



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	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
41693 81	29/01/2019 17:00	<u>JESSE 10082018_</u>	Documentos
41693 84	29/01/2019 17:00	<u>JESSE 10082018_procuração</u>	Documentos
41693 86	29/01/2019 17:00	<u>JESSE 1110082018 (1)</u>	Documentos
41693 90	29/01/2019 17:00	<u>JESSE 1122210082018</u>	Documentos
41693 92	29/01/2019 17:00	<u>ADITIVO_CONVENIO_TJPI_LIDER</u>	Documentos
41695 45	29/01/2019 17:00	<u>subst_JESSE</u>	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 carreou 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 REGIT 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

Sucede 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 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

Data/Hora

18/03/2016 - 02:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

Bairro

SATÉLITE

Ponto de Referência

PR9OXIMO AO CARVALHO



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JESSE SOARES CABRAL [30 ANOS]

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 0325737920075

Mãe: EURIDICE SOARES CABRAL

Pai: BERNARDO GOMES CABRAL

Endereço: QD- 06, CS- 10, Nº

Complemento: LOT- CIDADE VERDE

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

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 SEGUITA 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

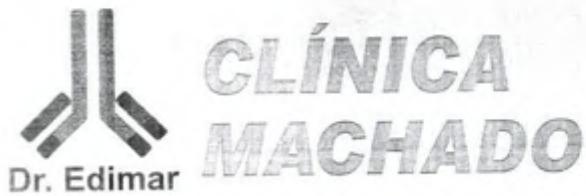
Delegado de Polícia



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:35
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003548400000004015894>

Num. 4169381 - Pág. 1
Número do documento: 19012917003548400000004015894





RECEITUÁRIO

Relatório acima

Decorreu 3 dias o Sr.
jose SANTOS CAVAL, foi encaminhado
núcleo de transito, para exame
ccc 180316. Fazia se sentir dor
na genitália num coluna formado por
3mm, no seu fundo com frustos no
corpo de 61, com retrodução de
frequentes doros para o canal
uretral, e ainda frustos
completa no laurílio direito
E no corpo transverso, foi
tratado cirurgicamente através
de cálculo ALTOSE, fech
ou 30 dias internado, com
alta definitiva, com o seg
a custo de 95%.

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2650-MA
9903-0929/9532-1867/8827-3736

13.10
Excelente



Dados do Chamado		01 N° do chamado 2977	02 Data do chamado 17/03/2016	03 PTO (origem) 2010	04 Saída do PA 0307	05 Chegada ao local 3/3	
Local da Ocorrência		06 Saída rib local 324	07 Chegada ao 1º hospital 3122	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente		10 Endereço Av. Leporinha Km 3122	11 Bairro VL. Bonitinho IS	12 Município-UF Código IBGE			
Dados do Paciente		13 Ponto de referência Bebês Com. conchão	14 Nome Jesse Soares Cabral	15 Sexo 1 - Masculino	16 Idade 25/93/86	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência		18 Tipo de ocorrência WPK	19 Vítima 5	20 Meio de locomoção 1 - pedestre	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Acidente de Transporte		21-5 01-Accidente de transporte 02-Agressão física-esparrancamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Queimadura 10-Chocas elétrico	11-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	16-Outros 17-Já removido 18-Falso chamado		
Exame Físico		23 Glasgow 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedeço a comandos 5-Localizo dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX Satt 97	25 Local da lesão 97	
Assistência		26 Pupilas 1 - Igual 2 - Desiguais	27 Pulso 1 - Radial 2 - Central	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 6	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 3 - Leve 6 - Moderada 9 - Intensa 10	
Hospital de Destino		30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) UPA	32 Hospital de Destino UPA	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não	
Disponibilidade Intermunicipal		35 Antes do socorro Antes do transporte	36 Antes do transporte Durante o transporte	CONFERIR COM O ORIGINAL Mauro Veloso Conferência Gerente Administrativo SAMU			
Socorristas		Médico Bruno Góes S. de Lima	Enfermeiro _____				

• Teresina UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA
Rua Rio Verde, 2610 Renascença III - Fone: 86 3234 7074
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.371.205/0015-32



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JESSE SOARES CABRAL		Prontuário: 31877
Mãe: EURIDICE 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: 29a:11m:22d	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: SUS
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 Historia Clas. Risco:		Francisca Nilmara (M. VITIM. BACIA) CORON PI 100/10 Em: 18/03/2016 03:41:04	
Ass. Profissional Clas. Risco:			

SSVV: (Hora: ____ : ____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: 0 bpm	Pressão: 0 mmHg
DADOS CLÍNICOS: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO COM DORES EM REGIÃO LOMBAR RELATA TER INGERIDO BEBIDO ALCOOLICA, NAO COLABORANDO COM EXAME FISICO				

EXAMES COMPLEMENTARES: RX BACIA E COLUNA LOMBOSACRA: FRATURA L1	CID:
PRESCRIÇÃO MÉDICA: AO HUT TRANSPORTAR PACIENTE EM PRANCHA	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE	

Declaro que sou o(a) Responsável
Paciente ou Responsável

Dr. Antonio Nunes Martins Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 03820 TECR. 11536
CRM-PI 3520 PI Em: 18/03/2016 04:41:02



17.577.205/0015-321



UPA RENASCIENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP: 64.062-110,
Teresina - PI
Fundação Municipal de Saúde



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <i>UPA Renascença</i>	Para Unidade <i>HUT</i>
Paciente <i>140.500.000-0</i>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <i>Internação devido a fratura no tornozelo esquerdo com suspeita de fratura no joelho esquerdo. Paciente com dor intensa no tornozelo esquerdo e impossibilidade de ambulacão. Foi encaminhado para UPA de São Luís para cirurgia.</i>	
HD.	<i>Dr. Antônio Nunes Martins Jr.</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 3520 TECT 11306
Data <i>17/01/18</i>	<i>Carimbo</i> Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

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





NOME DO PACIENTE: Jesse Sereis Calvão

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".



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

SUS

Imp: 27/04/2016 12:15:43

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JESSE SOARES CABRAL		Prontuário: 396475
Nome: MARIA EURIDICE SOARES CABRAL		Pai: BERNARDO GOMES CABRAL
End. Resid.: RUA INGA C5 10 (VILA LATANA) RES CIDADE VERDE - CIDADE SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64017-770		
Resid.: 25/03/1986	Idade: 29a:11m:23d	Sexo: Masculino Fone: 86-98835-7286
Responsável: HELOIDES		CNS: 162278632470005
Profissão:		Documento: RG: 325837820075 - SSP MA
P. Encarregado: não informado		E.Civil: Comunhão
End. prof.:		

DADOS DO ACOOLHIMENTO:

Colpo: 531090	Data: 18/03/2016 05:26:23	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)		
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio: S U E	
Acid. Traub. 1 MDP	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não	Trauma: Não	Maus Tratos: Não

BREVE HISTÓRICO:

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

A - VIS:	B - RESPIRAÇÃO:		C - CIRCULAÇÃO:		
Sinais de Contra-Indicação:	Estado Atual:	Cianose:	Sopro:	Pul.Carotídeo	Perf.Sanguí.: FC:

E - NEUROLOGICO:					
EDC - Hor:	RR:	Som:	Pupilas:	Plagias/Parestesia:	Membro:

F - SINAIS VITais:					
PR:	TAX:	FR:	Pulso:	Clic.Capilar:	Escala de Dor:

D - ALERGIAS:					
(Descreva se informado):					

G - MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO:		I - CLASSIFICAÇÃO:
(Descreva se informado):		

H - DESTINO:		(Descreva se necessário):
--------------	--	---------------------------

Carimbo/Assinatura Profissional



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

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: 25/03/1986 Idade: 29a:11m:22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 531090
 Requisição: 18 18338 Solicitação: 18/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 175327 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:

Figado: 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: integros.

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 córnea/medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.

Peritoneo: sem alterações.

Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.

Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares integros.

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.

TERESA

TERESINA - PI 18/03/2016

26.04.16
 Kassid Jannys Pimentel Cavalcante
 Matrícula: 69904
 SAME - HUT
 Confere 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 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

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: **25/03/1986** Idade: **29a:11m:22d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **531090**
Requisição: **639322** Solicitação: **18/03/2016** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **776326** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

CD. SIA. 0206030036

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 RETROPAULSAO 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.

TERESINA - PI 18/03/2016

26-04-16
Kassia Jannys Pimentel Caçula
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: 85 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.584/0104-43

Neuro

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: JESSE SOARES CABRAL

Prontuário: 97357

Dt. Nasc.: 25/03/1986

Atendimento 93478

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
CONFIRA SOA ORIGINAL
Em, 29/06/2016
Edna Martins da Silva
Matri. 122265-9
CPF: 275.060.303-97
CAIXA DE PRONTUÁRIOS*

DANIEL JOSE MARTINS BARBOSA



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:35
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003548400000004015894>

Número do documento: 19012917003548400000004015894

Num. 4169381 - Pág. 11



**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PLANO DE ALTA**

DATA: 15/04/16

CLÍNICA: *Neurologica*

NOME DO PACIENTE: *José Serafim Lacerda*

ENF./LEITO: *835-05*

DATA DE NASCIMENTO: *25/03/1985*

PRONT: *93362*

1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA		SIM	NÃO
Nível de conscientização: (X) consciente () orientado () desorientado () torporoso			
Resposta motora: (X) sem déficit motor () com déficit motor ()			
2. MEDICAÇÕES PARA USO NO DOMICÍLIO		SIM	NÃO
<i>Imiprime 600mg Tamp 3x ao dia por 3 dias</i>			
3. DISPOSITIVOS PARA USO EM CASA		SIM	NÃO
Curativo		<i>e</i>	
Cateter de duplo lumen			
Sonda vesical de demora			
Sonda vesical de alívio (cateterismo intermitente)			
Dreno			
Fixador externo ortopédico			
Sonda enteral/nasogástrica			
Colostomia			
Outros, especifique:			
4. ORIENTAÇÕES PARA ALTA:			
<i>Reapresentar jefes, dar lucrar imediatamente de saída do hospital maxima, observar a ferida operatória, um creme de manteiga e lucrar a validade de banho próprio e vestir roupas de baixo</i>			
5. GRAU DE DEPENDÊNCIA , marque com um "X": () GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV			
6. ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTOS (Contra referência):			
<i>Encarregado de consulta para 60 dias para Dr. Reginaldo</i>			
Assinatura:	<i>Bruna Ferreira</i>	Carimbo:	<i>Enfermeira</i>
<i>CRON 81331-902</i>			
Assinatura do (a) enfermeiro (a) carimbo			

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

GRAU I	GRAU II
Deambula sem auxílio. Toma banho e alimenta sozinho. Sem desvio de comportamento. Orientação e supervisão dom auto cuidado.	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	GRAU IV
Necessita de auxílio na deambulação, banho, alimentação. Cuidados pós-operatórios completos. Alterações discretas de comportamento. Observar freqüentemente as condições gerais do paciente.	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



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:35
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003548400000004015894

Num. 4169381 - Pág. 12

Número do documento: 19012917003548400000004015894

JESSE SOARES CABRAL				29 ANOS 11 MESES 20 DIAS	21/01/2019
Endereço: RUA INGA		Número: 10	Bairro: CENTRO	Cidade: TERESINA	
UF: PI	DT. Nasc: 25/03/1986	Profissão: MOTOBOY	Telefone: 86 - 9883.97286	CPF: 111.222.333-22	Cartão SUS: 162278632470005

Internação: 23/03/2016	Alta ____ / ____ / ____	Permanência: ____ : ____
---------------------------	----------------------------	-----------------------------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:		
CID Principal: 1321	_____		
CID Secundário: _____	_____		
CID Causa Morte: _____	_____		

Evolução e Situação na Alta:

Foras de ambulância

Medicações Utilizadas:

AINE

Cirurgia: Data: *16/16* Tipo: *Artrodesse TORÁCO-
LUESCO.*

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: _____	<i>Dr. Renaldo M. Carvalho Lira NEURO-cirurgião CRM 1.347</i>
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente	

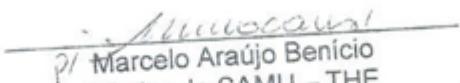




DECLARAÇÃO

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.


P/ Marcelo Araújo Benício
Diretor do SAMU - THE

97
35
7
X

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Neuro

Jesse Soares Cabral

Dr. Abimael

315-5

PRONTUÁRIO MÉDICO

HOSPITAL GETULIO VARGAS
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: ~~TOC~~ ~~toracotorax~~
DATA: ~~14/04/16~~ HORA
TECNÓLOGO: ~~JEC ENF~~

ALTA - UTI I

Ás 11:10 hs. Data 13/04/16
Paciente

UTI
INTERNACÃO 12/04/2016
ALTA 13/04/2016
COT dia



RG: 325837920075-MA

CNS: 162278632970005

DN: 25/05

SERVIÇO: 04080300547M51.2(C)

TORÁCIO E LOMBAR: 0408030286 / S32.1(R) - S32.7(L) 86



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



315-3



Dr. Abílio

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

DR. Cl. Neurológica INTERNOU EM: / /

Nome do Hospital: HGV

Contato feito com:

Confirmado a vaga: Sim () Não ()

Sim

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Wílson Soárez Casral

Idade: 70 Estado civil:

Endereço: 300

Responsável:

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO () 2016 0322 0033

CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

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

EXAMES REALIZADOS:

TC COLUNA
RNM COLUNA ()

Fratura L1

DIAGNÓSTICO:

TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

TRATAMENTO REALIZADO:
CLÍNICO

HGV/SERVIÇO SOCIAL

Autorizo abertura de prontuário.

Teresina, 25/05/16

Franco Bonfim

Autorizo Transferência

Para: Neurologia

Data 23/10/16

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

ALTA COMPLEXIDADE

21/03/2016

Maria do Rosário Leal Dias
Assistente Social - HUT
CRESS nº 272 - 22ª Região

ASSINATURA E CÁRIMBO MÉDICO



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

Cônjugue:

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:

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFIRA COM ORIGINAL
Em: 20/06/2016
Edna Maria de Souza Silva
Matrícula: 019065-9
CPF: 075.060.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Cabeça e PESCOÇO:

Tórax:

Abdome:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

ora: / / :

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:35
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901291700354840000004015894>
Número do documento: 1901291700354840000004015894

Num. 4169381 - Pág. 17



LAUDO PARA SOLIC AUTORIZAÇÃO DE INTERN

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARG

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARG

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	
Orgão Emissor: MZ21100001	
AIH : 221610024416-0	NASCIMENTO 28/03/1986
UNI : HGV	tendimento
JESSE SOARES CABRAL	
DT. LIBERA: 06/04/2016	DT. LAUDO: 23/03/2016
PROCED. : 0408030283 ARRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	Ubaldo de Souza
OP. SIST: LUPINHA	Médico Atuante: DR. MACHADO
CID : S221	CRM/PI: 877 CRM/PI: 13324
CRM/PI: 877 CRM/PI: 13324	
CNPJ: 40061265100100	
RESPONSAVEL	
CMS: 40061265100100	
93478	
6 - Prontuário: 97357	
8 - Nascimento: 25/03/1986	
9 - Sexo: M CPF: 041.867.783-29	
10 - Fone: 86-9.88397286 / 988494811	
11 - Mãe: MARIA EURIDICE SOARES CABRAL	
12 - Cor: sem ident	
13 - Resp: HELOIDES PEREIRA RIBEIRO DO NASCIMENTO	
14 - Endere: RUA INGA 10 CENTRO	
15 - CEP: 64000-010	
16 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI RG: 03257-37920075	

Justificativa da Internação

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente caiu da moto e deslocou

1 - Condições que justificam a Internação:

Fraturas

2 - 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 - Cad. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:	0408030283 ARRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS		
- Clínica:	30 - Carater::	Ident.:	31 - Documentar: 32 Doc. Med. Solto:
TOLOGIA	02	1	CPF: 09712216349
33 - Nome Profissional / Assistente	34 - Data de Solicitação:		
REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR	23/03/2016		
35 - Ass. Cidmb. Med. Solitante			
Dr. Reynaldo Mendes Carvalho Júnior			
NEUROCHIRURGIA			
CRM-PI: 447 / CPF: 097.122.163-47			

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	38 - CNPJ Seguradora:	42 - N°. Bilhete:	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa:	44 - CBOR.
38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.	45 - Causa:		
46 - Vinculo com a Previdência. () Empregado	() Empregador	Autônomo	Desempregado
() Empregado		() Autônomo	() Desempregado
() Empregador		() Aposentado	() Não-Segurado

47 - Nome do Profissional Autorizado:



48 - Ass. Cidmb. (RG Conselho)

48 - Documento	49 - Num. Documento
----------------	---------------------

50 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Paciente caiu da moto

51 - Ass. Cidmb. (RG Conselho)

DARLENE MACHADO
Consulta Loral
Consulta SUS
Impressão 14/03/2018





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

2 - CNES
2726971

Atendimento
93478

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

4 - CNES
2726971

Identificação do Paciente

1 - Nome: **JESSE SOARES CABRAL**

6 - Prontuário: **97357**

7 - CNS:	162278632470005	8 - Nascimento:	25/03/1986	9 - Sexo:	M	CPF:	041.867.783-29
11 - Mae:	MARIA EURIDICE SOARES CABRAL	12 - Fone:	86-9.88397286 / 988494811	14 - Cor:	sem ident		
13 - Resp:	HELOIDES PEREIRA RIBEIRO DO NASCIMENTO	19 - CEP:	64000-010				
15 - Ender:	RUA INGA.	10 - CENTRO		17 - Cod. IBGE:	221100	18 - UF:	PI
16 - Munic:	TERESINA					RG:	03257-37920075

Justificativa da Internação

10 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

1 - Condições que justificam a Internação:

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

2 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: M512 25 - Cid Sec.: _____ 26 - Cid C.Ass.: _____

OUTROS DESLOCAMENTOS DISCAIS INTERVERTEBRAIS ESPECIFICADOS

Procedimento Solicitado

- Cod. Proced.	27 - Procedimento Solicitado:	0406030054 ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRES NÍVEIS	Tempo SUS
- Clínica:	30 - Caráter:	Ident.: 31 - Documento:	32 Doc. Med. Solic.
» ORTOLOGIA	02	1	CPF 59971027415
- Nome Profissional / Assistente		34 - Data de Solicitação:	
BIMAEI SOARES DA ROCHA NETO		23/03/2016	35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

- () Acidente de Trânsito.	09 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Série
- () Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
- () Acidente de Trabalho Trajeto.			

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

Autorização

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

Assinatura Paciente ou Responsável:

Heleiodes Pereira Ribeiro do Nascimento

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





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

C. CIRÚRGICO

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Nurulogia LEITO: 315-05 PRONTUÁRIO: 97357

NOME: José Soares Carvalho DATA DE NASC: 25/10/86

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: Fratura L1

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: Poor

CIRURGIA: Abordagem Tórica - Lombar N.º SALA: 14
CIRURGÃO: Rigoberto Ribeiro CRM-PI: _____

UXILIARES: 1º

INSTRUMENTADORA: Magal

CIRCULANTE: Gilberto

ANALISE TÁTICA CIRÚRGICA: Alívio a T12, L1, L2 e L3 anelar
de Rx, Marcação das pedras, Rx.
Parafusos pediculares T12, L1, L2 e
L3, fixação de 2 pastas vertebrais e
elástico lomb. Lavação de gás cirúrgico.
Fev anormal. Drano.

IMPlicações transoperatórias:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em: 20/06/2016

Nome: Gustavo Henrique Macedo de Sales

Matrícula: 019.065-9

CRM: 20120.203-97

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: O mesmo

DA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: SIM NÃO ESTIMADA _____ ML

À PARA HISTOPATOLÓGICO: SIM NÃO QUER

22

21/06

HORA: 9:30

Dr. Renaldo M. Carvalho Júnior
NEUROCIRURGIA
CRM-P-547

CIRURGÃO (Assinatura e Carimbo)



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:35
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003548400000004015894>

Número do documento: 19012917003548400000004015894

Num. 4169381 - Pág. 20



BOLETIM DE ANESTESIA

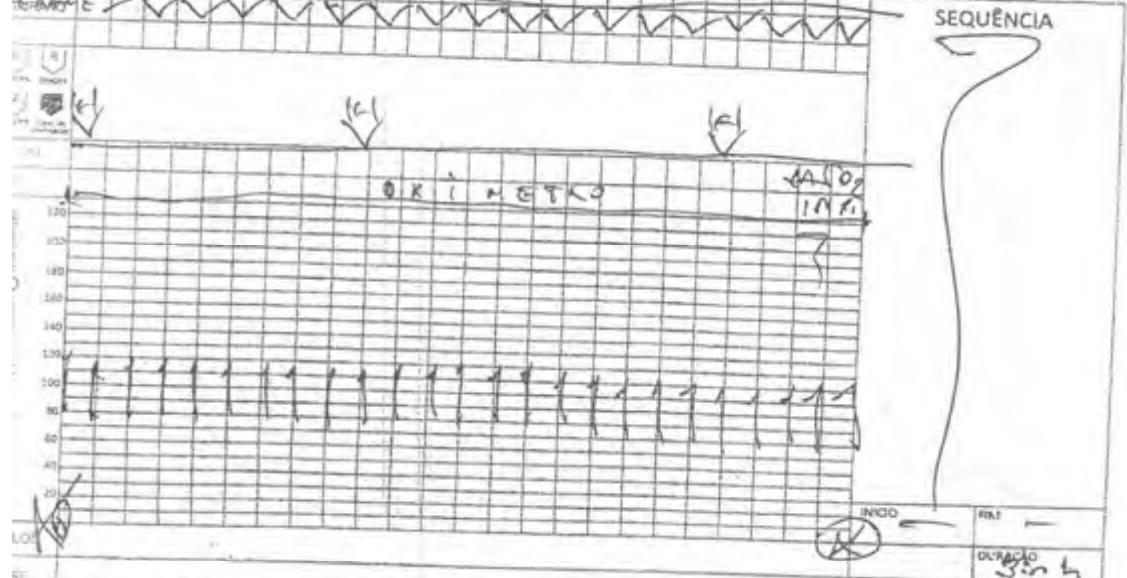
DATA: 12/01/16 SAL 14
PRODUTO: 97357

INTERVENÇÃO: José Soares Cabral

IDADE: 30 DATA DE NASC.: 25/03/86 PESO: 70 SEXO: M

SÁO ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS	ESTADO FÍSICO ASA
127	88	REGULAR	36.5	70	170		

COAGULACAO	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA	OUTROS
100	42	100	10	1.5	



ANESTESIA: ~~TEML (et + infi + f + v) efusiva hepática~~

<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	t/min	Inicio	Fim
Oxigênio			
Ar Medicinal			

MENTOS UTILIZADOS

04	amp	Dopamina	amp	Neostigmina	04	amp	Remifentanil	tr
	amp	Dormonid	amp	Nipride		amp	Ranitidina	amp
	amp	Efertil	amp	Noreadrenalina		amp	Ringer-Lactado	tr
	amp	Efedrina	amp	Neocaína 0,2%		amp	Sufentanil	amp
00mg	tr	Fentanil (s/ cons.)	amp	Neocaína 0,4%		amp	S. Fisiológico 0,9%	03
0,1g	amp	Fentanil (frasco)	tr	Omeprazol		amp	S. Glicosado 5%	tr
	amp		tr	Pancurônio	0,2	amp	Tracrium	amp
	tr	Sevoflurano	ml	Profenid		amp	Transamin	amp
	amp	Hidrocortisona	tr	Propofol	03	tr	Novocápi 0,5%	tr
	amp	Isoflurano	ml	Protamina		amp	Udocaína 2%	tr
	amp	Manitol	tr	Quelicin		tr		
	amp	Metronidazol	tr	Quetamina		tr		
	amp	Narcan	01					

Amorim, Romualdo, 2016.
Anestesiologista - CRM: 2016

*HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 20/01/2016
Edna Marilene da Silva
Matrícula: 0100055-9
Número: 303-97*



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

Nome: <i>Jesse Soares Gobal</i>	Data Nasc. <i>25 / 03 / 86</i>	Prontuário: <i>47357</i>
Idade: <i>29 anos</i>	Profissão:	Naturalidade: <i>Procedência:</i>
H.D.A. <i>- Poi anedese tórica-lombária (T12-L2) por fratura de L1, após acidente motocicístico.</i>		

História Patológica Pregressa e Alérgica

- Sem antecedentes de doenças ou alergias.

Medicamentos de uso contínuo

- Não

EXAME FÍSICO

Geral:

- Estado geral bom, orientado, consciente, arietivo, orientado, nonnolento, intubado, eupneico, afibril, sem edemas

Neurológico:

- Glasgow 15, sem déficit motores, pupilas isocínicas / fármacos

Exame:

- Examenotoras preservadas, eupneico em ambiente



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

L.02

Nome:	José Soares Cabral	Prontuário:	93478
Idade:	51	Profissão:	Motoboy
H.D.A.		Naturalidade:	Paraná/Pará-MA
		Procedência:	Cravinhos

paciente cedantido neste um
procedente do Centro Cravinhos
em POS de artrodesis Tórico-humeral

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 20/06/2016
Edna Maria Macêdo Silva
Matrícula: 610065-9
CPF: 775.000.303-07

EXAME FÍSICO

Geral:

Afebril, urinocádico e urinostato

Neuroológico:

Consciente, orientado, atende a comando
verbais

Assinatura:

SECRETARIA DA SAÚDE DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

315-05

PACIENTE JESSE SOARES CABRAL	NASCIMENTO 25/03/1985	IDADE 29A	RACA / COR	ALTURA	PESO IDEAL	PESO ATUAL	IMC	SEXO M	PRONTUÁRIO 97357	INTERNACAO 93478	LEITO 07	ADMISSÃO - HORA 12/04/16-13:30	PROCEDIMENTO CC-ARTROSCIRURGIA
<p>HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / DIAGNÓSTICO TRM-IRATURA DE LL POI DE ARTRODESE TORACOLOMBAR ITU</p>													

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
12/04/2016	1. Dieta ZERO ATÉ AS 18HS. Dieta líquida após	16:00 08:00
	2. SF 0,9% 2000ml IV 24h	16:00 08:00
	3. Cefepime 1gr+ AD IV de 8/8hs	16:00 08:00
	4. Rantidina 50MG + ad iv de 8/8hs	16:00 08:00
	5. SF 0,9% 500 ml IV ACM	16:00 08:00
	6. Líquemine 5000ui/0,25ml SC de 12/12hs	16:00 08:00
	7. Dipirona 500mg/ml - 1ml+ 9 ml de AD - fazer 3 ml IV ACM	16:00 08:00
	8. Morfina 10mg/ml - 01amp + AD EV 6/6h ACM	16:00 08:00
	9. Bromoprida 5mg/ml - 01amp + AD EV 6/6h ACM	16:00 08:00
	10. Glicemia capilar 6/6h e ACM	16:00 08:00
	11. Insulina Regular SC conforme glicemia: 181 - 220: 40U 221 - 260: 60U 261 - 300: 80U >300: 10U	16:00 08:00
	12. Glicose 50% 40ml EV se glicemia <80mg/dl. Repetir glicemia 30 e 60min.	16:00 08:00
	13. Clorexidina 0,12% para higiene oral 4 x dia	16:00 08:00
	14. Fisioterapia motora e Respiratória	16:00 08:00

Luxo de Sóuza
Outubro 2016

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 20/06/2016
Edna Maria Andrade de Silva
Matrícula 018.75-9
CPF: 002.803-97

V) RISCOS: <input checked="" type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/>) Sim. Qual? (<input type="checkbox"/>) Queda (<input type="checkbox"/>) UPP (<input type="checkbox"/>) Flebite Alergia: (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim. Qual? _____	CÓPIA DE PRONTUÁRIO
VI) CIRURGIAS Você já realizou alguma cirurgia: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim. Qual(is): 2015 Qual o ano? _____	
(VII) EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL: O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não Em que necessidade: (<input type="checkbox"/>) Cirurgia (<input type="checkbox"/>) Pós-alta (<input type="checkbox"/>) Hábitos alimentares/Dietoterapia (<input type="checkbox"/>) Autocuidado/Hábito de vida diária (<input type="checkbox"/>) Outro, especifique _____ Pessoa envolvida no processo de Educação multiprofissional: (<input type="checkbox"/>) Paciente (<input type="checkbox"/>) Acompanhante (<input type="checkbox"/>) Familiar Realiza algum tratamento especializado (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não Qual: _____	
(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS: 1. O paciente faz parte de populações especiais? (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não se aplica (<input type="checkbox"/>) Criança (<input type="checkbox"/>) Idosos debilitados (<input type="checkbox"/>) Adolescente (<input type="checkbox"/>) Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos (<input type="checkbox"/>) Indígena (<input type="checkbox"/>) Outro. Qual? _____	
2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada? (<input type="checkbox"/>) Alimentação (<input type="checkbox"/>) Linguagem (<input type="checkbox"/>) Deambulação/ Mobilidade (<input type="checkbox"/>) Surdo e mudo (<input type="checkbox"/>) Sono e repouso (<input type="checkbox"/>) Comunicação (<input type="checkbox"/>) Acompanhante (<input type="checkbox"/>) Outros. Qual? _____	
3. Registre os cuidados especiais a serem realizados. _____	
IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS: Trouxe exames? (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim. Qual(is)? Rádio x, TC, VS.	
O Sr. ou Srª gostaria de fazer alguma pergunta em relação à estes folders? (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim. Folder de direitos e deveres do paciente (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim. Folder de Higienização das mãos (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim. Folder de Risco de quedas (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim. Identificação com pulseira	
O Sr. ou Srª. 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 LAIANA) 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

Cod. SIA: 0205020046

RELATÓRIO:

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.
- Vésicula 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 hepatocolédo: integros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões de 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 integros. 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.

(TERESA)

TERESINA - PI 18/03/2016

ESTAL OCTAVIO VARGAS
COPIA FOTO ORIGINAL
DATA: 20/03/2016
ENVIADA PELA SIVA

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: *Perla Soárez Labrelo*
 DATA DE NASCIMENTO: *25/03/86*
 DATA DA INTEIRAÇÃO: *23/10/16*

CLÍNICA/ENF/LEITO: *315-3*
 IDADE:

1. FATORES PRÉDISPONENTES (Marque com um "X")

DATA: DATA: DATA: DATA:
 1ª AVALIAÇÃO 2ª AVALIAÇÃO 3ª AVALIAÇÃO 4ª AVALIAÇÃO

Idade ≤ 55 anos

Idosos ≥ 65 anos, sem acompanhante

Uso de medicações que altera o SNC (exemplos: midazolam, clonazepam, diazepam, fenobarbital, morfina, nalbufina, ibuprofeno, dextrofentifamina, fenitoína, clorpromazina, clorurano, halotano, thiopental, propofol).

Quilos:

Uso de diuréticos/laxantes (urgência urinária/intestinal)

Distúrbios neurológicos

Dificuldades de marcha

Déficits sensitivos (visão, audição, tato)

Alteração do nível de consciência

Indicação de reclusão no leito

2. GRAU DO RISCO DE QUEDAS (Marque com um "X")

BAIXO RISCO

Paciente independente e sem nenhum fator predisponente

X

Paciente acamado, restrito ao leito, completamente

dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores

predisponentes

ALTO RISCO

Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos 1 fator predisponente

Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator predisponente

Anda com auxílio ou se locomove em cadeiras de rodas

Paciente incomodado 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

- deixar o ambiente totalmente escuro

- pacientes que desambulam: utilização de calçados

- escorregadores

- orientar para que o paciente não se levante subitamente da

cadeira de hipotensão postural e contura

- medidas preventivas para alto risco

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONSULTE COM O ORIGINAL
 EM
 DATA: *20/06/2016*
 PELA: *Gustavo Henrique Macêdo de Sales*



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



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
NEUROCIRÚRGICO

DADOS DO PACIENTE

Nome: Jesé Soárez Cabral
Nascimento: 25/03/1986

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

RESPONSÁVEL LEGAL

Name: Worth Soares cabral
Parentesco: Papa

Eu, Edson Henrique responsável pelo(a) paciente acima citado que é portador(a) da doença Fratura
cefalica que deve ser submetido(a) a tratamento neurocirúrgico de Artrodesis total
ló - sacra.

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 09 de 2010

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 20/06/2016
Edna Reis da Cunha e Silva
Matrial 10003-9
CPF: 179.980.333-97
RG: 219.999-9

Inteiro Responsável e RG

www.scribd.com/mauvei - CRRVI

Dr. Daniel Francisco Andrade Corrêa
NEURO-cirurgião
CRM-PI 25001 - C.R.C. 10000

Clara Francisco dos Santos Leal
DIRETORA GERAL DO HGTV
550-160-386 393-72





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 00/00/2016
Edna Maria *Edna*
Matrícula: n. 1005-07
CRF: 275.000.103-07

COPIA FOTOVIA
HGV

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES/HEMODERIVADOS

DADOS DO PACIENTE

Nome: RSSE SOARES gabriel
Número: 97357 Nascimento: 25/03/1986 Estado Civil: _____
Número do SUS: 162228638470005

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Wasth Soares gabriel
Número: solteiro Nascimento: 01/04/1993 RG/CPF: 034911802008-3
Estado Civil: _____
Parentesco: irma Residente em: Tutóia - PI

Declaro que recebi informações claras e simplificadas a respeito da Transfusão 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 poderão apresentar febre, calafrios, alergias e raramente problemas pulmonares ou cardíacos, a que será prontamente atendido pelo médico de plantão responsável pelo meu atendimento.

Estou também ciente de que a transfusão 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 adquiridas pela presença de Janse imunológica.

Fui informado (a) de que a Janse 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 mercadores antícorpos (ou anilgênuos), que possam ser detectados por exames de sangue, e que a Janse imunológica varia de acordo com o tipo de infecção.

Fui também informado (a) de que as indicações básicas para transfusões 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 transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar transfusão.

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

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL QUE ORIENTOU O PACIENTE

Em complementação às orientações fornecidas pelo médico solicitante ao prescrever a transfusão de sangue, entreguei folder contendo "Informações sobre Transfusão de Sangue e Hemocomponentes" ao paciente e/ou seu responsável e respondi às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o seu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi ministrado e/ou orientado proposto.

Nº Conselho: _____



DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL

- A proposta de transfusão de sangue/hemocomponentes a que seréi 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.

Destra 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: Wasth Soares Cabral Assinatura: x Wasth Soares Cabral
Nome de parentesco: irmao RG: 031914802000823
Data (DD/MM/AAAA): 31/03/2016 Hora: 14:05

ESTE CONSENTIMENTO É VÁLIDO PARA O PÉRIODO DE INTERNAÇÃO E SE APlica AOS PACIENTES CLÍNICOS E URGENTES COM PRESCRIÇÃO MÉDICA OU RESERVA DE SANGUE/HEMOCOMPONENTES PARA CIRURGIA

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFIRME COM ORIGINAL
Em: 26/06/2016
Eduardo Mamede de Souza Silva
Matrícula: 013065-9
CPF: 070.000.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

(NOME) Jesse Soares Cobral

(nacionalidade) Brasileiro, (estado civil) (Solteiro), inscrito no RG nº 032573792001-5 SSP-MA, CPF nº 041.867.783-29, residente e domiciliado na rua (27) - 06 Casa 10
Bairro Satélite

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 iuris" 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 Cobral
OUTORGANTE



HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 20/06/2016
Data de nascimento: 20/06/2016
Mae: *Adriana de Souza Silva*
CPF: 275.080.303-97

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

PRONTUÁRIO: 315-3



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Yasrel Soares Cabral* Data de Nascimento: *25/10/186*
Cidade de origem: *Teresina*

II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL

Religião/Crença: *Católica*

Profissão: *Serviços gerais / mototaxista*

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/outros? (X) Sim () Não

ITENS POSITIVOS:
ACIONAR SERVIÇO SOCIAL
RELIGIÃO: BARREIRA NA
COMUNICAÇÃO:
TRANSTORNO MENTAL

III - ANTECEDENTES PESSOrais (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

ACIONAR FARMACEUTICO
(Quando paciente trouxe
medicação de casa)

IV - EXAME FÍSICO

a) SINAIS VITAIS:

PA: *P:* () Flácido () Fisiiforme () Cheio () Rítmico () Arrítmico

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) Síndrome () Gastrostomia () Nefropatia () Neoplasia de cabeça/pescoço

() Neoplasia de trato gastrointestinal () Transplante () Obesidade mórbida III ($IMC > 50 \text{ Kg/m}^2$)

() Não se aplica

ITENS POSITIVOS:
ACIONAR NUTRICIONISTA
(Adaptação nutricional)

c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Confuso () Sonolento () Sedado () Torporoso

ESCALA DE COMA GLASGOW: *15*



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

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente: Jessi Soares Cabral Data de Nascimento: 25/03/86
 Nº do prontuário: 2310316 Data da admissão: 23/03/16 Clínica: Neuro. Enfermeiro: 315/05
 A presente barreira para compreender a orientação: Sim Não
 Se sim, qual o tipo: visual auditivo fala cultura religiosa psicomotora emocional cognitiva outros

TOPICO	ASPECTOS A SEREM ABORDADOS	Responsável
Uso seguro de medicamentos	Finalidade, importância da adesão ao tratamento, efeito esperado, efeitos colaterais, dosagem, via de administração, aprazamento, conservação.	Médico assistente Enfermagem
Manejo 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 Psicologia, Serviço social
Dieta	Proibição de alimentos externos, tipo de alimentação a ser fornecida, importância dos horários, orientação e reorientação nutricional.	Médico assistente/Nefrologista Nutricionista
Comunicação	Linguagem, fala e deglutição	Fonoaudiologia
Prevenção de quedas	Orientações contidas no folder	Fonoaudiologia
Orientação das mãos	Orientações contidas no folder	Toda a equipe
direitos e deveres	Orientações contidas no folder	Toda a equipe
Ulceras por pressão	Orientações contidas no folder	Toda a equipe
Técnicas de reabilitação	Exercícios motorres, ortopédicos, neurológicos, respiratórios e circulatórios - tipo, modo de execução, frequência, etc. Equipamentos de ortopedia - manuseio, frequência, intensidade e locais da aquisição.	Fisioterapeuta Psicologia
Resíduos sólidos	Importância do descarte correto de materiais no ambiente hospitalar.	Fonoaudiologia
Iteração Medicamentos	Análise das possíveis interações medicamentosas	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

direitos e deveres dos Pacientes e de seus familiares Metas Internacionais da Segurança do paciente
 Orientação das Mãos Risco de Queda Ulcera por pressão

Informo que recebi e entendi as informações: Jessi Soares Cabral Data: 30/03/16
 (Assinatura ou Digital)

DATA/HORA	ASSUNTOS ABORDADOS	QUEM RECEBEU A ORIENTAÇÃO	*PACIENTE ENTENDEU	ASSINATURA/CARIMBO
2/03/16	<u>Apresentação do folder</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Paciente Outros/Quem?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4:00	<u>Suposição de uso do pulsioxímetro</u>	<input type="checkbox"/> Paciente Outros/Quem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Assinatura do Serviço Social / HGV CRAS 134/R7
Informo que recebi e entendi as informações:				
DATA/HORA	ASSUNTOS ABORDADOS	QUEM RECEBEU A ORIENTAÇÃO	*PACIENTE ENTENDEU	ASSINATURA/CARIMBO
		<input type="checkbox"/> Paciente Outros/Quem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Informo que recebi e entendi as informações:				ASSINATURA/CARIMBO
DATA/HORA	ASSUNTOS ABORDADOS	QUEM RECEBEU A ORIENTAÇÃO	*PACIENTE ENTENDEU	
		<input type="checkbox"/> Paciente Outros/Quem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Informo que recebi e entendi as informações:				
134-HGV				





Atividade: **Atividade: Sociais Básicas**

DATA DE NASCIMENTO

DATA DE PRONTO-ALTO

DATA DE PRONTO-ALTO

Checkagem antes da indução anestésica

Checkagem antes da incisão cirúrgica

Checkagem antes do paciente sair da sala de cirurgia

Identificação (SIGN-IN)

Informações (TIME-OUT)

Confirmar com o paciente:

Identidade (nome e data de nascimento) (Sim) Não
 Jejum? (Sim) Abstinentes (horas?)
 procedimento programado

Outra cirurgia ou coluna lomboss
 Sítio demarcado? (Sim) Não (N)ão se aplica
 Usar dispositivo médico? (Sim) Não
 Esta na sala e confiável?

Consentimentos informados preenchidos e assinados:
 Duração anestésica? (Sim) Não
 Para a cirurgia (Sim) Não
 Exames de imagens essenciais estão disponíveis?

(Sim) Não (N)ão se aplica
 Atalação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário):
 (Sim) Não

Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala?
 (Sim) Não
 Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando?

(Sim) Não
 O paciente possui alergia?
 (Sim) Não
 Quais?

O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?
 (N)ão
 Equipamentos para assistência respiratória? (Sim) Não
 Paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criaça > 7 m)? (Sim) Não
 Sangramento endovenoso aveniado ((X) Sim) Não
 Tem reserva de sangue em colo Junita? (X) Sim Não
 Criminais? (N)ão
 Anestesiista

Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função
 Todos os responsáveis confirmaram am verbalmente (nome e data de nascimento) (Y) Identificação do paciente (nome e data de nascimento)

(X) Procedimento programado
 (Y) Sítio Cirúrgico demarcado
 Placa de bisturi posicionada corretamente:
 (X) Sim (N)ão (N)ão se aplica
 A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?

(X) Sim (N)ão (N)ão se aplica
 Antevisão de eventos críticos:
 Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista?
 (N)ão
 Equipe de anestesista: alguma preocupação específica com o paciente?
 (N)ão - Qual?

(N)ão
 Checkagem da equipe de enfermagem:
 Todos os instrumentais estão disponíveis?
 (X) Sim Não
 Todos os instrumentais estão esterilizados?
 (X) Sim Não
 Todos os equipamentos necessários estão disponíveis?
 (X) Sim Não

Contagem das compressas correta? (X) Sim (N)ão (N)ão se aplica
 Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta? (Y) Sim (N)ão (N)ão se aplica
 Contagem de agulhas correta? (X) Sim (N)ão (N)ão se aplica

As amostras/biópsias para a anatomia patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento; local anatômico de origem; quantidade de amostras)? (X) Sim (N)ão (N)ão se aplica
 Do procedimento intraoperatório (X) Sim (N)ão se aplica
 Do procedimento anestésico (X) Sim (N)ão se aplica

Registros completos no prontuário:
 Todos os medicamentos administrados foram registrados e checados? (Y) Sim (N)ão (N)ão se aplica
 Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediatamente prescritas? (Y) Sim (N)ão
 Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? (Y) Sim (N)ão - Qual?

(N)ão
 Instrumentador (a)
 Enfermeira (o)

Anestesiista

Enfermeira

(o)

Instrumentador

(a)

Enfermeira

(o)

Instrumentador



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFERE COM ORIGINAL

Em, 20/06/2016

Edna M. de Oliveira

Matrícula: 01.100-2

CPF: 175.084.036-7

CÓPIA DE PRONTUÁRIO

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

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

CHECK LIST - CIRÚRGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

(Realizar antes do paciente ir para o CC)

NOME: Jesse Sávio Cabral DNR: 03/86

CLÍNICA: Manoel 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)	✓
2	Conferir se o paciente encontra-se com a marcação cirúrgica da lateralidade	✓
3	Confirmar com o Centro cirúrgico se o paciente será operado	✓
4	Conferir se os termos de consentimento da anestesia estão preenchidos e assinados	✓
5	Conferir se o termo de consentimento da cirurgia encontra-se assinado	✓
6	Conferir se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	✓
7	Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas	✓
8	Orientar a retirada de roupa íntima	✓
9	Preparar o paciente com a vestimenta apropriada (camisola, gorro e pró-pés)	✓
10	Conferir o jejum	✓
11	Verificar se o paciente tem alergia e registrar no prontuário	✓
12	Identificar junto ao paciente e prontuário o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e parecer cardiológico	✓
13	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluir a dor)	✓
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao cc no prontuário	✓
15	Solicitar o maqueiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas, acompanhado pelo técnico de enfermagem obrigatoriamente	✓

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

* a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ATURA DA (O) ENFERMEIRA (O) E
IBO

ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILIAR DE
ENFERMAGEM E CÁRIMBO





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

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES DIÁRIAS PARA PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO – LIPP

1. IDENTIFICAÇÃO:
Paciente: João Sáenz Cabral Unidade Assistencial: UVA Leito: 07
DNI: 123456789 Data de Admissão: 20/04/16
Data de Admissão na UPA: 20/04/16 Procedência: Colégio Dom Bosco

2. AVALIAÇÃO

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|-----------------------------|
| 2.1.1 Admitido neste serviço com UPP: | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| 2.1.2 Localização Anatómica: | | | | |
| 2.1.3 Estágio: | <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> II | <input type="checkbox"/> III | <input type="checkbox"/> IV |
| 2.1.4 Data: | _____ / _____ / _____ | | | |
| 2.2 Riscos de nova (s) UPP (s): | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| 2.3 Surgimento de UPP neste serviço: | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| 2.3.1 Localização Anatómica: | | | | |
| 2.3.2 Estágio | <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> II | <input type="checkbox"/> III | <input type="checkbox"/> IV |
| 2.3.3 Data: | _____ / _____ / _____ | | | |
| 2.4 Condições Nutricionais | <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória | <input type="checkbox"/> Não Satisfatória | | |
| 2.5 Incontinência: | <input type="checkbox"/> Urinária | <input type="checkbox"/> Fecal | <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | |
| 2.6 Avaliação da Dor: | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | |

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	PONTUAÇÃO
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Ligeiramente Limitado	Nenhuma Limitação	3
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	2
ATIVIDADE	Acaixinado	Confinado à Cadeira	Anda Ocionalmente	Anda Frequentemente	1
MOBILIDADE	Totalmente Inmóvel	Bastante Limitado	Ligeiramente Limitado	Não Apresenta Limitações	3
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente	3
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		1
				TOTAL	13



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

AVALIAÇÃO SOCIAL

Ap. 23/03/16

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

N.R.: Jesse Soares Carvalho
Início: 97357 Clínica: Neurologia 315/05
Nome: 25/03/86 Estado Civil: casado
RG: 162278631470005
Sexo: M Cor: Branca Prata Prata Amarela Índio
Endereço: Rua 6 n.º 10 lot. Cidade Verde Bairro: Satélite
Cidade: Teresina - Piauí Telefones: (86) 98839-7286
Pessoal (se so se aplique): Worth Soares, Fabrício Soares (Esposa)
Isa. C/Deficiência? SIM NÃO Qual? _____
Idade? SIM NÃO
Nidada: Não Alfabetizado Fundamental Médio Superior
Grau: Não Tem Católica Evangélica Espírita Outra: _____

SITUAÇÃO ECONÔMICA - PROFISSIONAL - PREVIDENCIÁRIA

ISSO: Mototaxista Ocupação: _____
Local de Trabalho: Teresina - Piauí
Trabalho: Formal Informal Acidente de Trabalho: SIM NÃO
JAÇÃO PREVIDENCIÁRIA
Em Atividade Auxílio Doença Autônomo Dependente Desempregado
Pensionista Aposentado Sem Vínculo BPC
ICIMENTOS / RENDA
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

adia:
Própria Alugada Cedida Agregada Tipo: Casa Apartamento
a Encanada: SIM NÃO Luz Elétrica: SIM NÃO
eamento Básico: SIM NÃO Coleta de Lixo Regular: SIM NÃO
sso: Piano Ladeira Elevador Rampa Escada

INFORMAÇÕES GERAIS

caso de Acidente solicitou o DPVAT

SIM NÃO

zando TFD:

SIM NÃO Não se Aplica

se Livre?:

SIM NÃO Não se Aplica

ente Informado Sobre Proposta de Tratamento:

SIM NÃO Com Dúvidas

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERENCIA ORIGINAL
ED. 20
01/06/2016
Copia 2066



31505

UTI - I

41061

neur
41061

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde		
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CONSELHO MUNICIPAL 2006/2006			
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES		
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	2726971		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	4 - CNES		
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	2726971		
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO		
<i>Isaac Soares Cabral</i>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO		
<i>16938630470005</i>	<i>08/03/1986</i>		
9 - NOME DA MÃE/QU. RESPONSÁVEL	10 - SEXO		
<i>Maria Amálie Soares Cabral</i>	MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>		
11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)			
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			
<i>Necessito de UTI outro de se force favelas</i>			
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
<i>Gustavo Henrique Macedo de Sales</i>		<i>10/01/2019</i>	
31 - DOCUMENTO		32 - DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
1 - CNS		2 - CPF	

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

rontuário: 97357 Nome: JESSE SOARES CABRAL

endereço: RUA INGA
idade: TERESINA

exo: M DT. Nasc:25/03/1986 Idade: 29 Anos Estado Civil: H Profissão: MOTOBOY

adastro: 23/03/2015 Telefone: 86-9883-97296 Cartão SUS: 162072020477005 CRM: 014037000

Justificativa:

HOSPITAL GÉTULIO VARGAS
CONCEPÇÃO ORIGINAL
Em 2006
Edna L. de Souza - Silva
Matrícula: 2006-9
CPF: 275.866.303-97
CÓPIA DE DROGHÉRIAS

Data	Assinatura
3/03/2016	Gilvänderson Soares Mendes
4/03/2016	Gilvänderson Soares Mendes
5/03/2016	Gilvänderson Soares Mendes
6/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
7/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
8/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
9/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
10/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
11/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
12/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
13/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
14/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
15/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
16/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
17/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
18/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
19/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
20/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
21/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
22/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
23/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
24/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
25/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
26/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
27/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
28/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
29/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
30/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
31/03/16	Gilvänderson Soares Mendes
1/04/16	Gilvänderson Soares Mendes
2/04/16	Gilvänderson Soares Mendes
3/04/16	Gilvänderson Soares Mendes
4/04/16	Gilvänderson Soares Mendes
5/04/16	Gilvänderson Soares Mendes
6/04/16	Gilvänderson Soares Mendes
7/04/16	Gilvänderson Soares Mendes
8/04/16	Gilvänderson Soares Mendes

ta: / /

Ass. Médico Solicitante

Editor

1

Assinatura - CPF



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

José Barbosa

DA CLÍNICA:

Jeusos

À CLÍNICA:

PMGSA

MOTIVO DA CONSULTA

Febre. Tif. urinárias (?)

DATA:

6/4/16

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente com febre e tifo urinário.
Internado em Jeusos e ótimo.
Data (06/04/16): 15.04.2016 (seu)

DR. JBV

501 Ponte 10 (2) 17/12
Coluna lombosacra + pressão + tensão
abdominal alta

Yuri C. Sávio Resende
Gerente / Hospitaliza
Assistência Domiciliar
CNPJ: 5066

05/04/16

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA:

IGV



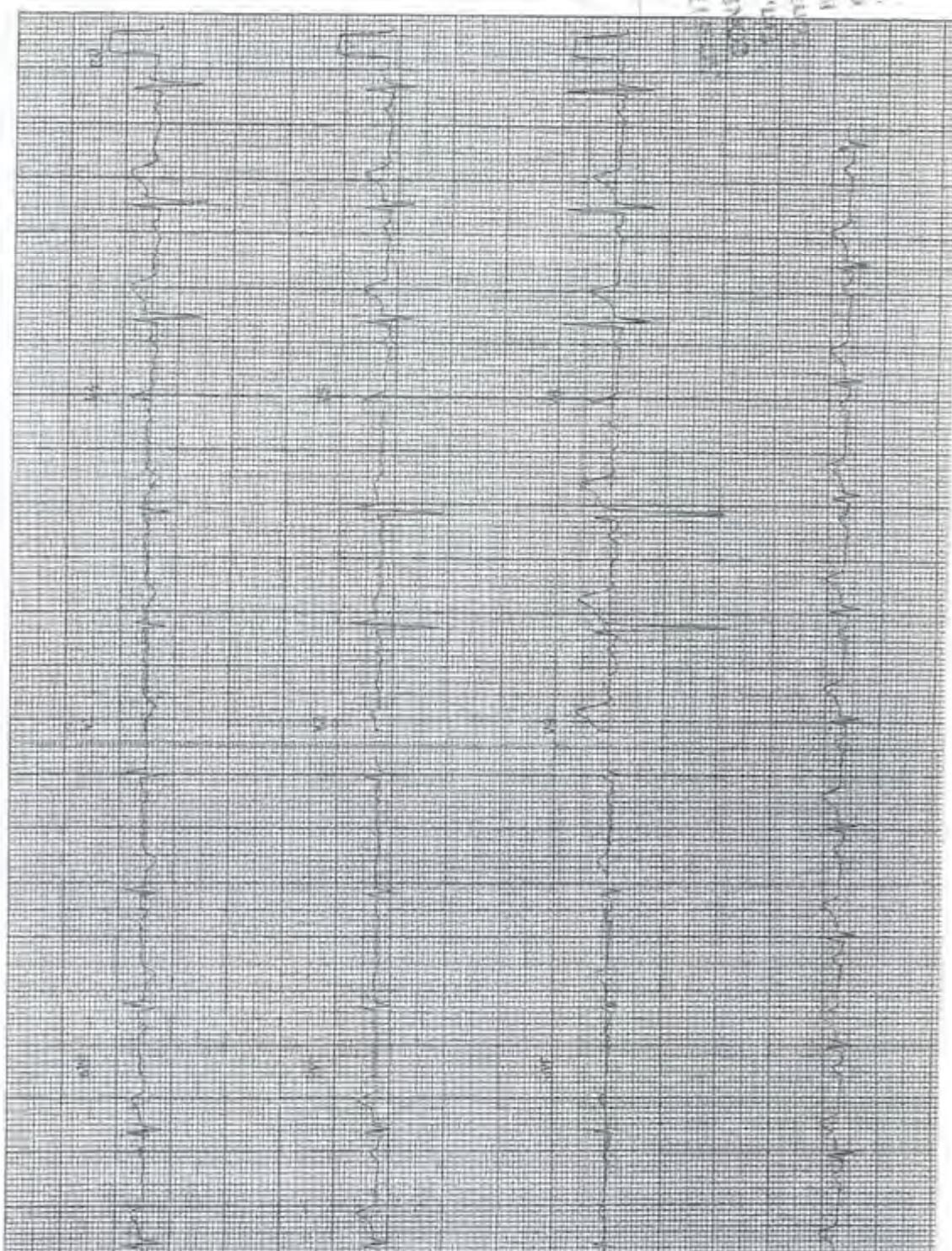
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

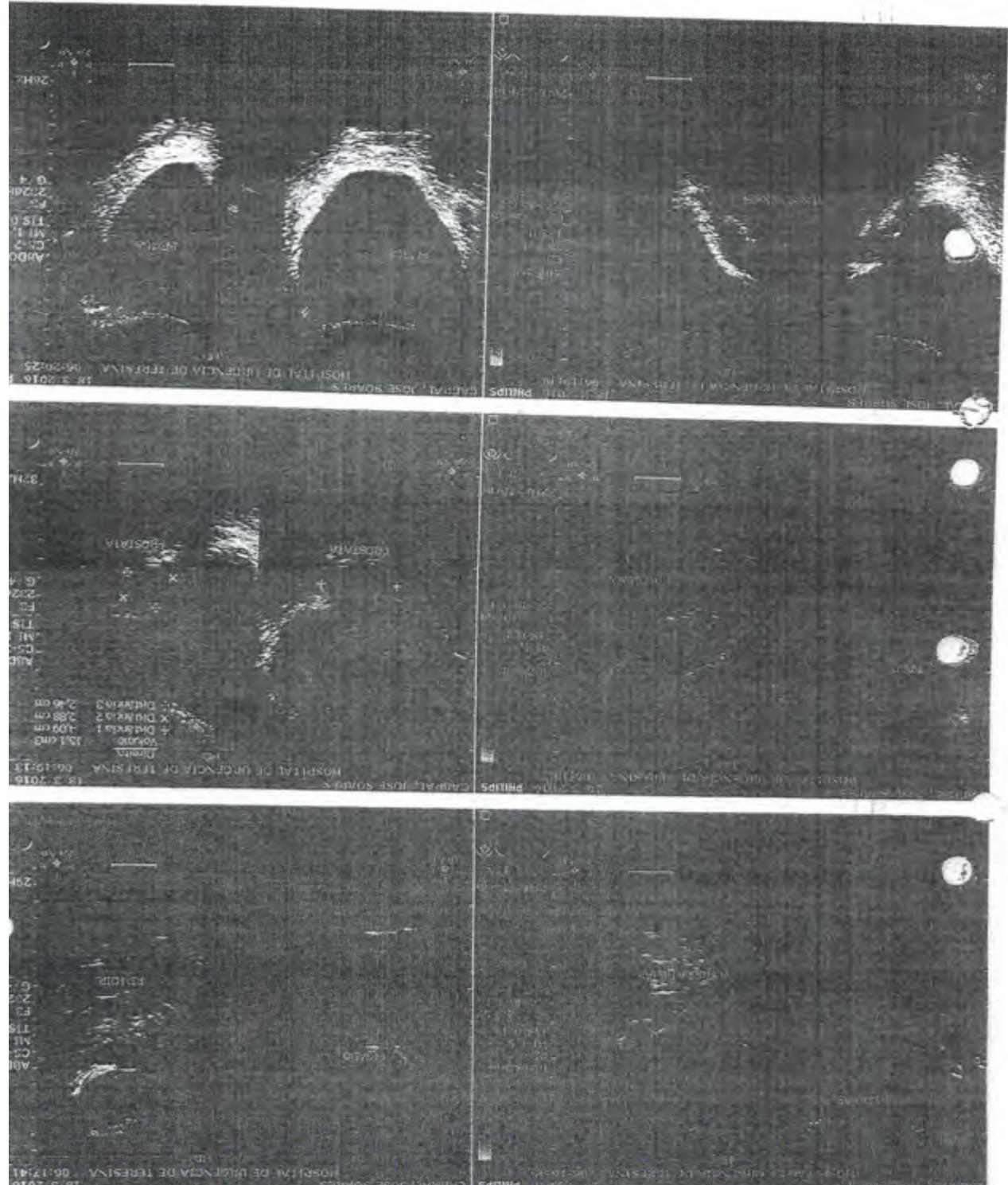
REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	José Aparecida	
DA CLÍNICA:	D'Juros	
À CLÍNICA:	O. Médica	
MOTIVO DA CONSULTA		
Fébre: Tif. meningitis (?)		
DATA:	6/4/16	
PARECER:	<p>Novo em pr-epidemiol de rotina neutro. Sintomas com pouca evolução. (05/04/16): 15 a 20.º mês (menino)</p> <p>U.I.: T°C</p> <p>Col: Ponto de (R) 12/12 das 06h00 a 9/12 Solução viscosa + suspeita de meningite</p> <p>Assinatura: <i>Yanil C. Martins Góes</i> Gestão / Hospitalar Assistência Domiciliar CRM-PI: 566</p> <p>05/04/16</p>	
DATA:		
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA		

IGV







HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONCEDE ACESSO



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003577700000004015899>
Número do documento: 19012917003577700000004015899

Num. 4169386 - Pág. 12

**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 Março de 2016**

Médico Solicitante: **ABIMAILO SOARES DA ROCHA, NETO**

Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**

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

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 28 de Março 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, 20/01/2019 / 2019
Edna Maria de Souza de Silva
Matri: 1065-9
CPF: 111.111.111-11 / 103-97
Assinado em TERESINA - PI





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 Março 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 Março de 2016

HEMOGRAMA COMPLETO:

ERITROGRAMA:

Hemácias:	5,01	milh/mm3	VALORES DE REFERENCIA	
			Homem	Mulher
Hemoglobina:	15,60	g/dL	12,0 - 18,0	3,9 - 5,8
Hematocrito:	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:

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

EOSINOFILIA DISCRETA.

Plaquetas:	302.000,0	mm ³	VALORES DE REFERENCIA	
			Homem	Mulher
VPM:	7,3		150.000 mm ³ a 450.000 mm ³	
Plaquetocrito:	0,221			

an: Immediância/Difrações

Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003577700000004015899
Número do documento: 19012917003577700000004015899

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 20/03/2019

Num. 4169386 - Pág. 14



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: **1464**

Médico Solicitante: **ABIMAI SOARES DA ROCHA NETO**

Setor Solicitante: **NEUROLOGIA**

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

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Atendimento: **93478**

Idade: **30a 0m 4d**

Sexo: **M**

Data Pedido: **28 de Março de 2016**

Data do Laudo: 28 de Março 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, 20/06/2016
Edna Maria OLIVEIRA Matr. 31.722
Matrícula: 010065-9
CPF: 075.080.303-07
CNPJ: 00.000.000/0001-00





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.584/0104-43

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 Março 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 Março 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 20/06/2016
Edna Maria de Souza Silva
Matrícula: 040366-9
CPF: 275.020.303-97
100% digital



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003577700000004015899>

Número do documento: 19012917003577700000004015899

Num. 4169386 - Pág. 16



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 Março 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 Março 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

Material: PLASMA

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFECÇÃO ORIGINAL
Em: 20/03/2016
Célia
Assinatura: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES
CPF: 019.055-3
OPE: 75.000.300-07
Data: 29/01/2019 17:00:36





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

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**

Sexo: **M**

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

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: Enzimatico 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
CONFIRME COM ORIGINAL
Em 20/04/2016
Edna da Silva
Assinatura: 01-05-9
CPF: 155.123.203-97
Assinatura: 01-05-9
CPF: 155.123.203-97





HOSPITAL GETHULIO VARGAS

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

Reclamante: JESSE SOARES CABRAL

Paciente: JESSE SOARES
Billetuário: 97357

Prontuário: 97357
Dt. Nasç.: 25/03/1986

Dt. Nasc.: 23

Pedido: 2716
Máximo Solicitante: REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR

Médico Solicitante: **REI**
Outro Solicitante: **UTI**

Setor Solicitante: UTI11
Unid. Internacão / Leito: UTI11 / UTI11

Unid. Internaçao / Leito: 0111 / 4
Socorro: SIS - INTERNACAO

Atendimento: 93478

Atendimentos: 93478
Idade: 30a 0m 20d

Sexo: M

Idade: 30a um 200
Ponto Pedido: 13 de Abril de 2016

Dato de Laudio: 13 de Abril de 2016

POTASSIO.....: 4,00 mEq/L
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

... 100,0

RESUMO: *ANÁLISE DA DIVERSIDADE: 96 A 105*

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

A rectangular stamp with the text 'HOSPITAL GETULIO VARGAS' at the top, followed by 'CONFERENCE ORIGINAL' in a larger font. Below this, it says 'EM 2006' and 'CONFERENCE 2006'. A large, handwritten 'CONFERENCE 2006' is written across the center of the stamp. Below the stamp, the text 'CONFERENCE 2006' is written again in a smaller, handwritten font.



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36

Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/10/2019 17:00:36
<https://tipi.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=190129170036036000000004015903>

Número do documento: 19012917003603600000004015903

Num. 4169300 Pág. 1

Jesse Soares Cabral
UTI 1 leito 7

LABORATORIO - HEMATOLOGIA

1000 900 800 700 600 500 400 300 200 100 0

TAP 35,31' 300'. IN 2 3.00

TIPa 32,7"

212 74

1053 4.5

100 26

Aug 15

84

DE SALES - 29/01/2019 17:00:36
w.seam?x=19012917003603600000004015903

Num. 4169390 - Pág. 2





107

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**

Sexo: **M**

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

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

HEMOGRAMA COMPLETO:

ERITROGRAMA:

			VALORES DE REFERENCIA	
			Homen	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
Neutrofilos:		4.000 - 11.000
Mielocitos:		0,0
Metamielocitos:		0,0
Bastões:	5,00	0 a 4%
Segmentados:	82,00	40 a 70%
Eosinófilos:	1,00	1 a 5%
Basófilos:	8,00	0 a 3%
Linfócito:	4,00	20 a 50%
Monócitos:		2 a 10%

leucocitose com neutrofilia

VALORES DE REFERENCIA
150.000 mm³ a 450.000 mm³

Plaquetas: 295.000,0 mm³

VPM: 8,1

Plaquetócrito:



www.mjfrancas.com.br

Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003603600000004015903>

Número do documento: 19012917003603600000004015903

Num. 4169390 - Pág. 3



HOSPITAL GETULIO VARGAS

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

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:

Hemácias:	4,18	milh/mm3	VALORES DE REFERENCIA	
			Homem	Mulher
Hemoglobina:	13,40	g/dL	12,0 - 18,0	11,5 - 15,8
Hematocrito:	38,80	%	36,0 - 54,0	34,0 - 48,0
VCM:	92,82	fL	80,0 - 94,0	80,0 - 94,0
HCM:	32,06	pg	27,0 - 32,0	27,0 - 32,0
CHCM:	34,54	g/dL	32,0 - 36,0	32,0 - 36,0

LEUCOGRAMA:

Leucócitos:	13800,0	mil/mm3	VALORES DE REFERENCIA	
			Homem	Mulher
Neutrofilos:		%	4.000 - 11.000	4.000 - 11.000
Mielocitos:		%	0,0	0,0
Metamielocitos:		%	0,0	0,0
Bastões:	5,00	%	0 a 4%	0 - 440
Segmentados:	82,00	%	40 a 70%	1.600 - 7.700
Eosinófilos:	1,00	%	1 a 5%	40- 550
Basófilos:	8,00	%	0 a 3%	0 - 330
Linfócito:	4,00	%	20 a 50%	1.000 - 4.500
Monócitos:		%	2 a 10%	80 - 1.000

leucocitose com neutrofilia

Plaquetas:	295.000,0	mm ³	VALORES DE REFERENCIA	
			Homem	Mulher
VPM:	8,1		150.000 mm ³ a 450.000 mm ³	150.000 mm ³ a 450.000 mm ³
Plaquetócrito:				



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003603600000004015903>

Número do documento: 19012917003603600000004015903

Num. 4169390 - Pág. 4



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

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:

Hemácias:	4,54	milh/mm ³	VALORES DE REFERENCIA	
			Homem	Mulher
Hemoglobina:	14,30	g/dL	12,0 - 18,0	3,9 - 5,8
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
Neutrofilos:		
Mielocitos:	0,0	
Metamielocitos:	0,0	
Bastões:	0 a 4%	0 - 440
Segmentados:	40 a 70%	1.600 - 7.700
Eosinófilos:	1 a 5%	40- 550
Basófilos:	0 a 3%	0 - 330
Linfócito:	20 a 50%	1.000 - 4.500
Monócitos:	2 a 10%	80 - 1.000
		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

Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003603600000004015903>

Número do documento: 19012917003603600000004015903

Num. 4169390 - Pág. 5



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
CONFIRA COPIA ORIGINAL
Em: 2016/04/06
Edna Maria
Machado
CPF: 271.123.456-78
RAN



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003603600000004015903>

Número do documento: 19012917003603600000004015903

Num. 4169390 - Pág. 6



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 ORIGEM
Em: 2016/04/06
Edna Maria
Matri:



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003603600000004015903>
Número do documento: 19012917003603600000004015903

Num. 4169390 - Pág. 7



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:

Hemácias:	5,64	milh/mm ³	VALORES DE REFERENCIA	
			Homem	Mulher
Hemoglobina:	12,60	g/dL	12,0 - 18,0	12,0 - 15,8
Hematocrito:	39,00	%	36,0 - 54,0	36,0 - 48,0
VCM:	69,15	fL	80,0 - 94,0	80,0 - 94,0
HCM:	22,34	pg	27,0 - 32,0	27,0 - 32,0
CHCM:	32,31	g/dL	32,0 - 36,0	32,0 - 36,0

DISCRETA MICROCITOSE E ANISOCITOSE.

LEUCOGRAMA:

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

EOSINOFILIA EVIDENTES.

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

an. Transfusão/Difracções

Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003603600000004015903
Número do documento: 19012917003603600000004015903

Num. 4169390 - Pág. 8



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
CONFIRME COM ORIGINAL
EN. 2019-04-06
Edna Marlene da Silva
Matrícula: 01-10529
CPF: 75.080.377-00
Data: 2019-04-06



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003603600000004015903>

Número do documento: 19012917003603600000004015903

Num. 4169390 - Pág. 9



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
SI 1.208/2016
Edmo. Macêdo de Melo
Matrícula: 029065-9
CPF: 275.080.303-97
SÉRIE DE PRONTUÁRIO





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

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: 29/06/2016
Edna Maria Almeida de Silva
Matrícula: 039065-9
CPF: 275.080.303-97
ÁREA DE PRONTUÁRIOS





Neurologia 315-05

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 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	Limpido
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
CILÍNDROS.....	AUSENTE	Ausente
HEMÁCIAS		Ausente
MICROBIOTA		
DISCRETAMENTE AUMENTADA RAROS CRISTAIS DE OXALATO DE CALCIO.		

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFIRA COM ORIGINAL
EM 20/06/2016





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

Dt. Nasc.: 25/03/1986

Pedido: 2195

Médico Solicitante: REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR

Setor Solicitante: NEUROLOGIA

Unid. Internação / Leito: NEUROLOGIA / 315

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 93478

Idade: 30a 0m 13d

Sexo: M

Data Pedido: 06 de Abril de 2016

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

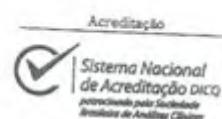
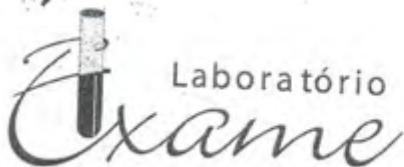
UREIA 37,00 mg/dl

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 Souza Silva
M. 2016-06-2016-9
CPF: 21.546.308-97
Assinado digitalmente





PACIENTE
Jesse Soares Cabral - Idade: 30 (A)

MEDICO(A)
Yane Martins Resende DATA
06/04/16 13:47

CONVÉNIO: HOSPITAL
GETULIO VARGAS
NEURO ENF 313 L 05



000100684464

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:

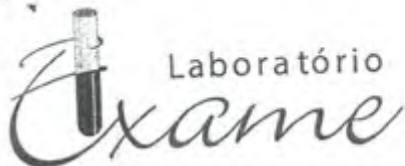
Gildevane Nascimento
CRF 518

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em, 20/01/2016
Edna Maria de Oliveira Silva
Matrícula: 00000000000000000000
CPF: 273.680.303-97
ASSÍA DE PRONTUÁRIO



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003603600000004015903>
Número do documento: 19012917003603600000004015903

Num. 4169390 - Pág. 14



Acreditação



Sistema Nacional
de Acreditação (SNAQ)
patrocinado pela Sociedade
Brasileira de Análises Clínicas

Controles de Qualidade



Programa
Nacional de
Controle de
Qualidade

PACIENTE
Jesse Soares Cabral - Idade: 30 (A)

MEDICO(A)
Yane Martins Resende

DATA
06/04/16 13:47

CONVÉNIO: HOSPITAL
GETULIO VARGAS
NEURO ENF 313 L 05



000100684464

ANTIBIOGRAMA

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

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.

Liberado eletronicamente por:

Gildevane Nascimento
CRF 518

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
Em: 20/04/2016
Edna Marlene da Silva
Matrícula: 013065-9
CPF: 275.080.303-97
-AOA DE PRONTUÁRIO



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003603600000004015903>

Número do documento: 19012917003603600000004015903

Num. 4169390 - Pág. 15

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO: _____ LEITO: 375-05 PROCEDIMENTO:

NOME: Gené Souza Lulum

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

M A N H À	Nível de consciência:	<u>consciente e orientado</u>
	Padrão de Resposta Motora:	<u>monoparoxia MIO</u>
	S. Respiratório: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea - VAA: (<input type="checkbox"/>) TOT - (<input type="checkbox"/>) TQT	
	Ritmo: <u>regular</u>	Profundidade <u>superficial</u> FR(espontânea) <u>171pm</u>
	Tosse: (<input type="checkbox"/>) Produtiva (<input type="checkbox"/>) Seca - Asculta Pulmonar: <u>MV f. regularmente, S/ R. A.</u>	
	Secrção: (<input type="checkbox"/>) -/4 (<input type="checkbox"/>) +/4 (<input type="checkbox"/>) ++/4 (<input type="checkbox"/>) +++/4	Aspecto:
	Oxigenoterapia:	
	S. Cardiovascular: PA:	FC: <u>43 bpm</u> Perfusion Capilar:
	Conduta Fisioterapêutica: (<input checked="" type="checkbox"/>) Respiratória (<input checked="" type="checkbox"/>) Motora	
	Observações: <u>08:30 - paciente agitado, respirando ruidos, "SSVV"</u>	
<u>Estagiário</u> <u>Antônio Hélio Lúcio Sales</u> <small>Carimbo/Assinatura</small>		

T A R D E	Nível de consciência:	<u>consciente e orientado</u>
	Padrão de Resposta Motora:	<u>monoparoxia MIO</u>
	S. Respiratório: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea - VAA: (<input type="checkbox"/>) TOT - (<input type="checkbox"/>) TQT	
	Ritmo: <u>regular</u>	Profundidade <u>superficial</u> FR(espontânea) <u>181pm</u>
	Tosse: (<input type="checkbox"/>) Produtiva (<input type="checkbox"/>) Seca - Asculta Pulmonar: <u>MV f. raro</u>	
	Secrção: (<input type="checkbox"/>) -/4 (<input type="checkbox"/>) +/4 (<input type="checkbox"/>) ++/4 (<input type="checkbox"/>) +++/4	Aspecto:
	Oxigenoterapia:	
	S. Cardiovascular: PA:	FC: <u>80 bpm</u> Perfusion Capilar:
	Conduta Fisioterapêutica: (<input checked="" type="checkbox"/>) Respiratória (<input checked="" type="checkbox"/>) Motora	
	Observações:	
<u>Francisco Viana Sales</u> <small>Fisioterapeuta - 117133-F</small> <small>Carimbo/Assinatura</small>		





Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003603600000004015903>
Número do documento: 19012917003603600000004015903

Num. 4169390 - Pág. 18



SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.584/0104-42

Atendimento:
93478

Cliente: JESSE SOARES CABRAL		Idade: 29 Anos 11 Meses 28 Dias		Sexo: M	Prontuário: 97357
Endereço: RUA INGA		Número: 10	Bairro: CENTRO	Cidade: TERESINA	
PL	DT. Nasc: 25/03/1986	Profissão: MOTOBOY	Telefone: 86 - 9883.97286	CPF: 111.222.333-22	Cartão SUS: 162278632470005

Informação: Alta 15/04/16 às _____; Permanência: 93 dias

gnósticos:		Situação na Admissão:
CID Principal::	1321	
CID Secundário:		
CID Causa Morte:		

Ilusão e Situação na Alta:

Aplicações Utilizadas:

AINE

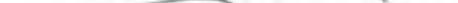
Urgia: Data: ___ / ___ / ___ Tipo: ___

Arktische Tiere
Käfer

Reajuste Pós-Alta ou Motivo da Transferência:

follow up.

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.ado 3. Transferência 4. Óbito 5. Administrativo

Vaga cedida por: 

Transporte: _____

RECORDED AND INDEXED
SEARCHED AND SERIALIZED
APR 20 1968

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE CONTRATOS E CONVÊNIOS - SGC
Pça Des. Edgard Nogueira s/n - Bairro Cabral - Centro Cívico - CEP 64000-830
Teresina - PI - www.tjpi.jus.br

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 TÔRRES** e Diretor Jurídico **HÉLIO BITTON RODRIGUES**.

Considerando a necessidade de manutenção da cooperação técnica entre os participes, 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 Causa 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 TÔRRES
Diretor Presidente da Seguradora Lider

HÉLIO BITTON RODRIGUES
Diretor Jurídico da Seguradora Lider





Diário da Justiça do Estado do Piauí

ANO XI - Nº 8426 Disponibilização: Quinta-Feira, 3 de Maio de 2018 Publicação: Sexta-Feira, 4 de Maio de 2018

SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONVÉNIO Nº 25/2016 - TJ/PI PROCESSO SEI nº: 18.0.000017135-9 CONVENENTE: 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 8.666/93 **VIGÊNCIA:** 01/06/2019 **DATA DA ASSINATURA:** 02/05/2018 **ASSINAM PELA CONVENENTE:** 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 JECC 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 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- Custo Administrativo de 1º Grau; Classificação Funcional Programática:02.061.0081.2083; Natureza da Despesa:339036 - Serviços de Terceiros. **PDATA 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 CONVÉNIO

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÉNIO Nº 69/2015-TJ/PI PROCESSO SEI nº: 17.0.000028364-9 **CONVENENTE:** Tribunal de Justiça do Estado do Piauí CNPJ Nº: 06.981.344/0001-05 **CONVENIADO:** SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT CNPJ 69/2015 **DATA DA ASSINATURA:** 11/02/2018 **ASSINAM PELA CONVENENTE:** Erivan José da Silva Lopes - Presidente do TJ-PIPELO CONVENIADO: José Ismar Alves Tóres - 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 N°: 10.013.874/0001-63 **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 RESSALVAR O DIREITO DE REPACTUAÇÃO dos preços do Contrato n. 038/2015, nos termos do inciso III, do art. 55 da Lei n. 8.666/93 e no (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 de Fundos Especiais; Ação Orçamentária:2083 - Custo Administrativo de 1º Grau; Classificação Funcional Programática:02.061.0081.2083; Natureza da Despesa:339037 - Locação de Mão de Obra **PDATA 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

1º 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 1º Câmara Especializada Criminal a ser realizada no dia 09 de maio de 2018, a partir das 9:00 horas. Os eventuais processos aliados ficam automaticamente incluídos na próxima pauta, independentemente de nova publicação.

01. 2017.0001.009578-0 - 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: Inhuma / Vara Única ADIADO

Apelante: RAFAEL LEAL SANTOS

Advogado: Nélio 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

Página 28



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901291700361900000004015905>

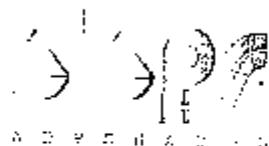
Número do documento: 1901291700361900000004015905

Num. 4169392 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003619000000004015905>
Número do documento: 19012917003619000000004015905

Num. 4169392 - Pág. 3



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
TESSE SOARES CABRAL

Teresina/PI, 29/01/19

Thiago Germano
THIAGO GERMANO SAMPAIO DA SILVEIRA

OAB/PI nº 14.098

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

(86) 9982-1167/ 9425-4958/ 8883-1383 - E-mail: gustavosalesadv@hotmail.com
Rua Acésio do Rêgo Monteiro, 1799, Ininga - CEP: 64049-610 - Teresina-PI



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 29/01/2019 17:00:36
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012917003632600000004015908>
Número do documento: 19012917003632600000004015908

Num. 4169545 - Pág. 1