



Número: **0800027-69.2018.8.18.0089**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Caracol**

Última distribuição : **16/01/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEANDRO ALVES DA ROCHA (AUTOR)		LEANDRO DE OLIVEIRA CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
750443	16/01/2018 12:41	Petição Inicial	Petição Inicial
750468	16/01/2018 12:41	PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO 000006	Petição
750470	16/01/2018 12:41	RG E CPF 000007	Petição
750495	16/01/2018 12:41	NEGATIVA LIDER 000008	Petição
750590	16/01/2018 12:41	B.O 000009	Petição
750592	16/01/2018 12:41	MEDICAMENTOS 000011	Petição
750597	16/01/2018 12:41	PRONTUARIO MÉDICO 1 000012-ilovepdf-compressed	Petição
750601	16/01/2018 12:41	PRONTUARIO MÉDICO 2 000013-ilovepdf-compressed	Petição
750604	16/01/2018 12:41	PRONTUARIO MÉDICO 3 000014-ilovepdf-compressed	Petição
750609	16/01/2018 12:41	PRONTUARIO MÉDICO 4 000015-ilovepdf-compressed	Petição
750628	16/01/2018 12:41	LAUDO MÉDICO 1 000010	Petição

**AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE DANOS PESSOAIS DE SEGURO
OBRIGATÓRIO DPVAT**





Drº Leandro de Oliveira Carvalho
Advogado OAB/PI nº 8515

PROCURAÇÃO AD JUDICIA et Extra

Outorgante: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**, brasileiro, casado, lavrador, CPF nº 023.292.933-56, RG nº 52.765.930-7, residente e domiciliado no bairro Alto Alegre, s/nº Caracol - PI.

Outorgados: **LEANDRO DE OLIVEIRA CARVALHO**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/PI sob o nº 8515, com escritório profissional localizado à Rua Isaías Dias de Macedo, s/nº, Ana Angélica, Caracol-PI, CEP: 64.795-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato, o/os(a/as) outorgante(s) abaixo assinado/os(a/as) nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante(s) procurador(es) e advogado(s), já devidamente qualificado(s) acima, a quem concede(m) amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula *AD JUDICIA* e extra em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em qualquer procedimento civil ou criminal em que o(s) outorgante(s) for(em) autor(es) ou réu(s), assistente(s) ou oponente(s), agindo em seu(s) nome(s), em conjunto ou isoladamente, podendo dito(s) procurador(es) tudo fazer(em), requerer(em), praticar(em), assinar(em), receber(em) e dar(em) quitação, firmar(em) compromisso, fazer(em) acordo, desistir(em), transigir(em), interpor(em) todos os recursos permitidos em direito, variar(em) de ações, agravar(em) ou apelar(em) de qualquer despacho ou decisão; produzir(em) e requerer(em) provas e justificação, opor(em) embargos, fazer(em) as declarações de lei, requerer(em) remição, adjudicação de bens, **requerer(em) a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica**, ordenar(em) o protesto de títulos, levantar(em) depósitos judiciais em nome do(s) outorgante(s), receber(em) alvará, representá-lo(a)(os/as) em quaisquer repartições federais, estaduais ou municipais, autarquias, podendo este(s), inclusive, substabelecer(em), uma ou mais vezes, com ou sem reserva, para a prática simultânea dos mesmos atos e, finalmente, praticar(em) o que em direito for permitido e necessário ao fiel cumprimento do presente mandato, com fim específico para **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE DANOS PESSOAIS DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

Fica assegurada a remuneração de 30% (trinta por cento) sobre o valor da(s) ação(ões) ou objeto da demanda, prevalecendo para cálculo o de maior valor, desde que não haja contrato de honorários de advogado específico

Caracol (PI), 23 de novembro de 2017.

Outorgante

OBS: Assinatura do outorgante dispensada do reconhecimento de firma nos termos do art. 105 do *digesto* Novo CPC.

Rua Isaías Dias de Macedo, s/nº, Ana Angélica.
Caracol-PI. CEP: 64.795-000.
Contato: (86) 98193-5852
E-mail: leandrooliveira_adv@hotmail.com

Leandro de Oliveira Carvalho
OAB-PI nº 8515





Drº Leandro Carvalho
Advogado OAB/PI nº 8515

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RENDA

Eu, **LEANDRO ALVES DA ROCHA**, brasileiro, casado, lavrador, CPF nº 023.292.933-56, RG nº 52.765.930-7, residente e domiciliado no bairro Alto Alegre, s/nº Caracol – PI, declaro com a finalidade de obter a gratuidade da justiça (Lei nº 1.060/50), nos termos da Lei nº 7.115/83, não possuir condições econômicas e financeiras para arcar com às custas processuais e honorário advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio ou da família

Caracol/PI, 30 de novembro de 2017.


Declarante

Página **1**

Ruas Isaías Dias de Macedo, s/nº, Ana Angélica.
Caracol-PI. CEP: 64.795-000.
Contato: 86 98193-5852
E-mail: leandrooliveira_adv@hotmail.com

Leandro de Oliveira Carvalho
OAB-PI nº 8515



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 52.765.930-7 DATA DE 07/MAI/2010

NOME LEANDRO ALVES DA ROCHA

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA PEREIRA DA ROCHA

E MARLENE ALVES DA ROCHA

NATURALIDADE CARACOL -PI DATA DE NASCIMENTO 13/ABR/1984

CDC ORDEM CARACOL-PI

CARACOL

CN:LV.A031/FLS.16V /N.006360

CPF 023292933/56 PIS 16421853065

16 Delegado Divisionário

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

PROIBIDO PLASTIFICAR

8000-2

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO BICARDO GUARATON DAUNI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta nº: 11433843

A/C: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Sinistro: 3170073655 ASL-0042743/17
Vitima: LEANDRO ALVES DA ROCHA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

LEANDRO ALVES DA ROCHA
POV ALTO ALEGRE, SN
RURAL
CEP 64795000 - CARACOL - PI



JS695737231BR

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhara à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT-Como Requerer

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER





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

8/4/12

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 159659.000097/2016-89

Unidade Policial: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CARACOL

Resp. pelo Registro: Cyro Nascimento Fonseca

Data/Hora: 20/09/2016 12:55

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CARACOL

Data/Hora
08/05/2016 - 14:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
CARACOL

Bairro
NÃO INFORMADO

Endereço
PI 144 - SENTIDO CIDADE CARACOL/PI AO POVOADO LAGOINHA, Nº S/N

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 527659307 SSP PI

Mãe: MARLENE ALVES DA ROCHA

Pai: JOÃO BATISTA PEREIRA DA ROCHA

Endereço: POVOADO LAGOINHA, Nº S/N

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: CARACOL

Telefone(s): 89-8115-4866

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG150 FAN ESDI	2015	PIH0361	9C2KC1680FR570612	01039934051	Vermelha
Condutor: LEANDRO ALVES DA ROCHA RG: 527659307 Órgão: SSP UF RG: PI End: POVOADO LAGOINHA Número: S/N Complemento: Cidade: CARACOL UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO Proprietário: ROGER FERREIRA RIBEIRO End: BAIRRO CEARENSE - RUA PROJETADA Número: S/N Cidade: CARACOL UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO						

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE A VITIMA COMPARECEU A DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA PARA RELATAR QUE SOFREU UMA LESÃO CORPORAL ACIDENTAL NO TRANSITO, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA NO LOCAL, DATA E HORA ACIMA QUALIFICADO, QUE NA OCASIÃO ESTAVA TRAFEGANDO NA ESTRADA, QUANDO UM MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO VINDO NO SENTIDO CONTRÁRIO INVADIU A PREFERENCIAL E O COLHEU. QUE A VITIMA RELATA QUE OS PRIMEIROS SOCORROS FORAM REALIZADOS PELO SAMU, SENDO IMEDIATAMENTE LEVADO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE CARACOL/PI, SÓ DEPOIS SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL SENADOR CÂNDIDO FERRAZ DE SÃO RAIMUNDO NONATO/PI, ONDE DEU ENTRADA NO MESMO DIA, QUE NO HOSPITAL REGIONAL SENADOR CÂNDIDO FERRAZ FOI CONSTATADO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UMA FRATURA NO MEMBRO INFERIOR DA PERNA, ONDE ESTA ÚLTIMA LESÃO ATÉ HOJE PRODUZ DORES NA VITIMA, QUE FICOU COM UM ATESTADO DE 30 DIAS, FICANDO AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS E SEM TRABALHAR DESDE O DIA QUE SOFREU O ACIDENTE. QUE A NOTICIANTE INFORMA QUE AINDA HOJE SENTE FORTES DORES E SE ENCONTRA COM DIFICULDADES PARA DESEMPENHAR SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS, ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Boletim de Ocorrência emitido em: 20/09/2016 12:55 - SisBO@2011-2016 ATI



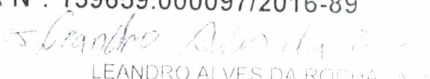
Assinado eletronicamente por: LEANDRO DE OLIVEIRA CARVALHO - 16/01/2018 12:41:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011612411661600000000720253>
Número do documento: 18011612411661600000000720253

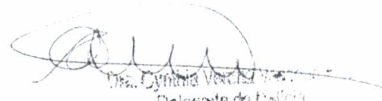
Num. 750590 - Pág. 1

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 159659.000097/2016-89


Cyro Nascimento Fonseca - Mat 2861666
AGENTE DE POLÍCIA


LEANDRO ALVES DA ROCHA - Mat 2861666
Responsável pela Informação


CARLOS FRANSELMO GOMES OLIVEIRA
Delegado de Polícia





PREFEITURA MUNICIPAL DE CARACOL - PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Cap. Aureliano Dias, 334 - Centro - CEP 64795-000 - Caracol - PI
CNPJ 02.865.724/0001-23 - Fone/Fax: (89) 3589-1433

Paciente: Leandro Alves

ft

uso oral

Flonox 01 ca

Toma os cpdo 1x ao dia

ft

29,06,2016
Data

Assinatura Médico Responsável





CLÍNICA
CRISTIANO
PAES LANDIM

Paciente: Leandro Alves Pereira

④ Mexorista 10g

_____ 10g

Tamoxifeno 10g

1X 10g

Data: 09/02/17

Rua Abdias Neves, 658 - Centro
São Raimundo Nonato - PI
CEP 64770-000
Tel. (89) 3582-2798
Cel. (89) 98114-0035 (Vivo)
E-mail: cristianolandim@yahoo.com.br



PIMMES ?

Demor.

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL G

FALTA

NOTA FISCAL

[Handwritten signature]

Leandro Alves da Rocha

P/ 107-4

[Handwritten signature]
Dr. Wilson Rodrigo

PRONTUÁRIO MÉDICO

Alt. 134846
Alta - 21.06.16

11 09/06/2016

27.11.16



Floriano - Piauí.

H.G.V.

Ficha de Encaminhamento

Da Unidade	H.R.T.N.	Para:	H.G.V.
Nome da Pessoa Encaminhada	Leandro Almeida de Paiva	Registro	
Motivo do Encaminhamento	Paciente com fratura de fêmur distal E		
Observações:	0908050586 572.4		
Responsável Pelo Encaminhamento	Dr. Conrado P. Filho Ortopedia - Traumatologia CRM 2572 RQE 7348		
		Obs.: Deve ser arquivada no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional. Em: ____/____/____.	

Ficha de Retorno

Da Unidade	Para:
Nome do Cliente:	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
HG/SERVIÇO SOCIAL Autocópia aberta de prontuário Teresina, 16 de 11/2018	
Responsável Pelo Diagnóstico	Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.





LAUDO PARA SOLICIT AUTORIZAÇÃO DE INTERNA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGA

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGA

AIH : 221610047801-0
UNI : HGV

LEANDRO ALVES DA ROCHA

D. LIBERA: 20/06/2016

PROCED.: 0408050586 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA

OP. SIST: LUPINHA

CID : S729

DT. LAUDO : 17/06/2016

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Orgão Emissor: M221100001

NASCIMENTO

13/04/1984

Endimento

134846

6 - Prontuário: 130432

Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA

7 - CNIS: 898003734890901

8 - Nascimento: 13/04/1984

9 - Sexo: M

CPF: 023.292.933-56

11 - Mãe: MARLENE ALVES DA ROCHA

12 - Fone: 89-8.1154866 / 81034090

13 - Resp: LUCINEIDE PASSOS DOS REIS

14 - Cor: PARDA

15 - Endere: LOGGINHA

0 ZONA RURAL 19 - CEP: 64795-000

16 - Munic: CARACOL

17 - Cod. IBGE: 220250

18 - UF: PI

RG: 52765-9307

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S729

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA

Procedimento Solicitado

28 - Cid. Proced.: 27 - Procedimento Solicitado:

0408050586 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA (DOS CÔNDILO DO FÊMUR)

Tempo SUS

4

29 - Clínica:

30 - Carater.: 02

Ident.: 1

31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.

CPF: 18400817320

3 - ORTOMATOLOGIA

34 - Data de Solicitação:

17/06/2016

3 - Nome Profissional / Assistente

JOE WILSON RODRIGUES

ORTOPEDIA
Dr. Fco. Fábio Sousa Silvestri
CRM PI 2833 - TEOT 1103

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ☐ Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
37 - ☐ Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE, Empresa	44 - CBOR.
38 - ☐ Acidente de Trabalho Tráfego.			
35 - ☐ Vinculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização

Carlos Francisco Almeida
Médico Autorizador - D.O.C. / CRM
CRM PI 1751

17/06/2016

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: JOSINA LOPES

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: 8:59:02



Assinado eletronicamente por: LEANDRO DE OLIVEIRA CARVALHO - 16/01/2018 12:41:20

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011612412020700000000720259>

Número do documento: 18011612412020700000000720259

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:
134846

Prontuário: 130432 **LEANDRO ALVES DA ROCHA**

Endereço: LOGGINHA

0 ZONA RURAL

Cidade: CARACOL

UF:PI CEP: 64795-000

Sexo: M DT. Nasc: 13/04/1984 Idade: 32 Anos 2 Meses 4 Dias Estado Civil: U Profissão: TRABALHADOR RURAL

Cadastro: 17/06/2016 Telefone: 89 8115.4866 Cartão SUS: 898003734890901 CPF: 02329293356

Pai: JOAO BATISTA PEREIRA DA ROCHA

Mãe: MARLENE ALVES DA ROCHA

Cônjuge:

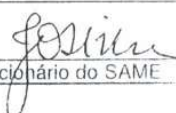
Responsável: LUCINEIDE PASSOS DOS REIS

Endereço: LOGGINHA

0 ZONA RURAL

Cidade: 3156

UF:PI CEP: 64795-000


Funcionário do SAME

Queixa Principal:

H.D.A.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Data / Hora: ____ / ____ / ____ : ____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residência





HOSPITAL GERAL DE ARACAJU
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: Alves da Rocha

DATA DE NASCIMENTO: 12/04/84 PRONOME: M

Data: 12/06/16

CHECAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	CHECAGEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	CHECAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRUR
Identificação (SIGN-IX) Confirmar com o paciente: Identidade (nome e data de nascimento): (X) Sim () Não Jejum? (X) Sim - Quantas horas? () Não Procedimento programado Sítio demarcado (X) Sim () Não () Não se aplica Usar dispositivo médico? () Sim () Não Está na sala e conferido? Consentimentos informados preenchidos e assinados: Para a anestesia () Sim (X) Não Para a cirurgia () Sim (X) Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? () Sim (X) Não () Não se aplica Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário): () Sim (X) Não Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala: (X) Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? (X) Sim () Não O paciente possui alergia? () Sim (X) Não Quais? O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? () Sim (X) Não Equipamentos para assistência disponíveis? () Sim () Não O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/kg)? (X) Sim () Não Tem acesso endovenoso adequado (X) Sim () Não Tem reserva de sangue () Sim (X) Não	Confirmações (TIME-OUT) Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(o): (X) Identificação do paciente (nome e data de nascimento) (X) Procedimento programado (X) Sítio Cirúrgico demarcado Placa de bisturi posicionada corretamente: (X) Sim () Não () Não se aplica A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? (X) Sim () Não () Não se aplica Antecipação de eventos críticos: Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista? () Sim - Qual? () Não Equipe de anestesia: alguma preocupação específica com o paciente? () Sim - Qual? () Não Checagem 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	Registros (CHECK-OUT) Procedimento realizado: <u>Justina Dupes</u> <u>Maria de Jesus</u> Contagem das compressas correta? () Sim () Não (X) Não se aplica Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta? () Sim () Não (X) Não se aplica Contagem de agulhas correta? (X) Sim () Não () Não se aplica As amostras/biópsias para a anatomia patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento, anônimo de origem; quantidade de amostras)? () Sim () Não (X) Não se aplica Registros completos no prontuário: Do procedimento intraoperatório (X) Sim () Não Do procedimento anestésico (X) Sim () Não Todos os medicamentos administrados foram registrados? (X) Sim () Não () Não se aplica Todas as recomendações médicas para os cuidados no operatório imediato estão prescritas? (X) Sim () Não Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? () Sim - Qual? (X) Não

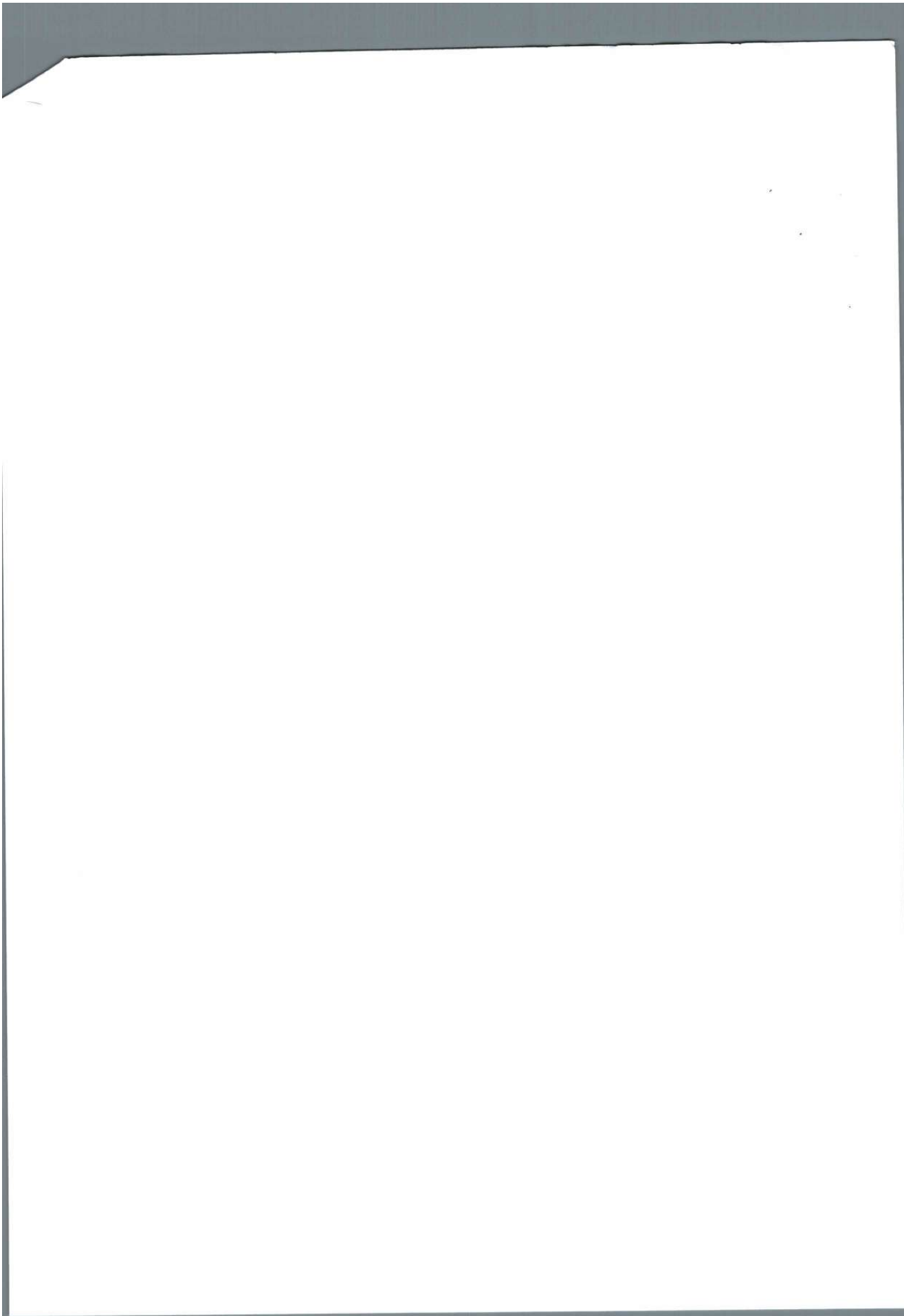
Enfermeira (a) Anna Maria
Circulante
Técnico de Enfermagem Américo
COREN-PI 457.054

Instrumentador (a) Durvalina
Anestesiologista Miguel de Andrade Filho
CRM 433 / CPF 138.842.319/8

Cirurgião Chagas Wilson

MOD.135-HGV





Capacidade auditiva: ☒ Sem anormalidades ☐ Ferimento ☐ Hematoma. Alterações: _____
 Tórax: ☒ Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Ferimento ☐ Hematomas
 Mucosa: ☒ Sinusoidal ☐ Assinútil ☐ Sem anormalidades ☐ Secreção ☐ Lesão ☐ Epistaxe
 Pápulas: ☐ Isocônicas ☐ Anisocônicas ☐ Realiva ☐ Arreáveis ☐ Mióticas ☐ Midriáticas ☐ Puntiformes ☐ Médias
 Olhos: ☒ Normal ☐ Hemorragia ☐ Icterícia de esclerótica ☐ Baixa acuidade visual ☐ Lentes corretivas
☐ Infecção/inflamação/infeccioso
 Cavidade: ☐ Normal ☐ Oclorágia ☐ Lesão. Outros: _____
 Dentes: ☒ Sem anormalidades ☐ Cáries ☐ Falhas dentárias ☐ Prótese ☐ Lesão

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Padrões: ☒ Eupnéico ☐ Bradipnéico ☐ Taquipnéico ☐ Dispneico ☐ Tiragem intercostal
 Espasmo pulmonar: ☒ Normal ☐ Diminuído ☐ Simetria ☐ Assimetria
 Ausculta: Murmúrio vesicular ☒ Presente ☐ Diminuído ☐ Ausente
 Ruidos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores ☐ Tosse
 Tipo: _____
 Saturação de O2: ☐ Não monitorizada ☐ Tit ☐ VM ☐ Macronebulização ☐ O2 sob cateter nasal

ACIONAR O FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR TIRAGEM
INTERCOSTAL

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Pulsos: ☒ Periféricos ☐ Normal ☐ Diminuído ☐ Cianose. Outros: _____
 Frequência cardíaca: ☒ Normal ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia Ritmo: ☒ Regular ☐ Irregular
 Acesso venoso: ☒ Sim ☐ Não Qual: _____
 Carotídeo marcapasso: ☐ Sim ☒ Não Há quanto tempo: _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen: ☒ Flácido ☐ Tenso ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Escavado ☐ Distendido
 Hiperálgico ☐ Doloroso
 Ruidos hidroaéreos: ☒ Ausente ☐ Presente, tipo: ☐ Hiperativos ☐ Hipoativos
 Estomias: ☒ Não ☐ Sim Qual? _____
 Alimentação: ☒ Enteral ☐ Parenteral vias: ☒ Oral ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ Jejunostomia ☐ Gastrostomia
 Alimentação na dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente
 Eliminação intestinal: ☒ Normal ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Obstipação

SISTEMA ESQUELÉTICO

Amplificação: ☒ Sem auxílio ☐ Com auxílio Qual dispositivo? ☐ Muleta ☐ Andador
 Contra-indicações: ☒ Não ☐ Sim, Onde? _____
 Amputação: ☒ Não ☐ Sim, tipo: ☐ Parestia ☐ Parestesia ☐ Direito ☐ Esquerdo
 Paralisia: ☒ Não ☐ Sim, tipo: ☐ Hemiplegia ☐ Hemiparesia ☐ Direito ☐ Esquerdo
 Paraplegia
 Paralisia: ☐ Rigida ☐ Flácida ☐ Direito ☐ Esquerdo
 Amputação: ☒ Não ☐ Sim ☐ Direito ☐ Esquerdo

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

SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: ☒ Íntegra ☐ Desnuda ☒ Hetratada ☐ Desidratada ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Icterícia ☐ Edema
 Escala de Braden: _____

EM CASO DE SUSPEITA DE ULCERA

Classificação: ☐ Estágio 1 ☐ Estágio 2 ☐ Estágio 3 ☐ Estágio 4 ☐ _____
 Inclassificável: ☐ Não se aplica

ACIONAR A COMISSÃO DE
CURATIVO DO HGV

APARELHO GENITOURINÁRIO

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Incontinência ☐ Retenção Urinária ☐ Fralda
 Sonda: ☒ Não ☐ Sim Qual? ☐ Sonda de alívio ☐ Sonda de Foley ☐ Cistostomia
 Infecções: ☐ Vaginal ☐ Leucorréia ☐ Prurido ☐ Disúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Anúria ☐ Hematúria

Padrão de sono: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Insônia ☐ Uso de sedativo-calmanes: ☐ Não ☐ Sim

SISTEMA REPRODUTOR: ☐ Menarca ☐ Menopausa ☐ Primípara ☐ Multipara ☐ Não se aplica





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

112105

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Armando das Chagas Cruz Data de Nascimento: 1/1/1961
Cidade de origem: União do Brasil

II - ASPECTO SOCIOECONÔMICO E ESPIRITUAL

Religião/Crença: Católico
Profissão: Trabalhador
Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental () Ensino médio () Superior
Barreira na comunicação: (☒) Não () Sim.
Qual?
Apresenta déficit: (☒) Não () Sim, Qual? () Visual () Auditivo () Motor
() Outros:
Transtorno mental: (☒) Não () Sim.
Qual?
Mora sozinho? () Sim (☒) Não. Mora com familiares/outros? () Sim () Não

2 ITENS POSITIVOS
ACIONAR SERVIÇO SOCIAL
RELIGIÃO, BARREIRA NA
COMUNICAÇÃO
TRANSTORNO MENTAL

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

() Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes mellitus () Insuficiência Renal Crônica / Aguda
() Cardiopatias () Câncer () Tabagismo () Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outro:

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

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	VIA	DOSE	HORÁRIO

ACIONAR FARMACÊUTICO
(Quando paciente tiver
medicação de casa)

IV - EXAME FÍSICO

a) SINAIS VITAIS:

PA: 110/70 P: 72 () Filiforme (☒) Cheio (☒) Rítmico () Arritmico

T: 36,5 FR: 18

Oxigênio: () Sim (☒) Não Dor: (☒) Não () Sim, Onde?

Características:

b) DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ASPECTOS NUTRICIONAIS

Altura: 1,67 (m) Peso: 75 (Kg)
Perda de peso nos últimos 3 meses: (☒) Não () Sim, Peso perdido: 5 (Kg)
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nefropatia () Neoplasia de cabeça/pescoço
() Neoplasia de trato gastrointestinal () Transplante () Obesidade mórbida III (IMC > 50 kg/m²)
() Não se aplica

2 ITENS POSITIVOS
ACIONAR A NUTRICIONISTA
(Atenção nutricional)

c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(☒) Consciente (☒) Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Torporoso

ESCALA DE COMA GLASGOW:

d) ASPECTO EMOCIONAL: (☒) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico
() Agressivo () Triste () Outra alteração Qual?

2 ITENS POSITIVOS
ACIONAR O PSICÓLOGO





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA		
Prontuário: 130432	Nascimento: 13/04/1984	Estatudo Civil: União Estável
Cartão SUS: 898003734890901		

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

Representante / Responsável Legal		
Nome: LUCINEIDE PASSOS DOS REIS		
Estado Civil: União Estável	Nascimento: 13/04/1984	CPF: 01422451356
Parentesco: COMPANHEIRO (A)		

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

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

1. Risco anestésico
2. Neurológico
3. Urológico
4. Alérgico
5. Infeção

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

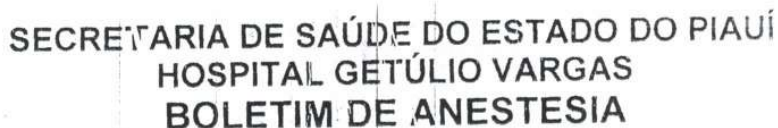
Teresina (PI), 17/06/2016

X Lucineide Passos dos Reis
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Dr. Themistocles Ramos
CRM-2798 / 8374
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Assinatura do Médico Responsável - CRM

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





PACIENTE				IDADE	DATA DE NASC		PESO	SEXO
Ricardo Almeida Rocha				320	17-04/84			
PROCEDIMENTO								
Trat. em Tratado de Tumor								
PRESSÃO ARTERIAL		FO	RESPIRATÓRIO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS	
120/70		64	12	36,6				
HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICÊMIA	UREIA	CREATININA		

CODIGOS

☒ EGG	☐ PVC	☒ Oxigênio	☐
☐ PAM	☒ PANI	☐ Capnógrafo	☐

GASES	t / min	Início	Fim	Tempo
Oxigênio				
Ar Medicinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Médicaments		
Uropina		Amp
Adrenalina		Amp
Eau dest. 10ml	02	Amp
Cipro 500mg		Fras
Cefazolina 1g	02	Amp
Clonidine		Amp
Coloïde ()		Fris
Dexametasone	02	Amp
Diazepam		Amp
Dimorf 0,2	0,5	Amp
Epipirone	02	Amp
Epobutamina		Amp

Dopamina		Amp
Hormonid		Amp
E:fortil		Amp
E fedrina		Amp
Fentanil (s/ cons)		Amp
Fentanil (frasco)		Fras
Sevoflurano		MI
Hidrocortisona		Fras
Isoflurano		MI
Manitol		Fras
Metronidazol		Fras
Narcotan		amp

Neostigmina		Amp
Nipride		Amp
Noradrenalina		Amp
Neocaina	0.3% <i>Parula</i>	Amp
Neocaina	0.5% <i>Isobar</i>	Amp
Omeprazol		Fras
Pancurônio		Amp
Profenid		Amp
Propofol		Fras
Protamina		Amp
Quelicin		Fras
Quetamina		fras

Remifentanil	
Renitidina	
Ringer-Lactato	01
Sufentanil	
S. Fisiolôg. 0.9%	02
S. Glicosado 5%	
Tracrium	
Transamin	
Novobupri 0.5 v	
Lidocaina 2% v	
<i>Epilêpsia</i>	<i>03</i>
<i>Dr. Paulo</i>	<i>04</i>

José Miguel de Andrade Filho
 CRM 13.882 - RFE 131542.403/36
 Anestesiologista - CRM

Alfred
Rauert
Nouveau



RECUPERAÇÃO POS-ANESTESIA

12:00

PACIENTE		DATA: 18.06.16		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A:		ALERGIA A:	
CIRURGIA REALIZADA:		TIPO DE ANESTESIA: raqui		HORÁRIOS			
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	SAÍDA	
P.A.	111/64(79)			108/55			
F.C./PULSO	54						
TEMPERATURA							
OXIMETRIA	100			100%			

EXAME FÍSICO		ESCALA DA ESCORE DA DOR	
ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	SAÍDA
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	2		2
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	1		2
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada dispnéia = 0 Apnéia = 1	2		2
CIRCULAÇÃO (PA) 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2		2
SpO₂ Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantém SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0	2		0
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	9		10
CONTROLES OXIGENOTERAPIA () PUNÇÃO VENOSA CENTRAL () SONDA NASOGÁSTRICA () SONDA NASOENTERAL () SONDA VESICAL DE DEMORA () DRENO DE KHEIR () DRENO PENROSE () DRENO TORAX () DRENO SUCÇAC () DRENO LAMINAR () COLOSTOMIA () GASTROSTOMIA () TRAQUEOSTOMIA () RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM:			
AValiação de Enfermagem: 13:00 - Paciente acordado do SRPA, no PO, a fret. firme, SSVU estáveis, 11 minutos			
Leticia Cruz Enfermeira COREN: 372.055			
Entregues:	() EX. LABORATORIAIS	() RX	() RECEITA MÉDICA
Encaminhado a:	() UTI	() RX	() ENFERMARIA
		() ATENDIMENTO MÉDICO	() F. NÃO PADRONIZADO
		() EXTERNO	

Anestesiologista - CRM
José Miguel de Andrade Filho
CRMPI 887 - CPF: 138.542.403/58



MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0.9g%-ml- 500	frasc	03	AGULHA DE RAQUE Nº	und	01
SORO FISIOLÓGICO 0.9g%-ml- 1000	frasc	01	AGULHA PERIDURAL Nº	und	
SORO GLICOSADO 5g%- ml	frasc		AGULHA 25X7	und	03
BINTE LACTADO ml 500	frasc	01	AGULHA 30X7	und	03
ÁGUA DESTILADA ml	frasc		AGULHA 40X12	und	03
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	amp		AGULHA DE INSULINA	und	
MANITOL 3% 2000 ml	frasc		ESCALP Nº	und	
FORMOL ml	ml		JELCO Nº 20	und	01
ÁGUA OXIGENADA ml	ml	80	SERINGA DE 60ml	und	
ALCOOL 70% ml	ml	100	SERINGA DE 20 ml	und	03
PVP I DEGERMANTE ml	ml	100	SERINGA DE 10 ml	und	03
PVP II TÓPICO ml	ml	100	SERINGA DE 5ml	und	03
ECORRIDINA ml	ml		SERINGA DE 3ml	und	
BSS 800ml	frasc		SERINGA DE 1ml	und	
VALIUM 8% 500ml	frasc				
			DRENOS		
			DRENO DE PENROSE Nº	und	
			DRENO DE SUÇÃO Nº	und	
			DRENO DE TORAX Nº	und	
			DRENO DE KHER Nº	und	
FIOS					
NYLON Nº 2 20	Und	04			
NYLON Nº	Und				
CAT GUT SIMPLES Nº	Und		OUTROS MATERIAIS		
CAT GUT CROMADO Nº	Und		LAMINA DE BISTURI Nº 24	Und	02
CAT GUT CROMADO Nº	Und		LAMINA DE BISTURI Nº	Und	
AGULHA Nº 1	Und		GASES	pct	08
AGULHA Nº 2	Und		ESPARADRAPO	cm	90
AGULHA Nº 3	Und	03	MICROPORE	cm	
AGULHA Nº 4	Und		COMPRESSAS	Und	16
AGULHA Nº 5	Und		ALGODÃO	Und	
AGULHA Nº 6	Und		EQUIPO MACROGOTAS	Und	01
AGULHA Nº 7	Und		EQUIPO	Und	
AGULHA Nº 8	Und		EQUIPO P/ SANGUE	Und	
AGULHA Nº 9	Und		TORNEIRINHA	Und	
LUVAS			POLIFIX	Und	01
PROCEDIMENTO	PAR	06	TRANSFIX	Und	01
ESTÉRIL Nº 10	PAR	02	ERIGOPLAS-----VIAS	Und	00
ESTÉRIL Nº 15	PAR	02	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	Und	03
ESTÉRIL Nº 20	PAR	04	CATETER DUPLO "J"	Und	
			CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	Und	
SONDAGEM			TUBO ORO TRACHEAL Nº	Und	
SONDA URETRAL Nº	Und		FILTRO BACTERIOLOGICO P/TOT	Und	
SONDA DE FOLEY 2V Nº	Und		CAPA PARA VÍDEO	Und	
SONDA DE FOLEY 3V Nº	Und		CAPA PARA MICROSCOPIO	Und	
SONDA NASOGÁSTRICA Nº	Und		LENTE INTRA OCULAR Nº	Und	
SONDA NASOENTERAL Nº	Und				
COLETOR DE URINA FECHADO	Und		Sacos p/ lixo	und	03
COLETOR DE URINA ABERTO	Und		Sacos p/ chamer	und	01
ALCOOLINA GELÉIA 2%	tub		Elétródos	und	05
SONDA RETAL Nº	Und		Ataduras crepom	pct	05
VASELINA	tub				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Ima Maria

Durval



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

Abriu AT 4
0408050627

CLÍNICA: Dermatologia LEITO: 142/06 PRONTUÁRIO: 430432

NOME: Leandro Alves da Rocha DATA NASC: 43/04/84

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Pústula supuratória facial

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Exat. fac. sup. Nº SALA: 11

CIRURGIÃO: A. Wilson CRM.PI: _____

AUXILIARES: 1º A. Cruz 2º _____

INSTRUMENTADOR(A): Durvalina CIRCULANTE: Anna Maria

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Exat. fac. sup.

Exat. fac. sup.

Exat. fac. sup.

Exat. fac. sup.

Exat. fac. sup.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: _____

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

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

DATA 18 / 06 / 16 HORA 11:50

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 - HGV





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

Paciente: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**

Prontuário: **130432**

Dt. Nasc.: **13/04/1984**

Pedido: **9292**

Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**

Setor Solicitante: **AMB DERMATOLOGIA**

Unid. Internação / Leito: **DERMATOLOGIA / 112**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Atendimento: **134846**

Idade: **32a 2m 5d**

Sexo: **M**

Data Pedido: **17 de Junho de 2016**

Data do Laudo: 17 de Junho de 2016

CREATININA.....0,94 mg/dl

Material: Soro

Método: Enzimático

Valores de Referência:

De 0,4 a 1,3 mg/dl

GLICEMIA

RESULTADO.....: 94,00 MG/DL

VALOR DE REFERÊNCIA: NEGATIVO

MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO

MATERIAL: SORO/PLASMA

MARTA DO ROSARIO CONCEICAO MOURA NUNES

Assinado eletronicamente por: LEANDRO DE OLIVEIRA CARVALHO - 16/01/2018 12:41:23

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011612412290300000000720266>

Número do documento: 18011612412290300000000720266

Num. 750604 - Pág. 5



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:

134846

Prontuário: 130432 Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Endereço: LOGGINHA

0 ZONA RURAL

Cidade: CARACOL

UF: PI CEP: 64795-000

Sexo: M DT. Nasc: 13/04/1984 Idade: 32 Anos

Estado Civil: U Profissão: TRABALHADOR RURAL

Cadastro: 17/06/2016 Telefone: 89 - 8115.4866

Cartão SUS: 898003734890901 CPF: 02329293356

Justificativa:

Data	Assinatura
17/10/2016	X Leucineide Passos dos Reis
18/10/2016	X Leucineide Passos dos Reis
19/10/2016	X Leucineide Passos dos Reis
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

Data: / /

Ass. Médico Solicitante

Auditor

Data: / /

Assinatura - CPF



Assinado eletronicamente por: LEANDRO DE OLIVEIRA CARVALHO - 16/01/2018 12:41:24
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011612412404400000000720271
Número do documento: 18011612412404400000000720271



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

Exatopside
Dermoto.

Paciente: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**

Prontuário: **130432**

Dt. Nasc.: **13/04/1984**

Pedido: **9292**

Atendimento: **134846**

Idade: **32a 2m 5d**

Sexo: **M**

Data Pedido: **17 de Junho de 2016**

Médico Solicitante: **JOSE WILSON RODRIGUES**

Setor Solicitante: **AMB DERMATOLOGIA**

Unid. Internação / Leito: **DERMATOLOGIA / 112**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **17 de Junho de 2016**

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Referências

Mulher

Hemácias em milhões/ml.....: **4,03**

Hemoglobina em g/dl.....: **12,00**

Hematócrito em %.....: **36,00**

Vol. Glob. Média em u3.....: **89,33**

Hem. Glob. Média em uug.....: **29,78**

C.H. Glob. Média em %.....: **33,33**

OBS: **DISCRETA ANISOCITOSE.**

Valores de

Homem

4,5 - 6,5	3,9 -
5,8	
13,5 - 18,0	11,5 -
16,4	
40,0 - 54,0	36,0 -
47,0	
	76,0 - 96,0
	27,0 - 32,0
	32,0 - 36,0

LEUCOGRAMA

Valores Encontrados

Leucócitos por ml.....: **9.190**

4.000 - 10.000

Promielocitos.....

0

Mielocitos.....

0 - 1

Metamielocitos.....

1 - 3

Bastões.....: **1,00**

40 - 75

Segmentados.....: **69,00**

1 - 6

Eosinófilos.....: **3,00**

0 - 1

Basófilos.....

20 - 45

Linfócitos.....: **18,00**

2 - 10

Monócitos.....: **9,00**

OBS:

Plaquetas.....: **195.000 mm/3**

142.000 mm/3 a 450.000
mm/3

OBS:





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



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST – PÓS-OPERATÓRIO

NOME: Andres Alves do Rocha DN: 1/1/
DO: CENTRO CIRÚRGICO
PARA CLÍNICA: Dermato DATA: 1/1/ HORÁRIO: 1/

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

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO.	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO.
 LEANDRO DE OLIVEIRA CARVALHO CORREIO 372.055	

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

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



V) RISCOS: ☒ Não () Sim. Qual? () Queda () UPP () Flebite
Alergia: ☒ Não () Sim. Qual?

VI) CIRURGIA S Você já realizou alguma cirurgia: () Não () Sim.
Qual(is): 3 incisões na dobra da virilha
Qual o anc?

(VII) EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

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

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

Pessoa envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante () Familiar

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

(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS:

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

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

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

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

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Trouxe exames? () Não () Sim. Qual(is)?

O Sr. ou Sr.^a gostaria de fazer alguma pergunta em relação a estes folders?

() Não () Sim. Folder de direitos e deveres do paciente () Não () Sim. Folder de Higienização das mãos

() Não () Sim. Folder de Risco de quedas () Não () Sim. Identificação com pulseira

O Sr. ou Sr.^a gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Nome:

Identificação/Responsável:

Assinatura:

Grau de parentesco (se aplicável):

RG:

Data: 17.06.16

Hora: 09:16

Leandro de Oliveira Carvalho
ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO



QUADROS DE ORIENTAÇÃO DE ESCALAS		
ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE
AÇÃO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras Inapropriadas	3
	Sons Incompreensíveis	2
Melhor Resposta motora	Obedece comandos	6
	Dor localizada	5
	Retirada da flexão	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
		15

PONTUAÇÃO: < 3 (probabilidade de morte) 3 a 8 (grave necessidade de intubação) 9 a 12 (moderado) 13 a 15 (leve)

Escala de Agitação - Escala de Richmond - RASS		
PONTOS	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
4	Agressivo	Violento, perigoso, combativo.
3	Muito agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateter.
2	Agitado	Movimentos sem coordenação frequentes.
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos.
0	Alerta e calmo	Alerto, calmo.
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, facilmente despertável e mantém contato visual por mais de 10 segundos.
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por menos de 10 segundos.
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual.
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física.
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ULCERA POR PRESSÃO				
PERCEÇÃO SENSORIAL	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO
UMIDADE	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	4. RARAMENTE MOLHADA
ATIVIDADE	1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	4. ANDA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
ALIMENTAÇÃO	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE INADEQUADO	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE
EFICÁCIA E CISCALHAMENTO	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	

2011





Carimbo Município Solicitante

Ficha de Marcação Consultas / Exames Procedimento(s) (Em caso de exame solicitar no máximo 3)				Este procedimento é pago pelo SUS, é proibida a cobrança de taxas.	
CIC Oito mil e trezentos				Nº do Cartão SUS	
Nome do Paciente (Preencher sem abreviar) Solange Alves da Silva					
Nascimento 13-09-84		Idade	Sexo	Documento do Paciente (Tipo, número)	
Nome da Mãe Mariana Alves da Silva					
Endereço (Logradouro, número)					
Bairro Baixo da Serra			Complemento		
CEP	Município Belo Horizonte		UF	Fone	
Dados Clínicos Fritura Feita E m				Data da Solicitação	
				Carimbo Assinat. Médico Solicitante	

Agendamento - Marcação Via Central		Protocolo CERAS:	
Local de Atendimento			
Nome do Profissional			
Endereço			
Data e Hora do Comparecimento		Carimbo Assinat. do Resp. pelo Agendamento	
/ / às :			

Caro Usuário,

Número do Agendamento:

Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha e/ou assine quaisquer documentos se for atendido(a).





CLÍNICA
CRISTIANO
PAES LANDIM

Paciente: Leandro Paes de Oliveira

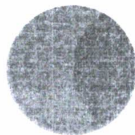
7º nos ps-afectados da
função do fôrm distal
(E) Croni com ser o b...
do funcional. P...
em conversação. (04/11/17)

UD: 572.3/5724

Data: 09/02/17

Rua Afonso Neves, 118 - 118
São Raimundo Nonato PI
CEP 64770-000
Tel. (89) 3582 2998
Cel. (89) 98114 0036
E-mail: cristianolandim@brs.com





CLÍNICA
CRISTIANO
PAES LANDIM

Paciente:

Leandro Amorim

Exat. Fatores de risco

fibrotomografia

20 segundos

Data: 09/02/17

Rua Abelias Neves, 228 - Jd. L. B.
São Camargo - 04550-141
CEP 04770-000
Tel. (89) 3582-2400
Cel. (69) 98111-3536 / 98111-3537
E-mail: cristiano@landim.com.br



CLÍNICA
CRISTIANO
PAES LANDIM

Rua Abdias Neves, 658 - Centro

São Raimundo Nonato, PI - CEP 64230-000

Tel. (89) 3582-2498

Cel. (89) 98114-0036 (vivo) 014 34133141

E-mail: cristianolandim@zafiro.com.br

Paciente: Leandro Alves da Rocha Idade: _____ Anos
Endereço: _____ Tel.: _____
Convênio: _____ Data: 09/08/17 Data de Entrega: 1/1

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☒ CONSULTA	R\$ <u>200,00</u>	☐ US DA TIREÓIDE	R\$ _____
☐ CITOLOGIA	R\$ _____	☐ US CERVICAL	R\$ _____
☐ COLPOSCOPIA	R\$ _____	☐ US DE PARTES MOLES	R\$ _____
☐ CAUTERIZAÇÃO	R\$ _____	☐ US MORFOLÓGICO	R\$ _____
☐ BIÓPSIA	R\$ _____	☐ US ABDOMINAL	R\$ _____
☐ ESCANOMETRIA	R\$ _____	☐ US ABDÔMEN TOTAL	R\$ _____
☐ EX. LABORATORIAIS	R\$ _____	☐ US PÉLVICO	R\$ _____
☐ RAIO X	R\$ _____	☐ US DE VIAS URINÁRIAS	R\$ _____
☐ DENSITOMETRIA	R\$ _____	☐ US RENAL	R\$ _____
☐ MAMOGRAFIA	R\$ _____	☐ US TRANSLUCÊNCIA	R\$ _____
☐ US DA PRÓSTATA	R\$ _____	☐ _____	R\$ _____
☐ US GESTACIONAL	R\$ _____	☐ _____	R\$ _____
☐ US TRANSVAGINAL	R\$ _____	☐ _____	R\$ _____
☐ US DA MAMA	R\$ _____	☐ _____	R\$ _____

RECEBEMOS 09/08/2017 14:13 - 352

G/O

Responsável

TOTAL R\$

200,00

