

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000106463-1

---

Nr. da Autenticação 3A5D33F0960F2887

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180534241 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO APÓS AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA ANATÔMICA COMPLETA APÓS AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013604814919  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD-RENAVAM 00333056655 B.A. REC. EXERCÍCIO 2015

JOAO CANUTO DE MELO NETO

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 01678179302

PLACA ODX-6095

PLACA ANT. / AT

CHASSI

9C2JC4110BR766328

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NENHUMA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAR / POT / CL 02P/0124CC

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

1º IPVA

FAIXA L.R.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2º PAGO

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICOES

OBSERVAÇÕES

CAMPO MAIOR

LOCAL

DATA 01/10/2018

JOAO MARTINS DO REGO LORAO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA  
TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013604814919 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1104

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/10/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 01678179302

PLACA ODX-6095

RENAVAM 00333056655

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011

COT. TARIF. 09

Nº CHASSI 9C2JC4110BR766328

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

185,50

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 30/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.602/0001-04

AG CORRETOR  
DE SEGUROS

13 NOV 2018

DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180534241 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO. ALTA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO APÓS AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA ANATÔMICA COMPLETA APÓS AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



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

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: P0201711  
Data: 21/09/2018  
Funcionario: ANTONIA

Registro: 77665  
Hora: 07:13:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 1

SUS

**JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO**

Nasc.: 25/08/1997 Idade: 21 ANOS, 27 DIAS

Profissão:

Civil: OUTROS

CEP: 64280-000

End.: ELESBAO ANDRADE, 105 -

Bairro: CARIRI

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Dor: PARDA Telefone: ( ) -

Mãe: JOSELIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO

Pai: JOSE FERREIRA DO NASCIMENTO

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

**Procedimentos**

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

**História Clínica/Exame físico:**

Hora: 08:45

☐ Internação

**Exames Complementares:**

**Diagnostico provável:**

**Prescrição Médica:**

- 1) R-X de p.e. (E), AP / perfil  
2) Ceftazidima 1g 2amplos + 800ml  
AD, EV bolus, e  
3) Transf (Sang/UL) /amplo + 100ml  
pfo, 3% EV. Gm em / Smin, e  
4) Cefepime 100g 1amplo + 100ml  
pfo, 3% EV. Gm em / Smin, e  
5) Pnem da bnt p. d. e, e

**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 07:36:15

**Prioridade:**

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

**Queixa/História:**

**Alergias:**

**Medicação Usual:**

PA: 0 mmHg 30x90mmHg TAX: 00c

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

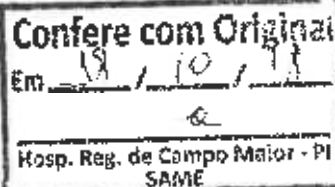
Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

**Conduta:**



PJ CORRETOR DE SEGUROS

13 NOV 2018

DPVAT

Aline Alves Ligorio

525430 - RODRIGO DE ARAUJO SILVA  
Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta**

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO  
Paciente ou Responsável

4121 - ELENILSON TORRES LAGES  
Médico Responsável



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

2 - CNES

277754

4 - CNES

277754

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002917548381

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/08/1987

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

77665

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

( ) -

10 - NOME DA MÃE

JOSELIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO

12 - ENDEREÇO

ELESBAO ANDRADE, 105 - CARIRI

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAMPO MAIOR

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2202208

15 - UF

PI

16 - CEP

64280-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prontidão antiga de apoplexia com hemiparesia  
e parietal fratura de PE/E;

PJ CORRETOR  
DE SEGUROS

13 NOV 2018

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

fratura

DPVAT

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

Exame físico + R-x de PE-E - fratura de PE/E

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de PE/E (exposta)

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

( ) CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

977.774.983-04

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ELENILSON TORRES LAGES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/09/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - OBR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

E220000002

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

22/09/2018 Raquel Torres da Silva

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

Confere com Original

Em 28/10/18

Hosp. Reg. de Campo Maior - PI  
SANE

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: 21 Estado Civil: Solteiro ☐ Casado / União Estável ☒  
Viúvo ☐ Separado ☐

ENF: 414

### 2. PROCEDÊNCIA: Deste Município ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Deambulando ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca ☐ Sozinho ☐ Acompanhado ☐ \_\_\_\_\_ SAMU ☐

### 3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico ☐ Cirúrgico ☒ Obstétrico ☐

Se obstétrico: DUM: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Queixa principal: \_\_\_\_\_

### 4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Tabagismo ☒ Etilismo ☒ Doença cardíaca  
Doença renal ☐ Alergias ☐ Outros ☐ \_\_\_\_\_

### 5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido ☒ Confuso ☐ Coma superficial ☐ Coma profundo ☐

Estado emocional: Agitado ☐ Tranquilo ☒ Tenso ☐ Deprimido ☐

Pele: Normocorada ☒ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Sudorética ☐

Hidratado ☒ Desidratado ☐ Hiperemia ☐ Local: \_\_\_\_\_

Integridade da pele: Sim ☒ Não ☐ Obs: \_\_\_\_\_

Rede venosa: Visível ☒ Não visível ☐

Edemas: Ausência ☒ Presença ☐ Local: \_\_\_\_\_ Generalizado ☐

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico ☒ Bradipnéico ☐ Taquipnéico ☐ Dispnéico ☐

Tosse seca ☐ Tosse produtiva ☐ Hemoptise ☐ Dor torácica ☐ Epistaxe ☐

Outras: \_\_\_\_\_

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia ☐ Pirose ☐ Disfagia ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Hematêmese ☐

Dor abdominal ☐ Dor epigástrica ☐

Alimentação: Oral ☒ Por SNG ☐ Acelta normal ☐ Acelta parcial ☐ Não acelta ☐

Hábito Intestinal: Frequência diária ☐ Diarréia ☐ Constipado ☐ Última evacuação: \_\_\_\_\_

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal ☒ Por SVD ☐ Poliúria ☐ Polaciúria ☐ Oligúria ☐ Hematúria ☐

Incontinência ☐ Disúria ☐ Anúria ☐ Aspecto: Claro ☐ Truço ☐

Sono e repouso: Preservados ☒ Insatisfatórios ☐

Outras queixas: Febre ☐ Dor ☒ Local: \_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_

SSVV: Tax°C: \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_

Medicações de uso regular: Não ☒ Sim ☐ Quais: \_\_\_\_\_

Diagnóstico da Enfermagem: Ansiedade

Data: 21/09/18 Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Confere com Original  
Em 18/10/18  
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI  
SAME

PJ CORRETOR  
DE SEGUROS

13 NOV 2018

DPVAT

Atendimento	1012158
Data:	21/09/2018
Hora:	9:42

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

Nº AH
SOCORRO

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**77665 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO**

**OUTROS - Sexo: MASCULINO - 25/08/1997 - 21 ANOS, 27 DIAS**

Clinica: CIRURGIA GERAL Enfermaria: CC04- CLINICA CIRURGICA - Leito: CC0401 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 4121 - ELENILSON TORRES LAGES

CPF: RG: 3.954.792 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: ELESBAO ANDRADE, Nº 105 - CEP: 84280-000 Bairro: CARIRI

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI Profissão: Telefone: ( ) -

Pai: JOSE FERREIRA DO NASCIMENTO FILHO Mãe: JOSELIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO

Responsável: LIA RAQUEL LOPES DA SILVA - ESPOSA

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

### História Clínica

Paciente vítima de atropelamento por motocicleta  
Aparentando lesão na pé (E) perfurada com  
pe E (lesão de continuidade) e  
fratura de 5ª falange pé E,

**Diagnóstico Provável**

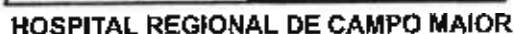
Fratura de pé (E)  
e xposta

Dr. Elenilson Lages  
MÉDICO  
CRM-PI 4121

ELENILSON TORRES LAGES







## EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

NOME: Jefferson Kelen Alves Pinheiro		
ENFERMARIA:		LEITO:
DATA/HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
21/09/18	<p>1) Dito em 22/09/18</p> <p>2) Dipirona 500mg, 2x/dia + 1bul AD, EV de 6/6h,</p> <p>3) Cefotaxima 1g + 1bul AD, EV de 6/6h, 2</p> <p>4) Voltaren 75mg 1x/dia im glúteos 1 + bul,</p> <p>5) DDU + CCG,</p>	
	<p>Dr. Jefferson Lopes MÉDICO CRM-PI 4121</p>	

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

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4546  
CEP: 64.260-000 • Campo Maior - PI  
CNPJ: 06.553.564/0006-42

Confere com Original  
Em 18/10/88  
Hosp. Reg. de Campo Maior - P.  
SABE



CONTORNO, 250

SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

Tel.: (88) 3252-4546

## ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

**1012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO**

Data da internação: 21/09/2018 - 09:42:00

Sexo: M

Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

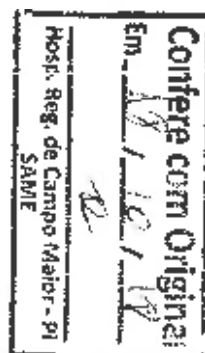
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito:

21/09/2018

PROFISSIONAL

ASSINATURA

10:30	ADMITIDO NESTA CLINICA PROCEDENTE DE CAMPO MAIOR POR FRATURA EXPOSTA EM 5º PODOACTILO DO PE ESQUERDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SONO SATISFATORIO, ACEITA A DIETA, ELIMINAÇÕES REGULARES, NEGA ALERGIAS E AFIRMA SER ETILISTA E TABAGISTA.	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA	
14:48	ENCAMINHADO PARA O CENTRO CIRURGICO	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA	
14:49	RETORNOU DO CENTRO CIRURGICO CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, MOBILIDADE MANTIDA	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA	



**TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO  
AMPUTAÇÃO DE MEMBRO  
("CONSENTIMENTO INFORMADO")**

Por este instrumento, eu

Adilson Kikun Silva mesquita 3.954.792  
(nome legível, completo e por extenso do paciente) (identidade nº)

ou meu responsável, Sra. Raquel Lopes da Silva  
(nome legível, completo e por extenso do responsável) (identidade nº)

Declaro que:

1º) Fui informado (a) pelo médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a (s) seguinte (s) alteração (ões) e diagnóstico (s) de meu estado de saúde:

fratura exposta da fêmur proximal do  
S. P. do membro com fratura exposta, d. g.  
em posição em ponto do d. g.

2º) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s):

Risco: infecção, amputação em membro  
parado, paralisia motor.

3º) esta autorização é dada ao(a) médico(a) Dr. Raul de Oliveira  
Conte bem como ao(s) seu(s)

assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação, para a amputação do membro:

S. P. do membro do S. P. Exposto.

4º) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

5º) Consinto, portanto, ao(a) médico(a) supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).



Campo Maior, 21 de Setembro de 2018.

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA/LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
NOME: Jefferson Rivas Silva Nascimento DATA DE NASCIMENTO: 25/05/97  
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Patologia associada ao 5º PDD (E)  
CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: Paciente com fratura exp 5º PDD E  
com abscesso de incontinência na ponta do dedo e vômitos.

CIRURGIA: Amputação do 5º PDD (E) Nº SALA: \_\_\_\_\_  
CIRURGIÃO: Dr. Anderson Costa CRM-PI: \_\_\_\_\_  
UXILIARES: 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR (A): Francisca das Chagas O. Sousa CIRCULANTE: Maria Inês de Fátima Lima  
Assistente de Enfermagem Coordenadora de Enfermagem  
CRM-PI 151124 CRM-PI 607719

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1. Anestesia + lavagem cirúrgica 2. Realizar  
exatidão com 85-99%. 3. Observação do duto e aplicação de curativo  
de MESS para amputação. 4. Amputação do duto com cuidado  
e cuidados com partes moles 5. Curativo e sutura da pele 6. Curativo  
compressivo.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Sem intercorrências.

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: União

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: ( ) SIM (X) NÃO ESTIMADA: \_\_\_\_\_ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: ( ) SIM (X) NÃO QUAL? \_\_\_\_\_

DATA: 21/09/18 HORA: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO



Atílio Carlos Silva Nascimento  
(Assinatura do paciente/ responsável legal)

Raimundo Jairo Timenex Filho  
(Nome e assinatura do(a) responsável) pelo(a) paciente)

No caso de pacientes menores, ou que tenham responsáveis legais, ou não possam assinar este documento.

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) [Assinatura] (Assinatura) 960.049 (nº do documento de identidade)  
Raimundo Jairo Timenex Filho (nome completo e legível) Av. Nilo Oliveira Nº 157 B-65 (endereço)

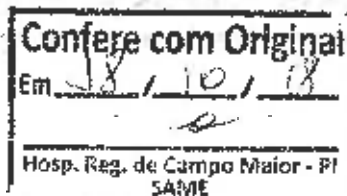
2) [Assinatura] (Assinatura) [nº do documento de identidade]  
Olivia Raquel Moraes da Silva (nome completo e legível) Rua Sebastião Lins nº 205 (endereço)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: 21/09/18

André Rodrigues de Oliveira Costa  
Assinatura do médico - CRM

André Rodrigues de Oliveira Costa  
Otorrinolaringologista  
CRM 11462



**MATERIAIS E MEDICAMENTOS SALA CIRÚRGICA**

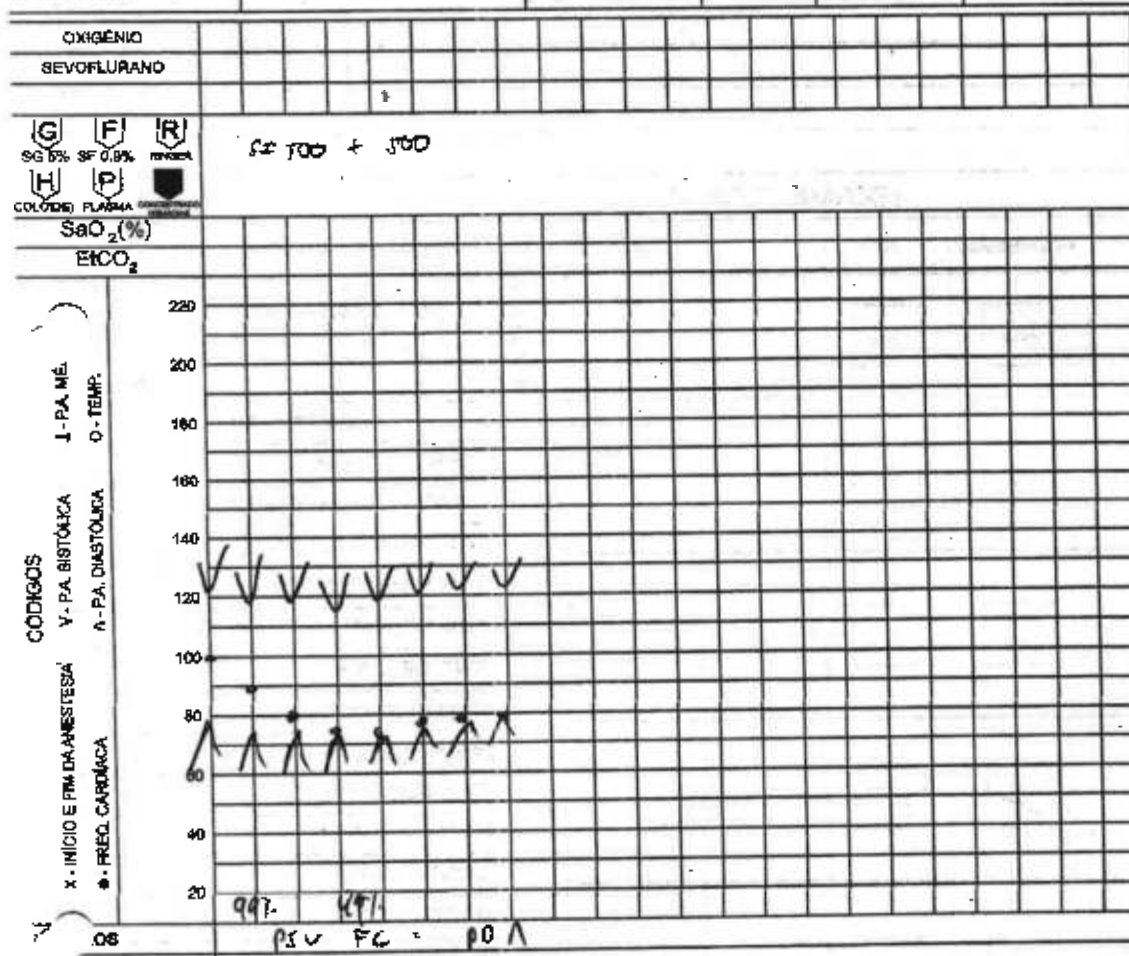
DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
<b>LÍQUIDOS E SOLUÇÕES</b>			<b>AGULHAS E SERINGAS</b>		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	FRASCO	04	AGULHA DE RAQUE Nº 26	UND	01
SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% ml	FRASCO		AGULHA DE PERIDURAL Nº	UND	
SORO GLICOSADO 5% ml	FRASCO		AGULHA 25X7	UND	02
RINGER LACTATO ml	FRASCO		AGULHA 30X7	UND	01
ÁGUA DESTILADA ml	FRASCO		AGULHA 40X12	UND	02
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	AMP	06	AGULHA DE INSULINA	UND	
MANITOL 3% 200 ml	FRASCO		SCALP Nº	UND	
FORMOL	ML		JELCO Nº	UND	
ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGA DE 50ml	UND	
ÁCOOL 70%	ML	30 ml	SERINGA DE 20 ml	UND	02
PVPI DEGERMANTE	ML	50 ml	SERINGA DE 10 ml	UND	02
PVPI TÓPICO	ML		SERINGA DE 5 ml	UND	01
CLOREXIDINA	ML		SERINGA DE 3ml	UND	
BSS 500ml	FRASCO		SERINGA DE 1 ml	UND	
VOLUMEN 6% 500 ml	FRASCO		<b>DRENOS</b>		
ISOCEL	FRASCO		DRENO DE PENROSE Nº	UND	
ÉTER	FRASCO		DRENO DE SUÇÃO Nº	UND	
<b>FIOS</b>			DRENO DE TÓRAX Nº	UND	
NYLON Nº 3-0	UND	01	DRENO DE KIER Nº	UND	
CATGUT SIMPLES Nº	UND		<b>OUTROS MATERIAIS</b>		
CATGUT CROMADO Nº	UND		LÂMINA DE BISTURI Nº 24+15	UND	01 + 01
CATEGUT CROMADO Nº	UND		GAZES	UND	08 pacotes
ALGODÃO COM AGULHA Nº	UND		ESPARADRAPO	UND	20 cm
ALGODÃO SEM AGULHA Nº	UND		MICROPORÉ	UND	
VYCRIL Nº	UND		COMPRESSAS	UND	08 unidades
PROPELENÉ Nº	UND		ALGODÃO	UND	
PROPELENE AGULHA GRANDE Nº	UND		ATADURA 10 CM CM	UND	02
MONOCRYL Nº	UND		EQUIPO MACROGOTAS	UND	01
PDS Nº	UND		EQUIPO MICROGOTAS	UND	
<b>LUVAS</b>			EQUIPO PARA SANGUE	UND	
PROCEDIMENTO	PAR	06 pares	TORNEIRINHA	UND	
ESTÉRIL Nº 7,5	PAR	05 pares	POLIFLIX	UND	01
<b>SONDAGEM</b>			TRANSOFIX	UND	
SONDA URETRAL Nº	UND		IRRIGÓPLAS VIAS	UND	
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº	UND		ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	UND	04
SONDA DE FOLEY 3 VIAS Nº	UND		CATETER DUPLO JOTA	UND	
SONDA NASOGÁSTRICA Nº	UND		CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	UND	
SONDA NASOENTERAL Nº	UND		TUBO OROTRAQUEAL Nº	UND	
COLETOR DE URINA FECHADO	UND		FILTRO BACTERIOLÓGICO PI TOT	UND	
COLETOR DE URINA ABERTO	UND		<b>MATERIAIS ORTOPÉDICOS</b>		
XYLOCAÍNA GELÉIA 2%	TUBO		CAIXA PEQUENO FRAGMENTO		
SONDA RETAL Nº	UND		CAIXA GRANDE FRAGMENTO		
VASELINA	TUBO		FIO DE KIRSCHNER Nº		
<b>TELA PROTÉSICA</b>			FIO DE STEINMAN Nº		
cm x cm	UND		FIO DE CERCLAGEM Nº		
cm x cm	UND		FIXADOR EXTERNO MMSS Nº		
<b>POMADAS</b>			FIXADOR EXTERNO MMII Nº		
COLLAGENASE	TUBO	X	ÂNCORA Nº		
NEOMICINA	TUBO		<b>APARELHAGEM</b>		
NITROFURAZONA	TUBO		ASPIRADOR		
SULFADIAZINA DE PRATA	TUBO		BISTURI ELÉTRICO		OK
			PERFURADOR		
			SERRA		



## BOLETIM DE ANESTESIA

DATA	SALA
PRONTUÁRIO	

PACIENTE	Jefferson Alves Silva Nascimento	IDADE	DATA DE NASC	PESO	SEXO
PROCEDIMENTO	ESTADO FÍSICO ASA				
PRESSÃO ARTERIAL	PC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA	OUTROS



### SEQUÊNCIA

- 1) Paciente pronto + canal ar.
- 2) Monitorizada
- 3) Respiração feita: supinária 12.
- 4) ATB + Sifonização
- 5) Enxágio s/ inter.

Confere com Original  
Em 18/10/16  
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI  
SAME

INÍCIO 10:45 FIM 11:30  
DURAÇÃO 0:45

Técnica Anestésica: Respiratória: punção única c/ esp/4 266

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAM	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input checked="" type="checkbox"/> Set. O <sub>2</sub>
GASES	l/min	Início	Fim
Oxigênio			
Ar Medicinal			

### MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Ranitidina	Fras
Adrenalina	Amp	Dormidol	Amp	Nitride	Amp	Ranitidina	01 Amp
Agua dest. 10ml	Amp	Etoril	Amp	Noradrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Dipro 200mg	Fras	Efedrina	Amp	Neocaina 0,5% Presol	01 Amp	Sufentanil	Amp
Clonazepam 1g	Amp	Fentanil (al con)	Amp	Neocaina 0,5% Indol	Amp	S. Relatóg. 0,8%	Fras
Clonidina	Amp	Fentanil (placo)	Fras	Omeprazol	Fras	S. Glicocido. 5%	Fras
Coláide ( )	Fras	Sevoflurano	NI	Pancurônio	Amp	Atrocin	Amp
Dexametasona	01 Amp	Hidrocortisone	Fras	Propofol	Fras	Transamin	Amp
Diazepam	Amp	Isoflurano	NI	Propofol	Fras	Novobupr 0,5% v	Fras
Dilmaul	Amp	Mantol	Fras	Probenzina	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Dipirona	02 Amp	Metronidazol	Fras	Quelidol	Fras	Cefotaxim	02 Amp
Scbutamina	Amp	Narcan	Amp	Quelidol	Fras	Cefotaxim	01 Amp

Dr. Henrique Rocha  
Anestesiologista CRM



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

## ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

## 1012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

Data da internação: 21/09/2018 - 09:42:00 Sexo: M Idade: 21 ANOS




Convenio: SUS

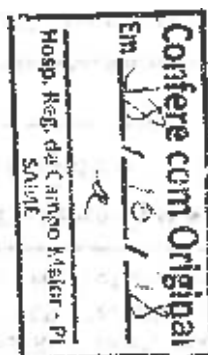
Clinica: CIRURGIA GERAL Leito:

PROFISSIONAL

ASSINATURA

22/09/2018

6:40	Pa: 100X80, Temp.: 35, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 CLIENTE NAO RELATA QUEIXAS	FRANCIVALDO MACEDO DA SILVA	
11:00	Pa: 12/7, Temp.: 36,5, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	SILVANA MARIA DOS SANTOS PAZ	 Auxiliar de Enfermagem COREN-PI 223773
11:31	CLIENTE NO 1º DPO DE AMPUTACAO DE 5º PDD "E". EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, DEAMBULA COM AUXILIO, SSVV ESTAVEIS, NORMOTENSO, NORMOTERMICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, HIGIENIZADO, ACEITA A DIETA POR VO OFERECIDA, ELIMINACOES FISIOLOGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO E SEGUE EM TTO MEDICAMENTOSO CONFORME PRESCRICAO.	MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA	 Vinicius Goncalo Enfermeiro COREN-PI : 398.884
18:22	Pa: 16/8, Temp.: 36,7, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	SILVANA MARIA DOS SANTOS PAZ	 Tereza de Jesus Neves da Costa Rodrigues Auxiliar de Enfermagem COREN-PI 223773





## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE:		ALERGIA A:						
DATA:	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.:							
CIRURGIA REALIZADA:								
TIPO DE ANESTESIA:								
SINAIS VITAIS	HORÁRIOS							
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'			SAÍDA
P.A.								
F.C./PULSO								
TEMPERATURA								
OXIMETRIA								

## EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	SAÍDA	ESCALA DA ESCORE DA DOR
<b>CONSCÊNCIA</b> Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	2	2		 0 (Sem dor) 1 2 3 4 5 (Dor máxima)
<b>ATIVIDADE MOTORA</b> Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	1	1		<b>CONTROLES</b> OXIGENOTERAPIA ( ) PUNÇÃO VENOSA CENTRAL ( ) SONTA NASOGÁSTRICA ( ) SONTA NASOCENTRAL ( ) SONTA VESICAL DE DEMOIA ( ) DRENO DE KHER ( ) DRENO PENROSE ( ) DRENO TORAX ( ) DRENO SUCÇÃO ( ) DRENO LAMINAR ( ) COLOSTOMIA ( ) GASTROSTOMIA ( ) TRAQUEOSTOMIA ( )
<b>RESPIRAÇÃO</b> Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispnéia = 0 Apnéia = 1	2	2		
<b>CIRCULAÇÃO (PA)</b> 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2	2		
<b>SpO<sub>2</sub></b> Mantém SpO <sub>2</sub> > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO <sub>2</sub> > 90% em O <sub>2</sub> = 1 Mantém SpO <sub>2</sub> < 90% em O <sub>2</sub> = 0	2	2		
<b>TOTAL DE PONTOS</b> APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS				RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM:

**AVILIAÇÃO DE ENFERMAGEM:**

Paciente segue na recuperação pós-anestésica. Consciente e orientado, físico, supineo com respiração espontânea sem aporte de O<sub>2</sub>. Com SSVV.

PA = 120/80 mmHg / SpO<sub>2</sub> 99 / FC 65. Paciente segue sob os cuidados da enfermagem.

55 Paciente é liberado pelo anestesista para enfermagem.

Entregue:	( ) EX. LABORATORIAIS	( ) RX	( ) RECEITA MÉDICA	( ) ATESTADO MÉDICO	( ) F. NÃO PADRONIZADO
Encaminhado a:	( ) UTI	( ) RX	(X) ENFERMARIA	( ) EXTERNO	

Obs: Paciente segue consciente e orientado, físico, supineo com respiração espontânea sem aporte de O<sub>2</sub>.



## Resumo de Alta / Transferência

1012158 -JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

Data: 21/09/2018 Leito: CC0401

## RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

Trauma no joelho direito / angustia

fractura do fêmur distal

Atualmente apresenta de Cate angustia

Alta p/ repatriamento militar

Diagnóstico principal:

Angustia Fractura do fêmur distal joelho direito

Diagnósticos Secundários:

## Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ ÓbitoDestino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:

Confere com Original  
Em 30/10/18  
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI  
SANEDr. Marcelo Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião do Joelho  
CRM-74322 / TEOT 12598

Data: 24/09/18

Médico

CRM/Carimbo



CONTORNO, 250

SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

Tel.: (86) 3252-4546

## ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

**1012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO**

Data da Internação: 21/09/2018 - 09:42:00

Sexo: M

Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

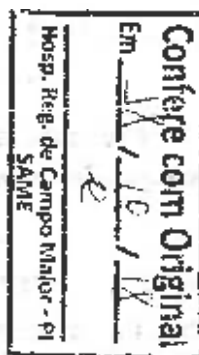
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito:

PROFISSIONAL

ASSINATURA

23/09/2018

8:48	PCT NO 2º DPO DE AMPUT DE 5ª POD "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONSIVO AO DIÁLOGO, EUPNEICO, DEAMBULA COM AUXÍLIO,, NORMOCORADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, FO LIMP A SECA, ACEITANDO VO OFERECIDA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO. REALIZADO TROCA DE CURATIVO, UTILIZADO: SF 0,9%, GAZES E ATADURAS. SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.	RODRIGO DE ARAUJO SILVA	<i>Rodrigo de Araújo</i> CORREGIDOR 625.438 ENF
------	--	-------------------------	--





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

## ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1012.158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

Data da internação: 21/09/2018 - 09:42:00 Sexo: M Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

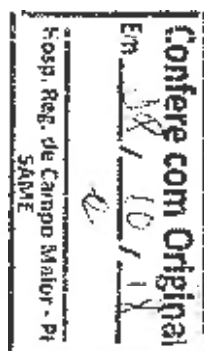
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito:

PROFISSIONAL

ASSINATURA

23/09/2018

8:48	PCT NO 2º DPO DE AMPUT DE 5ª PDD "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONSIVO AO DIÁLOGO, EUPNEICO, DEAMBULA COM AUXÍLIO,, NORMOCORADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, FO LIMP A SECA, ACEITANDO VO OFERECIDA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO. REALIZADO TROCA DE CURATIVO, UTILIZADO: SF 0,9%, GAZES E ATADURAS. SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.	RODRIGO DE ARAUJO SILVA	
12:56	Pa: 120X80, Temp.: 35,8, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 SEM QUEIXAS	FABIANA RIBEIRO DE ABREU	
18:04	Pa: 120X70, Temp.: 36,0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 SEM QUEIXAS	FRANCISCA MIRTES RIBEIRO	Francisca Mirtes Ribeiro COREN 221663-AE Mirtes



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

ANOTAÇÃO EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

Data Impresso: 24/09/2018

1012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

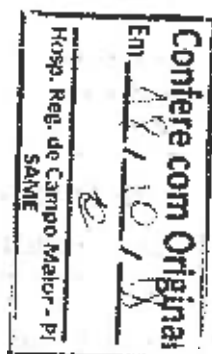
Data da internação: 21/09/2018 - 09:42:00 Sexo: M Idade: 21 ANOS  
Convenio: SUS  
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

Profissional

Assinatura

24/09/2018

14:03	PACIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS REEVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA (DR MARCELO) REALIZADO CURATIVO TROCA DE CURATIVO COM SF 0,9% GAZES, ATADURA E ORIENTADO E AGENDADO RETORNO COM MEDICO QUE REALIZOU A CIRURGIA, SAIU CONSCIENTE, ORIENTADO, FRASICO, EUPNEICO, ACOMPANHADO	DESTERRO	Maria do Desterro COR N Maria do Desterro Enfermeira COREN PI 450 488
-------	---	----------	---



**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

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

Impresso: 23/09/2018 - 08:11:15

Pág.: 1/1

PACIENTE: #012158-JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

IDADE: 21 Anos

SUS

ENFERMARIA: 0004-CLINICA CIRURGICA - LEITO: 000401

ADMISSÃO: 21/09/2018

DIAS INTERNADO: 2

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

23/09/2018 - 08:08:23

**DIETA LIVRE**

JELCO SALINIZADO	1,00				
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/06H	AD S/N	
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H		
CIPROFLOXACINO 2 MG/ML EV	2,00BS	ENDOVENOSA (EV)	12/12H		
METOCLOPRAMIDA CLOR. SOL. INJ. 5 MG/ML C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	AD S/N	
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	INTRAVENOSA (IV)	12/12H		100 ML SF 0,9%
CCGG					
SSVV					

Francisco Alves Ribeiro  
CRM 22465-PE  
23/09/2018

Feliana Melo de Almeida  
CRM 22465-PE  
23/09/2018

Confere com Original  
Em 23/09/18  
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI  
SAMIE

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA  
23/09/2018  
CRM 22465-PE

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.954.792 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/09/13

NOME JEFFERSON KEVIN SILVA NASCIMENTO

FILIAÇÃO JOSÉLIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO  
JOSÉ FERREIRA DO NASCIMENTO FILHO  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

CAMPO MAIOR-PI 25/08/1997

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 6830 L 06 F 205  
EXP CAMPO MAIOR-PI 14/09/07

TERESINA - PI

073.244.893/03 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

13 NOV 2018

DPVAT

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

IDENTIFICAÇÃO

683047

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSISTENTE SOCIAL

14-11-13 13/11/13

6110919

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DO PIAUÍ




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2.084.501

DATA DE EXPIRAÇÃO

21/01/13

Nome

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

NILUJO

ANTONIA SOUSA ARAUJO

FRANCISCO SOARES DA SILVA NETO

NACIONALIDADE

CAMPO MAIOR-PI

DATA DE NASCIMENTO

12/06/1980

END. ORIGINAL

CERT. NASC. 59591.1 ASO F 155V

EXP CAMPO MAIOR-PI 11/09/98

CPF

914.187.203-72

TERCEIRA VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93 - DECRETO Nº 80.350/93

PJ CORRETOR  
DE SEGUROS

13 NOV 2013

DPVAT



# DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

Eu, JOÃO CANUTO DE MELO NETO

Portador do RG 2374864, data de expedição 28 / 02 / 2018

Órgão expedidor SSP / PI CPF: 056.781.793-02 com domicílio na cidade de CAMPO MAIOR, no estado de PIAUÍ

Onde resido na RUA ANTONIO CARDOZO DE OLIVEIRA, Nº 236 número 85 complemento CASA

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO cujo condutor era JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

VEICULO: MOTO CICLOTA

ANO: 2011 / 2011

MODELO: HONDA / CG 125 FAN KS

PLACAS: DDX-6095

CHASSI: 9C254110BR766328

DATA DO ACIDENTE: 21 / 09 / 2018



Campo Maior - PI 07.11.2018

Local e Data

João Canuto de Melo Neto

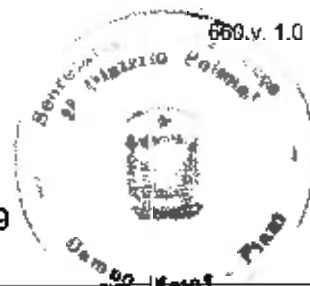
Assinatura do Declarante Proprietário  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA





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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.001617/2018-39**

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Sara Uchoa Barros

Data/Hora: 08/11/2018 - 15:05

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

2º DP DE CAMPO MAIOR

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

BR 343, Nº:

Complemento

Data/Hora

21/09/2018 - 07:00

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO SAMU

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

RG: 3954792 PI

Mãe: JOSELIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO

Pai: JOSÉ FERREIRA DO NASCIMENTO FILHO

Endereço: RUA ELESBÃO ANDRADE, Nº 105

Bairro: CARIRI

Cidade: CAMPO MAIOR

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

PJ CORRETOR  
DE SEGUROS

13 NOV 2018

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

DPVAT

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG 125 FAN KS	2011	ODX6095	9C2JC4110BR766328	00333056655	Preta
<b>Condutor:</b> JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO						
RG: 3954792 Órgão: UF RG: PI						
End: RUA ELESBÃO ANDRADE Número: 105 Complemento:						
Cidade: CAMPO MAIOR UF: PI Bairro: CARIRI						
<b>Proprietário:</b> JOÃO CANUTO DE MELO NETO						
Cidade: CAMPO MAIOR UF: Bairro:						

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

Compareceu neste DP, para noticiar que conduzia a motocicleta supracitada, sentido bairro Cidade Nova, quando foi surpreendido por um veículo não identificado que invadiu a pista, vindo a colidir com a moto do noticiante. O noticiante foi socorrido por populares e encaminhado ao HRCM, sendo atendido pelo médico plantonista Dr. ELENILSON CRM-4121, que após exames constatou fratura exposta no 5º dedo do pé (E), ficando internado para tratamento cirúrgico com amputação do membro citado acima. Era o registro.

Sara Uchoa Barros - Mat. 039914X  
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: P0201711  
Data: 21/09/2018  
Funcionario: ANTONIA

Registro: 77665  
Hora: 07:30:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 1

SUS

**JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO**

Nasc.: 25/08/1997 Idade: 21 ANOS, 27 DIAS  
End.: ELESBAO ANDRADE, 105 -  
Cm: PARDA Telefone: ( ) -

Profissão:

Bairro: CARIRI

Mãe: JOSELIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO

CPF: - RG: 3.954.792 - SUS: 89800291754838

Civil: OUTROS

CEP: 64280-000

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Pat: JOSE FERREIRA D'O NASCIMENTO

Clínica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

**Procedimentos**

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: 08:45  
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

- 1) R-X de pé (E), AP / perfil  
2) Ceftriaxona 1g 2amplos + 8ul  
AD, EV 6545,  
3) Transil (Soy/L) 1amplo + 100ul  
AD, 5% EV. Gm em 15 minutos  
4) Ceftriaxona 100g 1amplo + 300ul  
AD, 5% EV. Gm em 15 minutos  
5) Pacem da bnt pedic, e

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 07:36:15

**Prioridade:**

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

Queixa/História:

Alergias:

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg 130x80mmHg TAX: 0oc

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta:

Confere com Original

Em 18/10/18

Hosp. Reg. de Campo Maior - PI  
SAGE

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 NOV 2018

DPVAT

Almeida Alves Ligorio

525430 - RODRIGO DE ARAUJO SILVA  
Enfermeiro Responsável

Hora:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO  
Paciente ou Responsável

4121 - ELENILSON TORRES LAGES  
Médico Responsável

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 073.244.893-03 Nome completo da vítima: JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

**RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO CPF: 073.244.893-03

Profissão: SERVIÇO GERAIS Endereço: RUA: ELESBAO ANDRADE Número: 105 Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: CAMPO-MAIOR Estado: PE CEP: 64.980-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA:**

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 00106463 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**

3 NOV 2018

**DPVAT**

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

Local e Data: Campo-Maior PE 08.11.2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Produtor (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: FRANCISCA RODRIGUES DE LIMA

CPF: 008.007.603-36

Francisca Rodrigues de Lima

Assinatura

2ª Nome: FRANCISCA DE OLIVEIRA

CPF: 021.801.223-38

Francisca de Oliveira

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

