: 01 07 1993 RG/CPF: 03191807008-3
 Profissão: uma Residente em: Tuboia mo

Declaro que recebi informações claras e simplificadas a respeito da Transfução de sangue e hemocomponentes (concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco e crioprecipitado) e que me foi oferecida a oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias para esclarecer as minhas dúvidas.

Estou ciente de que poderei apresentar febre, calafrios, alergias e raramente problemas pulmonares ou cardíacos, a que serei prontamente atendido pelo médico de plantão responsável pelo meu atendimento.

Estou também ciente de que a transfução de sangue é hoje um procedimento altamente seguro, mas não isento de riscos de transmissão de bactérias durante o ato transfusional, bem como de doenças transmitidas pela presença da janela imunológica.

Fui informado (a) de que a janela imunológica é o termo usado para designar o período de tempo que o organismo, após entrar em contato com um agente infeccioso, demora para produzir marcadores (anticorpos ou antígenos), que possam ser detectados por exames de sangue, e que a janela imunológica varia de acordo com o tipo de infecção.

Fui também informado (a) de que as indicações básicas para transfuções são restaurar ou manter a capacidade de transporte de oxigênio, o volume sanguíneo e a hemostasia, devendo ser realizadas quando existe indicação precisa, nenhuma outra opção terapêutica e os seus benefícios forem superiores aos riscos.

RISCOS:

Embora a transfução de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar transfução.

Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementadas por normas de Agência Internacionais de Transfução, mas mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfução. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raras ocasiões elas podem ser fatais.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL QUE ORIENTOU O PACIENTE

Em complementação às orientações fornecidas pelo médico solicitante ao prescrever a transfução de sangue, antecipei lideis contendo "informações sobre Transfução de Sangue e Hemocomponentes" ao (ao) paciente e/ou seu responsável e respondi às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi proposto.

Nº Conselho: _____



DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL

A proposta de transfusão de sangue/hemocomponentes a que será submetido(a), seus benefícios, riscos e complicações potenciais e alternativas me foram explicadas pelo médico solicitante. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

confirmo que recebi as explicações e "Informações sobre Transfusão de Sangue e Hemocomponentes", e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

Costa forma eu:

ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes;

NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes dessa decisão:

Paciente Responsável

Nome legível: Wash Soares Cabral Assinatura: x Wash Soares Cabral
Nome de parentesco: irmão RG: 031948020083
Assinatura(P): 31/03/2016 Hora: 14:05

ESTE CONSENTIMENTO É VÁLIDO PARA O PERÍODO DE INTERNAÇÃO E SE APLICA AOS PACIENTES CLÍNICOS E CIRÚRGICOS COM PRESCRIÇÃO MÉDICA OU RESERVA DE SANGUE/HEMOCOMPONENTES PARA CIRURGIA

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 20/03/2016
Eliana Maria Andrade Silva
Matrícula: 013065-9
CPF: 078.880.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

(NOME) Jesse Soares Cabral
(nacionalidade) Brasileiro, (estado civil), Solteiro, inscrito
no RG nº (032573992004-5) SSP-MA, CPF nº (041.967.783-29), residente e
domiciliado na rua (QD-06 Casa 10)
Bairro Satelite

OUTORGADOS: ANTONIO FRANCISCO SANTANA DA SILVA (OAB/PI 7927),
portador do CPF nº 007.053.093-98; TIAGO GERMANO SAMPAIO DA
SILVEIRA (OAB/PI 14093), portador do CPF nº 025.192.933-73, advogados
regularmente inscritos na Ordem dos Advogados do Brasil - Seccional do
Piauí, com endereço profissional estabelecido na Rua Honório de Paiva,
nº 1135, Piçarra, CEP 64015-125 – Teresina-PI, onde desde já indicam
para recebimento das intimações de estilo.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de mandato, o
OUTORGANTE, abaixo assinado, nomeia e constitui seu bastante
procurador o OUTORGADO, já devida e sobreditamente qualificado, ao
qual concede amplos e ilimitados **poderes para o foro em geral**, nos
termos das cláusulas **AD JUDICIA** e **AD JUDICIA ET EXTRA**, para
representá-lo na Ação de Cobrança do seguro DPVAT, em face da
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, podendo dito
procurador requerer as medidas que forem necessárias, preparatórias,
preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo,
usando dos poderes aqui conferidos, **além de poderes especiais** para
receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do
pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a
ação, receber, dar quitação e firmar compromisso, levantar depósitos
judiciais junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, assinar
recibos, em fim patrocinar o "inter jûris" do presente feito, podendo dito
procurador, inclusive, substabelecer esta em outrem, com ou sem
reservas de iguais poderes, com a finalidade de praticar todos os atos
necessários e em direito permitidos ao fiel cumprir: ento deste mandato.

Teresina - PI, (24/03/2017)

Jesse Soares Cabral
OUTORGANTE



HOSPITAL GETULIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em: 20/06/2016
 Data de emissão: 20/06/2016
 Matrícula: 253085-9
 CPF: 279.080.303-97

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

PRONTUÁRIO 315-3



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO
 Nome: Yarel Soares Cabral Data de Nascimento: 25/03/1966
 Cidade de origem: Teresina

II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL
 Religião/Crença: Católico
 Profissão: Serviços gerais / motorista
 Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental (X) Ensino médio () Superior
 Barreira na comunicação: (X) Não () Sim.
 Qual? _____
 Apresenta déficit: (X) Não () Sim. Qual? () Visual () Auditivo () Motor () Outros: _____
 Transtorno mental: (X) Não () Sim.
 Qual? _____
 Mora sozinho? () Sim (X) Não. Mora com familiares/outras? (X) Sim () Não

2 ITENS POSITIVOS:
 AÇÃO SOCIAL
 RELIGIÃO / BARREIRA NA
 COMUNICAÇÃO
 TRANSTORNO MENTAL

III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)
 (X) Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes *mellitus* () Insuficiência Renal Crônica / Aguda
 () Cardiopatias () Câncer () Tabagismo () Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outro: _____

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

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	VIA	DOSE	HORÁRIO

ACIONAR FARMACEUTICO
 (Quando paciente trouxer
 medicação de casa)

IV - EXAME FÍSICO

a) SINAIS VITAIS:
 PA: _____ P. _____ () Filiforme () Cheio () Rítmico () Arritmico
 T: _____ FR _____
 Oxigênio: () Sim (X) Não Dor: (X) Não (X) Sim, Onde? na lombar
 Características: _____

b) DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ASPECTOS NUTRICIONAIS
 Altura: 1,73 (m) Peso: 65 (Kg)
 Perda de peso nos últimos 3 meses: () Não () Sim, Peso perdido: _____ (Kg)
 Histórico de: (X) Sorida () Gastrostomia () Nefropatia () Neoplasia de cabeça/pescoço
 () Neoplasia de trato gastrointestinal () Transplante () Obesidade mórbida III (IMC > 50Kg/m2)
 () Não se aplica

2 ITENS POSITIVOS:
 AÇÃO SOCIAL / NUTRICIONISTA
 (Associação Honorária)

c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 (X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Torporoso
 ESCALA DE COMA GLASGOW: 15

2 ITENS POSITIVOS



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL PARA PACIENTES

1 - IDENTIFICAÇÃO
 Nome do paciente: Jesse Soares Cabral Data de Nascimento: 25/03/86
 Nº do prontuário: _____ Data da admissão: 23/03/16 Clínica: Neuro. Ent. Alto: 315/05
 Apresenta barreira para compreender a orientação? Sim Não
 Se sim, qual o tipo: visual auditivo fala cultura religiosa psicomotora emocional cognitiva outros

TÓPICO	ROTEIRO	RESPONSÁVEL
Uso seguro de medicamentos	Finalidade, importância da adesão ao tratamento, efeito esperado, efeitos colaterais, dosagem, via de administração, aprazimento, conservação.	Médico assistente Enfermagem
Reconhecimento da dor	Rotina de avaliação da dor como 5º sinal vital, analgésicos prescritos, manejo farmacológico e não farmacológico, frequência e efeitos colaterais, importância de adesão ao tratamento.	Médico assistente Enfermagem
Dieta	Proibição de alimentos externos, tipo de alimentação a ser fornecida, importância dos horários, orientação e reorientação nutricional.	Psicologia, Serviço social Médico assistente/Nefrologista
Comunicação	Linguagem, fala e deglutição	Nutricionista
Prevenção de quedas	Orientações contidas no folder	Fonoaudiologia
Higiene das mãos	Orientações contidas no folder	Fonoaudiologia
Prejuízos e deveres	Orientações contidas no folder	Toda a equipe
Úlcera por pressão	Orientações contidas no folder	Toda a equipe
Técnicas de reabilitação	Exercícios motores, ortopédicos, neurológicos, respiratórios e cardiovasculares - tipo, modo de execução, frequência, etc. Equipamentos de ortopedia - manual, frequência, intensidade e locais da aquisição.	Toda a equipe Fisioterapeuta
Resíduos sólidos	Importância do descarte correto de materiais no ambiente hospitalar.	Psicologia Fonoaudiologia
Interação Medicamentos	Análise das possíveis interações medicamentosas	Toda a equipe Farmacêutico
		Fonoaudiologia, Psicologia

IBS:
 OUTROS ASPECTOS PODEM SER ABORDADOS A DEPENDER DA NECESSIDADE DO PACIENTE
 CASO O PACIENTE NÃO ASSINE PODE USAR A DIGITAL

- ENTREGA DE FOLDER
 Prejuízos e deveres dos Pacientes e de seus familiares Metas internacionais de Segurança do paciente
 Higiene das Mãos Risco de Queda Úlcera por pressão
 Termo que recebi e entendi as informações: Jesse Soares Cabral Data: 30/03/16
 (Assinatura ou Digital)

DATA/HORA	ASSUNTOS ABORDADOS	QUEM RECEBEU A ORIENTAÇÃO	*PACIENTE ENTENDEU	ASSINATURA/CARIMBO
30/03/16 4:00	Apresentação de folder sobre a importância do uso de pulseira	<input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> Outros/Quem? <u>Acomp</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

DATA/HORA	ASSUNTOS ABORDADOS	QUEM RECEBEU A ORIENTAÇÃO	*PACIENTE ENTENDEU	ASSINATURA/CARIMBO
		<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Outros/Quem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

DATA/HORA	ASSUNTOS ABORDADOS	QUEM RECEBEU A ORIENTAÇÃO	*PACIENTE ENTENDEU	ASSINATURA/CARIMBO
		<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Outros/Quem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	



Dr. Jansen Soares Cabral

DATA DE NASCIMENTO 05.03.86

Prontuário: 97357

12/04/16

Responsáveis: Cirurgião (a), Auxiliar, Anestesiista, Enfermeira (a) Instrumentador (a) e Circulante	Checkagem antes da indução anestésica	Checkagem antes da incisão cirúrgica	Checkagem antes do paciente ao sair da sala de cirurgia
Identificação (SIGN-IN)	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 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Idade? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Quantas horas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Procedimento planejado</p> <p>Sítio demarcado <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Usar dispositivo médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Está na sala e conferido?</p> <p>Consentimentos informados preenchidos e assinados:</p> <p>Para a anestesia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Para a cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Exames de imagem essenciais estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário):</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O paciente possui alergia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Quais?</p> <p>O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Equipamentos para assistência disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/kg)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Tempo de acesso epidural adequado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Tem reserva de sangue disponível? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA</p> <p>Cirurgião (a) 947</p>	<p>Instrumentador (a)</p> <p>Enfermeira (a) 94</p>	<p>Procedimento realizado: <i>Abdoesc. Toraco-torubar</i></p> <p>Contagem das compressas corretas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Contagem de agulhas corretas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>As amostras/biópsias para a anatomia patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento; local anômico de origem; quantidade de amostras)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Registros completos no prontuário:</p> <p>Do procedimento intraoperatório: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Do procedimento anestésico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Todos os medicamentos administrados foram registrados e checados?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Registros (CHECK-OUT)</p>



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em, 20/06/2016

Edson Manoel de Sousa Silva

Matrícula: 01.158-3

CPF: 575.084.334-07

CÓPIA DE PRONTUÁRIO



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: Jesse Sousa Cabral DMS/03/86

CLÍNICA: Nephrologia DATA: 12/04/16 HORÁRIO: 08:26

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

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

*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DA(O) ENFERMEIRA(O) E
IBO

ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE
ENFERMAGEM E CARIMBO





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 COMISSÃO DE CURATIVOS
 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH
 COMISSÃO DE ENFERMAGEM
 COMISSÃO DE QUALIDADE
 COORDENAÇÃO DA UTI

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 EM 20/05/2016
 ELIANA SILVA
 Nº 155-9
 Nº 393-97
 COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES DIÁRIAS PARA PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO - UPP

1. IDENTIFICAÇÃO:
 Paciente: JOÃO SOARES CABRAL Unidade Assistencial: UTI Leito: 07
 DN: 25103186 Data de Admissão: 20/04/16
 Data de Admissão na UTI: 20/04/16 Procedência: COLÔNIA CARMINHO

2. AVALIAÇÃO

2.1.1 Admitido neste serviço com UPP: SIM NÃO

2.1.2 Localização Anatômica: _____

2.1.3 Estágio: I II III IV

2.1.4 Data: ____/____/____

2.2 Riscos de nova (s) UPP (s): SIM NÃO

2.3 Surgimento de UPP neste serviço: SIM NÃO

2.3.1 Localização Anatômica: _____

2.3.2 Estágio I II III IV

2.3.3 Data: ____/____/____

2.4 Condições Nutricionais Satisfatória Não Satisfatória

2.5 Incontinência: Urinária Fecal Ausente

2.6 Avaliação da Dor: SIM NÃO

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	PONTUAÇÃO
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	3
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	2
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à Cama	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	1
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações	3
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	3
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problemas	Problema em Potencial	Nenhum Problema		1
TOTAL					13



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO SERVIÇO SOCIAL

Apd. 23/03/16

AVALIAÇÃO SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Jesse Soares Cabral
Número: 97357 Clínica: Neurologia 315/05
Idade: 25/03/86 Estado Civil: _____
CPF: 162.27.863.247-0005
Sexo: M Cor: Branca Preta Parda Amarela Índio
Endereço: Rua 6 nº 10 Lqz. Cidade Verde Bairro: Satélite
Município: Teressina - Piauí Telefones: (86) 98839-7286
Parentesco (se for diferente): Walth Soares Cabral (Irmão) / Gláucio (Esposa)
Possui alguma deficiência? SIM NÃO Qual? _____
Acidente? SIM NÃO
Analfabeto? Não Alfabetizado Fundamental Médio Superior
Religião: Não Tem Católica Evangélica Espírita Outra: _____

SITUAÇÃO ECONÔMICA - PROFISSIONAL - PREVIDENCIÁRIA

Ocupação: Mototaxista Ocupação: _____
Local de Trabalho: Teressina - Piauí
Tipo de Trabalho: Formal Informal Acidente de Trabalho: SIM NÃO
PREVIDENCIÁRIA
Em Atividade: Auxílio Doença Autônomo Dependente Desempregado
Pensionista: Aposentado Sem Vínculo BPC
RENDIMENTOS / RENDA
Renda Própria: Sem Renda Própria Menos de 1 SM Entre 1 e 3 SM Entre 3 e 5 SM Entre 5 e 10 SM
Mais de 10 SM Depende da Renda Familiar

SITUAÇÃO HABITACIONAL

Residência: Própria Alugada Cedida Agregada Tipo: Casa Apartamento
Água Encanada: SIM NÃO Luz Elétrica: SIM NÃO
Saneamento Básico: SIM NÃO Coleta de Lixo Regular: SIM NÃO
Acesso: Plano Ladeira Elevador Rampa Escada

INFORMAÇÕES GERAIS

Caso de Acidente solicitou o DPVAT: SIM NÃO
Requerendo TFD: SIM NÃO Não se Aplica
Requerendo Liberação: SIM NÃO Não se Aplica
Acidente Informado Sobre Proposta de Tratamento: SIM NÃO Com Dúvidas

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
EEL 20
09/06
Cláudia 2016
COORDENADORIA GERAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇO SOCIAL
15-100-303-77




31505

UTI - I
14.00h

neu
1204/1

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CONFORTO 2009/6 2016 Silva	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		3 - CNES	
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS		2 7 2 6 9 7 1	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4 - CNES	
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS		2 7 2 6 9 7 1	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO
José Carlos Cabral			
7 - CARTEIRO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
109278630470005		2/03/1986	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			10 - SEXO
Mama Emíliel Soares Cabral			MASC. <input checked="" type="checkbox"/> 1 FEM. <input type="checkbox"/> 2
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)			11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓDIGO IBGE - MUNICÍPIO	15 - UF
16 - CEP			
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	
20 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID10 PRINCIPAL	24 - CID10 SECUNDÁRIO
		25 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
Necessário de UTI outrole se torça lombos			
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			30 - DATA DA SOLICITAÇÃO
Gustavo Henrique Macedo de Sales Junior			12/04/16
31 - DOCUMENTO		32 - ASSINATURA E CARRERA (N° REGISTRO DO CONSELHO)	
1 - CNS			



SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

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

Atendimento:
93478

Profissional: 97357 Nome: JESSE SOARES CABRAL
 Endereço: RUA INGA 10 CENTRO
 Cidade: TERESINA UF: PI CEP: 64000-010

Sexo: M DT. Nasc: 25/03/1986 Idade: 29 Anos Estado Civil: U Profissão: MOTOBOY
 Matr. Profissional: 23/03/2016 Telefone: 86 -9883.97286 Cartão SUS: 162278632470005 CPF: 04186778329

Justificativa:

HOSPITAL GETULIO VARGAS
 CONSERVE COMO ORIGINAL
 Em, 20 de Maio de 2016
 Edna ...
 Matr. Profissional: ...
 CPF: 279.100.308-97
 CÓPIA DE PROTOCOLOS

Data	Assinatura
3/03/2016	Heloides Pereira Ribeiro do Nascimento
4/03/2016	Heloides Pereira Ribeiro do Nascimento
5/03/2016	Heloides Pereira Ribeiro do Nascimento
6/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
7/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
8/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
9/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
10/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
11/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
12/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
13/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
14/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
15/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
16/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
17/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
18/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
19/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
20/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
21/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
22/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
23/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
24/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
25/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
26/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
27/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
28/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
29/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
30/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes
31/03/16	Gilvãnderson Soares Mendes

Assinatura: _____

Ass. Médico Solicitante

Assinatura do Auditor: _____

Assinatura - CPF



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Jussé Azevedo
DA CLÍNICA: Urologia
À CLÍNICA: Urologia

MOTIVO DA CONSULTA

Febre Inf.
urinária (?)

DATA: 6, 4, 16

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente em tratamento de febre urinária.
Tratamento com antibiótico de primeira
linha (oxitetraciclina): 15 a 30 dias (se necessário)

Atm. JGV

531 Paciente em tratamento de febre urinária.
Tratamento com antibiótico de primeira
linha (oxitetraciclina): 15 a 30 dias (se necessário)

Yane C. Siqueira Resende
Gerente / Hospitalista
Assistência Domiciliar
Cep. PI: 5066

05/04/16


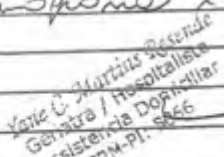
DATA: 1 / 1 /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

IGV



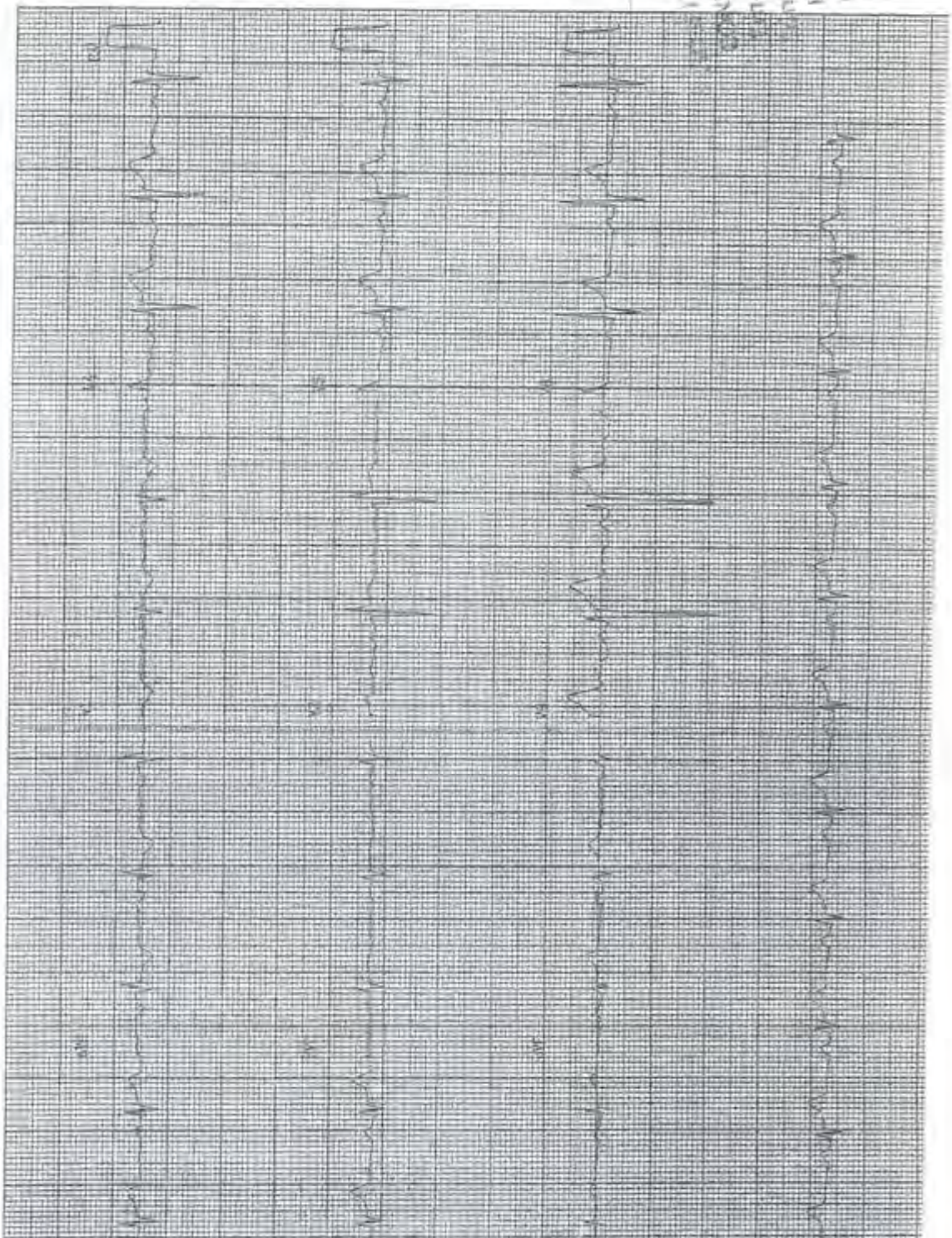
REQUISIÇÃO DE PARECER

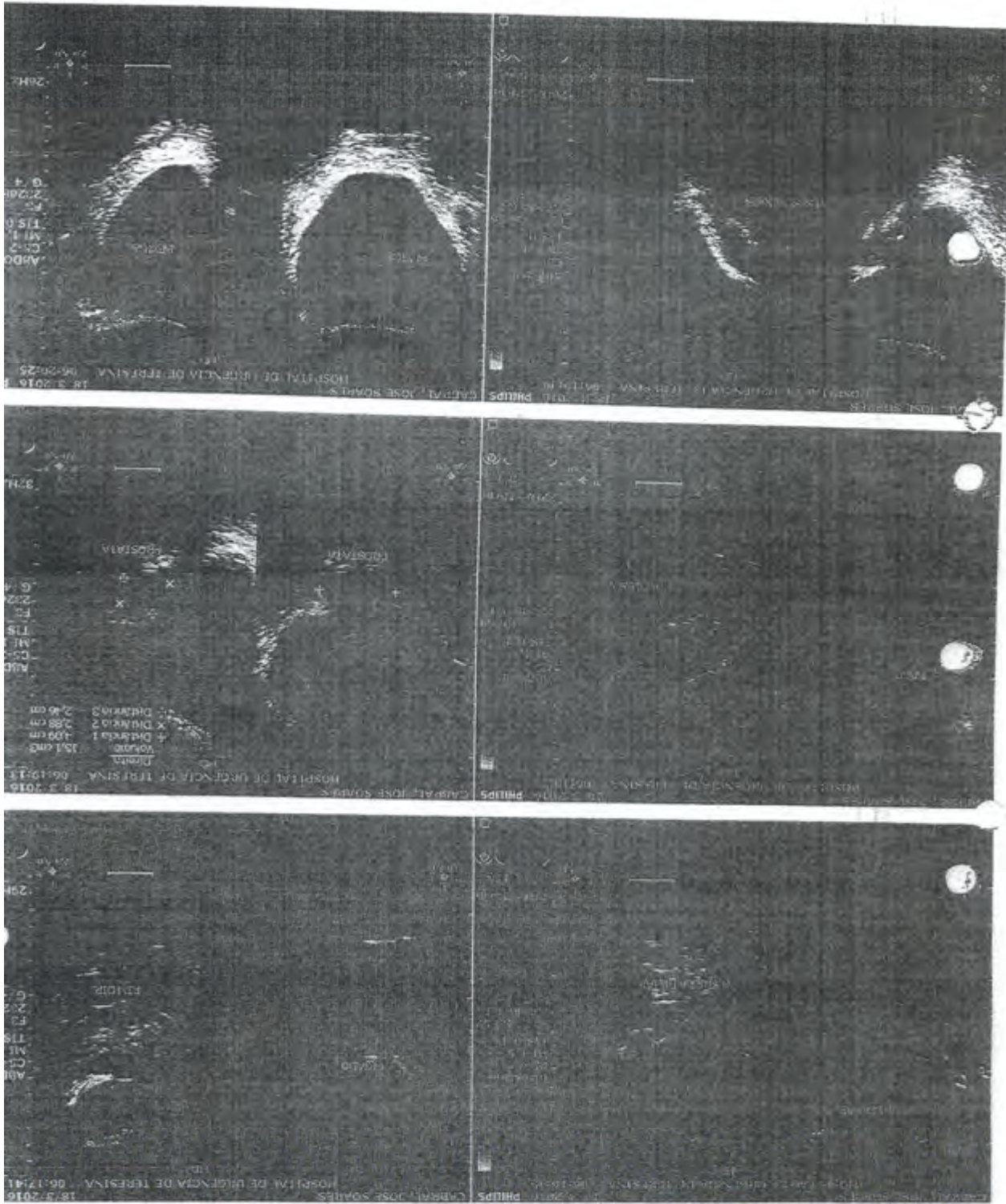
NOME:	<u>Jussé Azevedo</u>
DA CLÍNICA:	<u>Neuro</u>
À CLÍNICA:	<u>Ortodontia</u>
MOTIVO DA CONSULTA	
<u>Febre Inf. urinária (?)</u>	
DATA:	<u>6, 4, 16</u>
 CONSULTANTE Dr. Reynaldo Mendes CRM-PI: 122.163-49	
PARECER:	
<u>Realizar em pré-operatório de rotina</u>	
<u>colúmbios com plano de trabalho</u>	
<u>CRM (ODONTOLÓGICO): 15 e 20. pontos (16/16)</u>	
<u>Mil. IZV</u>	
<u>Col: Roubo IP (TV) 12/12, dos dentes IP 8/9L</u>	
<u>soluções ortodontia + ortognato e função oral</u>	
<u>procedimentos ortodontia</u>	
 ASSISTENTE DOPRECATAR Yane C. Martins Ginecista / Hospitalista CRM-PI: 8866	
<u>05/04/16</u>	
DATA:	_____
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA	

IGV



VITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
20/08/2016
Rafael de Siva
RTE (Mortuário) 0100000-9
Mortuário S.C. 500-97
VIA DE PRONTUÁRIO





HOSPITAL GETULIO VARGAS
 CONEXÃO COM O MUNDO





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.664/0104-43

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 4d** Sexo: **M**
Pedido: **1464** Data Pedido: **28 de Marco de 2016**
Médico Solicitante: **ABIMAEI SOARES DA ROCHA NETO**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 28 de Marco de 2016

COAGULOGRAMA

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

TEMPO DE COAGULACAO.....: 6,0 min
METODO: LEE-WHITE
VALOR DE REFERENCIA: ATÉ 12 MINUTOS

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

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

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 28/03/2016
Edna Maria *[assinatura]* de Silva
Matrícula: 10065-9
CPF: 100.103-97
Coordenadora de Laboratório





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 08.553.584/0104-43

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 4d** Sexo: **M**
Pedido: **1464** Data Pedido: **28 de Marco de 2016**
Médico Solicitante: **ABIMAEEL SOARES DA ROCHA NETO**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 28 de Marco de 2016

HEMOGRAMA COMPLETO:

ERITROGRAMA:

			VALORES DE REFERENCIA	
			Homem	Mulher
Hemácias:	5,01	milh/mm3	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina:	15,60	g/dL	12,0 - 18,0	
Hematócrito:	47,30	%	36,0 - 54,0	
VCM:	94,41	fl	80,0 - 94,0	
HCM:	31,14	pg	27,0 - 32,0	
CHCM:	32,98	g/dL	32,0 - 36,0	

LEUCOGRAMA:

		%	VALORES DE REFERENCIA
Leucócitos:	6830,0	mil/mm3	4.000 - 11.000
Neutrófilos:		0,0	
Mielócitos:		0,0	
Metamielócitos:		2 a 10%	0 - 440
Bastões:		0 a 3%	1.600 - 7.700
Segmentados:	70,00	0 a 4%	40 - 550
Eosinófilos:	6,00	40 a 70%	0 - 330
Basófilos:		1 a 5%	1.000 - 4.500
Linfócito:	18,00	20 a 50%	80 - 1.000
Monócitos:	6,00		

EOSINOFILIA DISCRETA.

		VALORES DE REFERENCIA
Plaquetas:	302.000,0 mm/3	150.000 mm/3 a 450.000 mm/3
VPM:	7,3	
Plaquetócrito:	0,221	

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 20 de Março de 2016

do: Impedância/Difracções



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

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 4d** Sexo: **M**
Pedido: **1464** Data Pedido: **28 de Marco de 2016**
Médico Solicitante: **ABIMAEI SOARES DA ROCHA NETO**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **28 de Marco de 2016**

UREIA **44,00 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
10 a 50 mg/dl

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 28 de Marco de 2016
Edna Maria *[Assinatura]*
Matrícula: 020055-9
CPF: 079.080.808-07
CÁRTER DE PRONTUÁRIOS





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

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 4d** Sexo: **M**
Pedido: **1464** Data Pedido: **28 de Marco de 2016**
Médico Solicitante: **ABIMAEI SOARES DA ROCHA NETO**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 28 de Marco de 2016

CREATININA **0,80 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,3 mg/dl

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 28/03/2016
Edna Maria *[Assinatura]* da Silva
Matrícula: 045065-9
CPF: 275.030.303-97





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:64000000 CNPJ: 08.553.564/0104-43

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 4d** Sexo: **M**
Pedido: **1464** Data Pedido: **28 de Marco de 2016**
Médico Solicitante: **ABIMAEI SOARES DA ROCHA NETO**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 28 de Marco de 2016

POTÁSSIO

RESULTADO.....: 4,50 mEq/l

Material: Soro

Valores de Referência: 3,5 A 5,5 mEq/l

SÓDIO

RESULTADO.....:134,00 mEq/L

VALOR DE REFERENCIA: 130 A 145 mEq/L

Material: Soro

TEMPO ATIVIDADE PROTROMBINA (TAP)

TAP: (s)14,00
% (%):100,00
I.N.R.: ()1,00

VALOR DE REFERÊNCIA:13,5s
LIAL: PLASMA

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Em 20/03/2016
Cristina de Silva
Atividade: 019065-3
CPF: 75.080.303-37





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

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 20d** Sexo: **M**
Pedido: **2716** Data Pedido: **13 de Abril de 2016**
Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**
Setor Solicitante: **UTII**
Unid. Internação / Leito: **UTII / UTII**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **13 de Abril de 2016**

CALCIO IONICO.....: **1,23 mmol/l**
Material: Sangue Método: Eletrodo Seletivo Valor de Referência
1,12 a 1,32 mmol/l
CREATININA.....: **0,60 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,3 mg/dl
FOSFORO.....: **3,70 mg/dl**
Material: Sangue Método: Enzimático UV Valores Referenciais:
Criança: menores de 1 ano, até 13,0 mg/dl
Criança de 1 ate 13 anos, 3.0 a 7.0 mg/dl
Adultos: 2.5 a 4.8 mg/dl

GLICEMIA

RESULTADO.....: **84,00 MG/DL**

VALOR DE REFERÊNCIA: NEGATIVO
MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO
MATERIAL: SORO/PLASMA

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em _____
Edna Maria de Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 275.172303-97
CARGO: ENFERMEIRO





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

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
 Prontuário: **97357**
 Dt. Nasc.: **25/03/1986**
 Pedido: **2716**
 Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**
 Setor Solicitante: **UTII**
 Unid. Internação / Leito: **UTII / UTII**
 Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Atendimento: **93478**
 Idade: **30a 0m 20d**
 Data Pedido: **13 de Abril de 2016**
 Sexo: **M**

Data do Laudo: 13 de Abril de 2016

POTASSIO.....: 4,00 mEq/L
 Material: Soro Método: Eletrodo Seletivo Valor de Referência: 3,5 a 5,5 mEq/l

SODIO.....: 138,00 mEq/L
 Material: Soro Método: Eletrodo Seletivo Valor de Referência: 130 a 145 mEq/l

CLORO

RESULTADO.....:100,0

VALORES DE REFERÊNCIA: 96 A 105

UREIA.....29,00 mg/dl
 Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência: 10 a 50 mg/dl

HOSPITAL GETULIO VARGAS
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em: 29/06/2016
 Edna Beatriz de Azevedo
 Nutricionista: 020365
 CPF: 15.081.7



Jesse Soares Cabral
UTI 1 leito 7

HOSPITAL GETULIO VARGAS
LABORATORIO - HEMATOLOGIA

LABORATORIO DE HEMATOLOGIA
LABORATORIO DE HEMATOLOGIA

LABORATORIO DE HEMATOLOGIA
LABORATORIO DE HEMATOLOGIA

X B RBC: 9/14 X B WBC: 5/10

S-80
ANV 12

BRUNO ZIN
DIEGO SILVA
CRISTIANE
177

MOA
MOA
Bast 06

HEMATEC
HEMATEC
HEMATEC

hemácias normais.
granulações tóxicas finas em
alguns neutrófilos.

HCT: 28.0%
HGB: 10.6 g/dL
HbA1c: 15.6% (ESD)

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 20/06/2016
Edna Maria Andrade Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 75.080.303-97
DEPARTAMENTO DE PRONTUÁRIOS

TAP 35,3" 100% INR 3,00

TPa 32,7"

74

dosa 4,5

T60 26

T60 45





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

1207

Paciente: JESSE SOARES CABRAL
Prontuário: 97357
Dt. Nasc.: 25/03/1986
Pedido: 2716
Médico Solicitante: REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR
Setor Solicitante: UTI I
Unid. Internação / Leito: UTI I / UTI I
Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 93478
Idade: 30a 0m 20d
Data Pedido: 13 de Abril de 2016
Sexo: M

Data do Laudo: 13 de Abril de 2016

HEMOGRAMA COMPLETO:

ERITROGRAMA:

Hemácias:	4,18	milh/mm ³	12,0 - 18,0
Hemoglobina:	13,40	g/dL	36,0 - 54,0
Hematócrito:	38,80	%	80,0 - 94,0
VCM:	92,82	fl	27,0 - 32,0
HCM:	32,06	pg	32,0 - 36,0
CHCM:	34,54	g/dL	

VALORES DE REFERENCIA
Homem 4,5 - 6,5
Mulher 3,9 - 5,8

LEUCOGRAMA:

Leucócitos:	13800,0	mil/mm ³	4.000 - 11.000
Neutrófilos:		0,0	
Mielócitos:		0,0	
Metamielócitos:		0 a 4%	0 - 440
Bastões:	5,00	40 a 70%	1.600 - 7.700
Segmentados:	82,00	1 a 5%	40 - 550
Eosinófilos:	1,00	0 a 3%	0 - 330
Basófilos:		20 a 50%	1.000 - 4.500
Linfócito:	8,00	2 a 10%	80 - 1.000
Monócitos:	4,00		

VALORES DE REFERENCIA
4.000 - 11.000

leucocitose com neutrofilia

Plaquetas: 295.000,0 mm³
VPM: 8,1
Plaquetócrito:

VALORES DE REFERENCIA
150.000 mm³ a 450.000 mm³





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

1 L07

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**

Prontuário: **97357**

Atendimento: **93478**

Dt. Nasc.: **25/03/1986**

Idade: **30a 0m 20d**

Sexo: **M**

Pedido: **2716**

Data Pedido: **13 de Abril de 2016**

Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**

Setor Solicitante: **UTII**

Unid. Internação / Leito: **UTII / UTII**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **13 de Abril de 2016**

HEMOGRAMA COMPLETO:

ERITROGRAMA:

			VALORES DE REFERENCIA	
			Homem	Mulher
Hemácias:	4,18	milh/mm ³	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina:	13,40	g/dL	12,0 - 18,0	
Hematocrito:	38,80	%	36,0 - 54,0	
VCM:	92,82	fl	80,0 - 94,0	
HCM:	32,06	pg	27,0 - 32,0	
CHCM:	34,54	g/dL	32,0 - 36,0	

LEUCOGRAMA:

		%	VALORES DE REFERENCIA
Leucócitos:	13800,0	mil/mm ³	4.000 - 11.000
Neutrófilos:		0,0	
Mielócitos:		0,0	
Metamielócitos:		0 a 4%	0 - 440
Bastões:	5,00	40 a 70%	1.600 - 7.700
Segmentados:	82,00	1 a 5%	40 - 550
Eosinófilos:	1,00	0 a 3%	0 - 330
Basófilos:		20 a 50%	1.000 - 4.500
Linfócito:	8,00	2 a 10%	80 - 1.000
Monócitos:	4,00		

leucocitose com neutrofilia

Plaquetas: 295.000,0 mm³
VPM: 8,1
Plaquetócrito:

VALORES DE REFERENCIA
150.000 mm³ a 450.000 mm³

HOSPITAL GETULIO
CONFERE CO
20





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

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**

Prontuário: **97357**

Atendimento: **93478**

Dt. Nasc.: **25/03/1986**

Idade: **30a 0m 13d**

Sexo: **M**

Pedido: **2242**

Data Pedido: **06 de Abril de 2016**

Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**

Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**

Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **06 de Abril de 2016**

HEMOGRAMA COMPLETO:

ERITROGRAMA:

		VALORES DE REFERENCIA	
		Homem	Mulher
Hemácias:	4,54 milh/mm ³	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina:	14,30 g/dL	12,0 - 18,0	
Hematocrito:	42,80 %	36,0 - 54,0	
VCM:	94,27 fl	80,0 - 94,0	
HCM:	31,50 pg	27,0 - 32,0	
CHCM:	33,41 g/dL	32,0 - 36,0	

HEMACIAS NORMAIS.

LEUCOGRAMA:

		%	VALORES DE REFERENCIA
Leucócitos:	5820,0	mil/mm ³	4.000 - 11.000
Neutrófilos:		0,0	
Mielócitos:		0,0	
Metamielócitos:		0 a 4%	0 - 440
Bastões:		40 a 70%	1.600 - 7.700
Segmentados:	66,00	1 a 5%	40 - 550
Eosinófilos:	9,00	0 a 3%	0 - 330
Basófilos:		20 a 50%	1.000 - 4.500
Linfócito:	22,00	2 a 10%	80 - 1.000
Monócitos:	3,00		

		VALORES DE REFERENCIA
Plaquetas:	263.000,0 mm ³	150.000 mm ³ a 450.000 mm ³
VPM:	7,6	
Plaquetócrito:	0,196	

Método: Impedância/Difrações



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

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 13d** Sexo: **M**
Pedido: **2242** Data Pedido: **06 de Abril de 2016**
Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **06 de Abril de 2016**

CREATININA **0,70 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,3 mg/dl

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Emi. 20/06/16
Edna Maria
Médica
CPF: 27





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

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 13d** Sexo: **M**
Pedido: **2242** Data Pedido: **06 de Abril de 2016**
Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **06 de Abril de 2016**

POTÁSSIO

RESULTADO.....: 3,80 mEq/l

Material: Soro

Valores de Referência: 3,5 A 5,5 mEq/l

SÓDIO

RESULTADO.....:131,00 mEq/L

VALOR DE REFERENCIA: 130 A 145 mEq/L

Material: Soro

UREIA.....23,00 mg/dl

Material: Soro Método: Enzimático

Valor de Referência:
10 a 50 mg/dl

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGIN
Em: 20/04/2016
Edna Maria
Matr: 0116





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

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 13d** Sexo: **M**
Pedido: **2195** Data Pedido: **06 de Abril de 2016**
Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 06 de Abril de 2016

HEMOGRAMA COMPLETO:

ERITROGRAMA:

		VALORES DE REFERENCIA	
		Homem	Mulher
Hemácias:	5,64 milh/mm3	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina:	12,60 g/dL	12,0 - 18,0	
Hematocrito:	39,00 %	36,0 - 54,0	
VCM:	69,15 fl	80,0 - 94,0	
HCM:	22,34 pg	27,0 - 32,0	
CHCM:	32,31 g/dL	32,0 - 36,0	

DISCRETA MICROCITOSE E ANISOCITOSE.

LEUCOGRAMA:

		%	VALORES DE REFERENCIA
Leucócitos:	8430,0	mil/mm3	4.000 - 11.000
Neutrófilos:		0,0	
Mielocitos:		0,0	
Metamielocitos:		0 a 4%	0 - 440
Bastões:		40 a 70%	1.600 - 7.700
Segmentados:	42,00	1 a 5%	40 - 550
Eosinófilos:	16,00	0 a 3%	0 - 330
Basófilos:		20 a 50%	1.000 - 4.500
Linfócito:	32,00	2 a 10%	80 - 1.000
Monócitos:	10,00		

EOSINOFILIA EVIDENTES.

		VALORES DE REFERENCIA
Plaquetas:	301.000,0 mm/3	150.000 mm/3 a 450.000 mm/3
VPM:	7,6	
Plaquetócrito:	0,227	

do. Impedância/Difracções

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM
Em: 9
Ed:





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

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 13d** Sexo: **M**
Pedido: **2195** Data Pedido: **06 de Abril de 2016**
Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **06 de Abril de 2016**

CREATININA **0,56 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,3 mg/dl

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em. **Edna Maria**
Márcula: **Edna Maria**
CPF: **75.080.30**





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

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 13d** Sexo: **M**
Pedido: **2195** Data Pedido: **06 de Abril de 2016**
Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 06 de Abril de 2016

POTÁSSIO

RESULTADO.....: **4,20 mEq/l**

Material: Soro

Valores de Referência: 3,5 A 5,5 mEq/l

PROTEINA C REATIVA QUANTITATIVA

RESULTADO.....

METODO: AGLUTINAÇÃO
VALOR DE REFERENCIA: - NEGATIVO: < 6,0 MG/L
MATERIAL: SORO

OBSERVAÇÃO: NÃO REAGENTE

SÓDIO

RESULTADO.....: **140,00 mEq/L**

VALOR DE REFERENCIA: 130 A 145 mEq/L
Material: Soro

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 20 de Abril de 2016
Edno Manoel Gomes de Silva
Matricula: 029055-9
CPF: 275.080.303-97
CARTA DE PRONTUÁRIOS





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 08.553.584/0104-43

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 13d** Sexo: **M**
Pedido: **2195** Data Pedido: **06 de Abril de 2016**
Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 06 de Abril de 2016

COAGULOGRAMA

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

TEMPO DE COAGULACAO.....: 6,0 min
METODO: LEE-WHITE
VALOR DE REFERENCIA: ATÉ 12 MINUTOS

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

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

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 2016/06/2016
Edna Maria *[Assinatura]* de Silva
Matrícula: 029065-9
CPF: 275.080.303-97
CÁDIA DE PRONTUÁRIOS



neurologia 315-05



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 08.553.564/0104-43

Paciente: JESSE SOARES CABRAL
Prontuario: 97357 Atendimento: 93478
Dt. Naso: 25/03/1986 Idade: 30a 0m 11d Sexo: M
Pedido: 1980 Data Pedido: 04 de Abril de 2016
Médico Solicitante: ABIMAEI SOARES DA ROCHA NETO
Setor Solicitante: NEUROLOGIA
Unid. Internação / Leito: NEUROLOGIA / 315
Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 04 de Abril de 2016

SUMÁRIO DE URINA

CARACTERES FÍSICOS VALORES DE REF.

ASPECTO.....	TURVO	Límpido
COR.....	AMARELO CLARO	
	Amarelo Citrino	
PH.....	6,	5 - 6
DENSIDADE.....	1025	1.015 - 1.025

PESQUISA BIOQUÍMICA

PROTEÍNAS.....	TRAÇOS	Ausente
GLICOSE.....	AUSENTE	Ausente
CORPOS CETÔNICOS.....	AUSENTE	Ausente
HEMOGLOBINA.....	AUSENTE	Ausente
BILIRRUBINA.....	AUSENTE	Ausente
UROBILINOGÊNIO.....	NORMAL	Ausente
NITRITO.....	AUSENTE	Ausente

SEDIMENTOSCOPIA

PIÓCITOS.....	15 20 POR CAMPO.	5 p/campos
CÉLULAS EPITELIAIS.....	RAROS	Ausente
CILINDROS.....	AUSENTE	Ausente
HEMÁCIAS		Ausente
MICROBIOTA		
DISCRETAMENTE AUMENTADA RAROS CRISTAIS DE OXALATO DE CÁLCIO.		

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
04/04/2016





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

Paciente: **JESSE SOARES CABRAL**
Prontuário: **97357** Atendimento: **93478**
Dt. Nasc.: **25/03/1986** Idade: **30a 0m 13d** Sexo: **M**
Pedido: **2195** Data Pedido: **06 de Abril de 2016**
Médico Solicitante: **REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR**
Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / 315**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 06 de Abril de 2016

TEMPO ATIVIDADE PROTROMBINA (TAP)

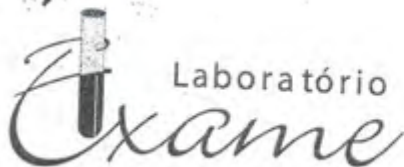
TAP: (s)13,20
% (%):100,00
I.N.R.: ()1,00

VALOR DE REFERÊNCIA: 13,5s
MATERIAL: PLASMA

UREIA.....37,00 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
10 a 50 mg/dl

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 20/06/2016
Edna Maria de Sousa Silva
Médica - CRM 15-9
CPF: 775.109.303-97
CÁRTELA DE IDENTIFICAÇÃO





Laboratório



PACIENTE
Jesse Soares Cabral - Idade: 30 (A)
MEDICO(A)
Yane Martins Resende

DATA
06/04/16 13:47

CONVÊNIO: HOSPITAL
GETULIO VARGAS
NEURO ENF 313 L 05



CULTURA DE URINA

GERME(S) ISOLADO(S)

Resultado

Método : Cultura de Material Biológico
V.R. :
Material : Urina - Bacteriologia

Escherichia coli
Quantitativo >100.000 UFC/ml
Teste ESBL: Negativo

Liberado Eletronicamente por:

Gildevane Nascimento
CRP 518

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 20/06/2016
Edna Maria
Matriculo: 20066-9
CPF: 275.588.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO





Laboratório



PACIENTE
Jesse Soares Cabral - Idade: 30 (A)
MEDICO(A)
Yane Martins Resende

DATA
06/04/16 13:47

CONVÊNIO: HOSPITAL
GETULIO VARGAS
NEURO ENF 313 L 05



ANTIBIOGRAMA

GERME(S) ISOLADO(S)	Escherichia coli
SENSÍVEL	Amicacina
	Cefepime
	Cefotaxima
	Ceftazidima
	Ceftriaxona
	Ciprofloxacino
	Ertapenem
	Gentamicina
	Imipenem
	Meropenem
	Tigeciclina

Método.....Disco Difusão

Material.....Urina de Jato médio

Observação...:A sensibilidade aos antimicrobianos foi avaliada segundo orientação do CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) vigente.

Liberação Eletronicamente por:

Gildevane Nascimento
CR 518

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 20/04/2016
Edna Maria de Fátima Silva
Matricula: 010905-9
CPF: 275.080.303-97
ÁREA DE PRONTUÁRIO



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO: _____ LEITO: 315-05 PROCEDIMENTO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME: Gené Soares Albrú

Data: 01/04/16 _____ dia de UTI/Diagnóstico: _____

M A N H Ã	Nível de consciência: <u>luciente e orientado</u>
	Padrão de Resposta Motora: <u>monofasia MID.</u>
	S. Respiratório: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea - VAA: () TOT - () TQT
	Ritmo: <u>superficial</u> Profundidade <u>superficial</u> FR(espontânea) <u>17 bpm</u>
	Tosse: () Produtiva () Seca - Ausculta Pulmonar: <u>mv +, globalmente, S/R</u>
	Secreção: () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 Aspecto: _____
	Oxigenoterapia: _____
	S. Cardiovascular: PA: _____ FC: <u>43 bpm</u> Perfusão Capilar: _____
	Conduta Fisioterapêutica: (<input checked="" type="checkbox"/>) Respiratória (<input checked="" type="checkbox"/>) Motora
	Observações: <u>08:30 - Paciente aguardando cirurgia, "SSVV"</u>

Antônio Hélio
Carimbo/Assinatura

Silvana Macedo de Sales
Fisioterapeuta
REG. Nº 026.202/2015

T A R D E	Nível de consciência: <u>luciente e orientado</u>
	Padrão de Resposta Motora: <u>monofasia MID</u>
	S. Respiratório: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea - VAA: () TOT - () TQT
	Ritmo: <u>superficial</u> Profundidade <u>superficial</u> FR(espontânea) <u>18 bpm</u>
	Tosse: () Produtiva () Seca - Ausculta Pulmonar: <u>mv +, norm</u>
	Secreção: () -/4 () +/4 () ++/4 () +++/4 Aspecto: _____
	Oxigenoterapia: _____
	S. Cardiovascular: PA: _____ FC: <u>80 bpm</u> Perfusão Capilar: _____
	Conduta Fisioterapêutica: (<input checked="" type="checkbox"/>) Respiratória (<input checked="" type="checkbox"/>) Motora
	Observações: _____

Francisco Vinícius
Carimbo/Assinatura

Francisco Vinícius
Fisioterapeuta - 117134-F





315-5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE DO PIAUÍ
GETÚLIO VARGAS

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - 1

CLIENTE	SEXO	PRONTUÁRIO	INTERNAÇÃO	LEITO	ADMISSÃO - HORA	PROCEDÊNCIA
RENILSON DA SILVA	M	97357	93478	07	12/04/16-13:30	CC-NEUROQUIRURGIA
LOCALIZADO	IMC	ASC	DROGA ALERGÊNICA / REAÇÃO PRÉVIA / SENSIBILIDADE			
IDADE / SEXO	PESO ATUAL	PESO IDEAL	MÉDICO ASSISTENTE			
25A			DR REINALDO			
PÓSSE DIAGNÓSTICA / DIAGNÓSTICO						
URTI-CARINHEIRA						
DI DE ANTIBIÓTIOS TDIACOLIMBAR						

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	SIGNATURA
9/04/2016	1. Dieta oral livre	1 (MIA)	
	2. SF 0,9% 1000ml IV p/ 24h	2 (MIA)	
	3. Cefepime 1gr+ AD IV de 8/8hs	5:30	
	4. Rimtidina 50MG + ad iv de 8/8hs	5:30	
	5. SF 0,9% 500 ml IV ACM	9:06	
	6. Liguemine 5000ui/0,25ml SC de 12/12hs	9:24	
	7. Dipirona 500mg/ml 2ml + AD EV 4/4h	9:24	DB
	8. Bromoprida 5mg/ml - 01amp + AD EV 6/6h ACM		
	9. Glicemia capilar ACM		
	10. Insulina Regular SC conforme glicemia: 181 - 220: 4UI 221 - 260: 6UI 261 - 300: 8UI >300: 10UI		
	11. Glicose 50% 40ml EV se glicemia <80mg/dl. Repetir glicemia 30 e 60min.		
	12. Clorexidina 0,12% para higiene oral 4 x dia		
	13. Fisioterapia motora e Respiratória		
	SVR		
	ALTA DA UTI		

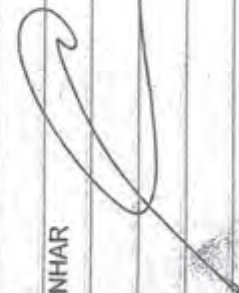

ALTA - UTI II
13/04/2016
13:04

Alessandra de Sousa
Téc. em Enfermagem
COREN: 381264

Dr. Renaldo
Médico Assistente
COREN-PI 73035



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE JESSE SOARES CABRAL	DATA NASC. 25/03/1986	CLÍNICA NEURO	ENFERMARIA 315	LEITO 05	MÉDICO ASSISTENTE REYNALDO
DATA/HORA 15/04/16	PRESCRIÇÃO MÉDICA <i>po do y de la toule - lo - bar</i> <i>: baacouls.</i>		OBSERVAÇÃO INTERDISCIPLINAR		
	HORÁRIOS <i>Alta</i>				
	1. DIETA ORAL LIVRE 2. RANITIDINA 150MG 1CP VO 2 X DIA 3. CLOREXIDINA 0,12% para HIGIENE ORAL 4 X DIA 4. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA 5. SVD 6. CAMINHAR				
					
					
	HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CONFERE COM ORIGINAL Em, <i>20 de Maio 2016</i> Edna Maria <i>[Signature]</i> de Silva Matrícula: 010065-9 CPF: 275.080.303-97				

MOD. 08-HGV





Termo Aditivo Nº 20/2018 - PJPI/TJPI/SGC

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA Nº 69/2015, QUE ENTRE SI CELEBRAM O TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ E A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT.

O TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ-TJPI, inscrito no CNPJ sob nº 06.981.344/0001-05, com sede na Praça Desembargador Edgard Nogueira, S/N, Centro Cívico, em Teresina, capital do Estado do Piauí, neste ato representado pelo Excelentíssimo Senhor Presidente Desembargador **ERIVAN JOSÉ DA SILVA LOPES** e a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, cidade do Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20031-205, doravante denominado **CONVENIADO**, neste ato representado pelo seu Diretor Presidente **JOSÉ ISMAR ALVES TÓRRES** e Diretor Jurídico **HÉLIO BITTON RODRIGUES**.

Considerando a necessidade de manutenção da cooperação técnica entre os partícipes, objetivando o estabelecimento das bases de cooperação com vistas a realização de perícias médicas em ações envolvendo Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores de Via Terrestre - DPVAT;

Considerando outrossim, as deliberações emanadas nos autos do Processo SEI nº 17.0.000028364-9, objetivando a renovação do convênio;

RESOLVEM ADITAR o CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA Nº 69/2015, para fazer constar o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO - Este Aditivo tem por objeto prorrogar, por igual período, o prazo de vigência estabelecido pela Cáusula Quarta do Convênio nº 69/2015.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO - Permanecem inalteradas as demais cláusulas do Convênio acima mencionado.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO – A publicação do presente Termo será providenciada pelo Tribunal de Justiça do Estado do Piauí, no Diário da Justiça, em conformidade com o que estabelece o parágrafo único do art. 61, da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA QUARTA – DO FORO - Fica eleito o foro de **TERESINA**, capital do Estado do Piauí, como competente para dirimir qualquer dúvida ou litígio decorrente deste aditivo.

E estando as partes de pleno acordo, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Teresina, 11 de fevereiro de 2018

Desembargador ERIVAN LOPES
Presidente do Tribunal de Justiça do Estado do Piauí

JOSÉ ISMAR ALVES TÓRRES
Diretor Presidente da Seguradora Lider

HÉLIO BITTON RODRIGUES
Diretor Jurídico da Seguradora Lider





Diário da Justiça do Estado do Piauí

ANO XL - Nº 8426 Disponibilização: Quinta-feira, 3 de Maio de 2018 Publicação: Sexta-feira, 4 de Maio de 2018

SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 25/2016 - TJ/PI PROCESSO SEI nº: 18.0.000017135-9 CONVENIENTE: Tribunal de Justiça do Estado do Piauí **CNPJ Nº:** 06.981.344/0001-05 **CONVENIADO:** TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PIAUÍ **CNPJ Nº:** 05.818.935/0001-01 **OBJETO:** a prorrogação do período de vigência do Convênio 25/2016, nos termos autorizados pelo art. 116, c/c art. 57, II, da Lei nº 8.666/93 **VIGÊNCIA:** 01/06/2019 **DATA DA ASSINATURA:** 02/05/2018 **ASSINAM PELA CONVENIENTE:** Erivan José da Silva Lopes - Presidente do TJ-PIPELO **CONVENIADO:** Olavo Rebelo de Carvalho Filho - Presidente do TCE-PI.

5.2. EXTRATO DE TERMO ADITIVO

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 48/2017 - TJ/PI PROCESSO SEI nº: 18.0.000012657-4 CONTRATANTE: Tribunal de Justiça do Estado do Piauí **CNPJ Nº:** 06.981.344/0001-05 **CONTRATADO:** Maria dos Remédios Pereira Rodrigues **CPF Nº:** 090.748.008-07 **OBJETO:** prorrogar o período de vigência do Contrato Administrativo nº 048/2017, que tem como objeto a locação de imóvel para funcionamento provisório do JECR de Pedro II, situado na Rua Sotero Nogueira Lima, nº 351, térreo, Centro de Pedro II - PI, registrado sob Nº 2.136, fls. 31, do Livro de Registro Geral - 2-J, na Comarca de Pedro II-PI. **VIGÊNCIA:** 12 (doze) meses, a partir de 08 de maio de 2018 **VALOR:** R\$ 2.878,82 (dois mil oitocentos e setenta e oito reais e oitenta e dois centavos), referente ao reajuste de 0,64 (zero vírgula sessenta e quatro por cento) do IGP-M do mês de março de 2018, sobre o valor original contratado. **DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS:** Unidade Orçamentária: 040101 - Tribunal de Justiça; FONTE: 18 - Recursos dos Fundos Especiais; Ação Orçamentária: 2083 - Custeio Administrativo de 1º Grau; Classificação Funcional Programática: 02.061.0081.2083; Natureza da Despesa: 339036 - Serviços de Terceiros PF **DATA DA ASSINATURA:** 02/05/2018 **ASSINAM PELO CONTRATANTE:** Erivan José da Silva Lopes - Presidente do TJ-PI e **CONTRATADO:** Maria dos Remédios Pereira Rodrigues - Proprietária do imóvel.

5.3. EXTRATO DE TERMO ADITIVO DE CONVÊNIO

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 69/2015-TJ/PI PROCESSO SEI nº: 17.0.000028364-9 CONVENIENTE: Tribunal de Justiça do Estado do Piauí **CNPJ Nº:** 06.981.344/0001-05 **CONVENIADO:** SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT **CNPJ Nº:** 09.248.608/0001-04 **OBJETO:** prorrogar, por igual período, o prazo de vigência estabelecido pela Cláusula Quarta do Convênio nº 69/2015 **DATA DA ASSINATURA:** 11/02/2018 **ASSINAM PELA CONVENIENTE:** Erivan José da Silva Lopes - Presidente do TJ-PIPELO **CONVENIADO:** José Ismar Alves Tôres - Diretor Presidente da Empresa e Hélio Bilton Rodrigues - Diretor Jurídico da Empresa.

5.4. EXTRATO DE TERMO ADITIVO

QUARTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 38/2015- TJ/PI PROCESSO SEI nº: 17.0.000014277-8 CONTRATANTE: Tribunal de Justiça do Estado do Piauí **CNPJ Nº:** 06.981.344/0001-05 **CONTRATADO:** SERVFAZ SERVIÇOS DE MÃO DE OBRA LTDA **CNPJ Nº:** 10.013.974/0001-63 **OBJETO:** a PRORROGAÇÃO da vigência do Contrato nº 038/2015, nos termos do inciso II, do art. 57 da Lei nº 8.666/93 e no previsto na CLÁUSULA QUARTA- DA VIGÊNCIA, do Contrato nº 038/2015. O presente aditivo tem, ainda, por objeto, a modificação do item 9.5 da Cláusula Nona do Contrato nº 038/2015, que versa sobre as regras de pagamento, a fim de adequá-la à nova IN TCE/PI nº 02/2017. Tem, por fim, RESSALVAR O DIREITO DE REPACTUAÇÃO dos preços do Contrato nº 038/2015, nos termos do inciso III, do art. 55 da Lei nº 8.666/93 e no previsto na CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA do Contrato nº 038/2015. **VIGÊNCIA:** 06 de maio de 2018 a 06 de maio de 2019 **VALOR:** R\$ 51.876,24 (cinquenta e um mil oitocentos e setenta e seis reais e vinte e quatro centavos) **DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS:** Unidade Orçamentária: 040101 - Tribunal de Justiça; FONTE: 18 - Recursos dos Fundos Especiais; Ação Orçamentária: 2083 - Custeio Administrativo de 1º Grau; Classificação Funcional Programática: 0206100812083; Natureza da Despesa: 339037 - Locação de Mão de Obra **DATA DA ASSINATURA:** 03/05/2018 **ASSINAM PELO CONTRATANTE:** Erivan José da Silva Lopes - Presidente do TJ-PI e **CONTRATADO:** Daniela Roberta Duarte da Cunha - Representante Legal da Empresa.

6. PAUTA DE JULGAMENTO

6.1. 1ª CÂMARA ESPECIALIZADA CRIMINAL - 09/05/2018

PAUTA DE JULGAMENTO

1ª Câmara Especializada Criminal

A Secretaria Judiciária do Tribunal de Justiça do Estado do Piauí torna pública a relação dos processos que serão apreciados em Sessão Ordinária da 1ª Câmara Especializada Criminal a ser realizada no dia **09 de maio de 2018**, a partir das **9:00 horas**. Os eventuais processos adiados ficam automaticamente incluídos na próxima pauta, independentemente de nova publicação.

01. 2017.0001.009576-0 - Apelação Criminal Publicado em 23-03-2018

Origem: Teresina / 4ª Vara Criminal **ADIADO**

1º Apelante: PEDRO HENRIQUE CARVALHO DE SOUSA e outro **Publicado em 06-04-2018**

Defensora Pública: Norma Brandão L. Machado Dantas **ADIADO**

2º Apelante: ADRIANO LOPES MONTEIRO

Defensor Público: José Wellington de Andrade

Apelado: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PIAUÍ

Relator: Des. Edvaldo Pereira de Moura

02. 2016.0001.006076-4 - Apelação Criminal Publicado em 06-04-2018

Origem: Floriano / 1ª Vara **ADIADO**

Apelante: GENIVAL JOAQUIM DE MOURA

Advogado: João Gonçalves Alexandrino Neto (OAB/PI nº 1.784)

Apelado: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PIAUÍ

Relator: Des. Pedro de Alcântara Macêdo

03. 2015.0001.007579-9 - Apelação Criminal Publicado em 13-04-2018

Origem: Inhumas / Vara Única **ADIADO**

Apelante: RAFAEL LEAL SANTOS

Advogado: Nélcio Natalino Fontes Gomes Rodrigues (OAB/PI nº 9.228)

Apelado: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PIAUÍ

Relator: Des. Edvaldo Pereira de Moura

04. 2015.0001.002531-0 - Apelação Criminal Publicado em 13-04-2018

Origem: Teresina / 7ª Vara Criminal **ADIADO**

Apelantes: FRANCISCO JOSÉ SANTOS DE DEUS, VAGNER CASTRO E JOCIEL LIMA DA SILVA

Defensora Pública: Norma Brandão de Lavenere Machado Dantas

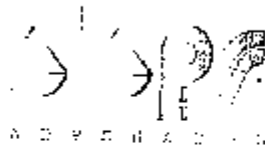
Apelado: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PIAUÍ

Relator: Des. Edvaldo Pereira de Moura

05. 2015.0001.007731-0 - Apelação Criminal Publicado em 13-04-2018







SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, sem reservas de iguais poderes, na pessoa do advogado GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES, OAB/PI nº 6.919, com escritório na Rua Acésio do Rêgo Monteiro, 1799, Bairro Ininga, CEP: 64049-610, Teresina/PI, todos os poderes a mim outorgados para protocolo de AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT em favor do Cliente JESSE SOARES CABRAL.

Teresina/PI, 29/01/19.


THIAGO GERMANO SAMPAIO DA SILVEIRA

OAB/PI nº 14.098

GERMANO & SANTANA
Thiago Germano S. da Silveira
OAB/PI 14098

(86) 9982-1167 / 9425-4959 / 8883-1383 - E-mail: gustavosalessaadv@hotmail.com
Rua Acésio do Rêgo Monteiro, 1799, Ininga - CEP: 64049-610 - Teresina-PI

