



Número: **0800071-87.2019.8.18.0078**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí**

Última distribuição : **29/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CLEMILSON SILVA (AUTOR)	JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61556 70	29/08/2019 20:19	<u>CLEMILSON SILVA - PROCESSO</u>	Documentos

Juliana Nunes

Advocacia e Consultoria Jurídica
Juliana Nunes
Advogada OAB/PI 9576

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E AD NEGOTIA

OUTORGANTE: CLEMILSON SILVA		
ESTADO CIVIL: CASADO	PROFISSÃO: LAVRADOR	TELEFONE:
RG : 1.982.747	CPF: 028.443.953-33	
ENDEREÇO: BR 316 150 Nº 2084 BAIRRO RURAL- VALENÇA DO PIAUÍ-PI, CEP: 64300-000		

OUTORGADO(S): JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES, inscrita na OAB-PI sob o nº 9576; e **DAVID ARAÚJO MARQUES RIBEIRO**, inscrito na OAB-PI sob o nº 9.704
Com endereço profissional localizado na Rua Epaminondas Nogueira, nº 750, Centro, Valença-PI

PODERES: amplos poderes, *in solidum* ou separadamente, para o foro geral, com a clausula "ad Judicia", em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, ate final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe (s), poderes especiais para prestar declarações, receber citação, confessar, reclamar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber e dar quitação, propor execução, requerer falência, habilitar crédito em ação ordinária, procedimento sumaríssimo, ação rescisória, embargos, agravos, representando ainda o (a) outorgante, para o fim do disposto nos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, incluindo também os poderes da procuração "ad negotia", afim de se fazer levantamento de valores creditados em favor do (a) outorgante, através de alvará judicial, RPV ou precatório, junto às instituições financeiras (CEF ou Banco do Brasil), que façam referência aos depósitos judiciais em que o outorgado atuou como patrocinador da ação, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do (a) outorgante.

Valença do Piauí - Pi 02 de Agosto de 2019.

x clemilson silva
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

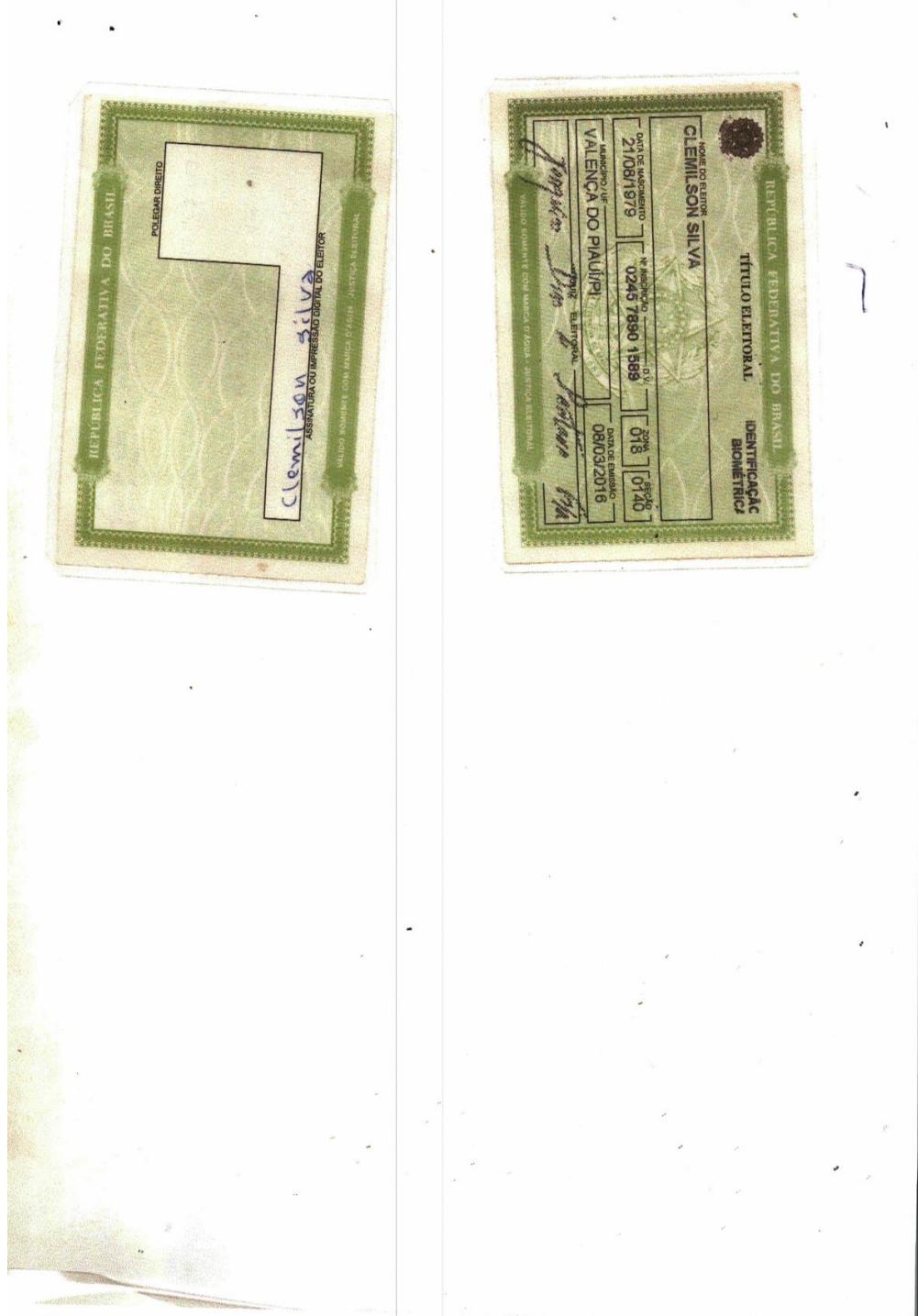
Eu, Clemilson Silva, brasileiro ,casado, portador da Cédula de Identidade 1.982.747 inscrito no CPF: 028.443.953-33 sob o nº, residente e domiciliada na BR316, 150 nº2084 / bairro rural - Valença do Piauí- Pi- CEP 64300-000, declaro que não posso suportar as despesas processuais, sobre o processo dpvat do meu filho menor de idade, Denen Vinícius da Silva, inscrito na identidade de nº 7.570.069, e no CPF 105.430.793-84, decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.
Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Valença do Piauí-Pi, 02 / 08 /2019

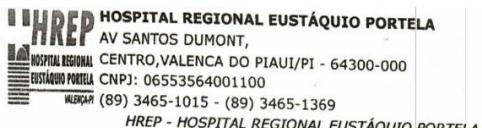
x Clemilson Silva
Clemilson Silva





Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 29/08/2019 20:17:51
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082920175006400000005889819>
Número do documento: 19082920175006400000005889819

Num. 6155670 - Pág. 3

**Ficha de Atendimento (Emgência)**

Atendimento: P0235299
Data: 24/02/2019
Funcionário: ELDER
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 57

CPF: - RG: 1982747 - SUS:
Civil: CEP: 64300000
Cidade: VALENCA DO PIAUÍ/PI
Pai: BENEDITO ELIODORO DA SILVA

CLEMILSON SILVA
Nasc.: 21/08/1979 Idade: 39 ANOS, 6 MESES, 3 DIAS Profissão:
End.: BR 316, 0 - Bairro: PISTA NOVA
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA
Clinica: CLINICA GERAL Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA****Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

PACIENTE: 39 Anos, vítima de queda no chão, c/ 10x10 cm de ferida aberta na perna esquerda.

Hora: ____:
 Internação**Exames Complementares:****Diagnóstico provável:****Prescrição Médica:**

① Dioralax 500mg - DIAM - 10 - 20 - 4000
② Voltaren 75mg - DIAM - 10 - 4000

Elpidio Geraldo de Lima Júnior
Técnico de Enfermagem
COREN-PI 1281541

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 18:56:11

Prioridade:

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

Queixa/História: DOR EM PÉ ESQUERDO APÓS QUEDA DE MOTO + ESCORIAÇÕES**Alergias: NEGA****Medicação Usual:**

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

FR: 0 rpm SAT 02: 0
Peso: 0 kg ECG: 0

Observação:**Conduta: ENC AO CLINICO**

Auricelia Pereira Lô
Enfermeira
COREN-PI 1281541
406836 - AURICELIA PEREIRA LÔ
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferência

Destino:

Hora:

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067

Tatiane Alves
CLEMILSON SILVA
Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	PLA. I.R.C.	EXERCÍCIO
1	00116529016		2018
0985	NOME		
0084	CLEMILSON SILVA		
5284	*****		
4096	*****		
3664	*****		
5164	*****		
3805	*****		
clae	CPF / CNPJ	PLACA	
1524	02844395333	KKN-8588	
8818	PLACA ANT / UF	CHASSI	
	KKN-8588	9C2KC08108R256613	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NEHUMA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TITAN KS		2008 / 2008	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
02P/0149CC		COR PREDOMINANTE	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
IPVA		VENC / COTAS	
FAIXA IPVA		1º IPVA	
A		2º PAGO	
3º PAGO			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO			
SEGURADO PAGO OBRIGATÓRIO			
SEM RESTRIÇÕES DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL		DATA	
VALENCA DO PIAMI		09/08/2018	
ESTADO: PIAMI MUNICÍPIO: VALENCA DO PIAMI DIRETOR GERAL DO DETAN - PI			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013603676504 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 1204

VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	2018	09/08/2018
RENAVAM	CPF / CNPJ	PLACA
00116529016	02844395333	KKN-8588
MARCA / MODELO		
HONDA/CG 150 TITAN KS		
ANO FAB.	CAT. TAME	NR. CHASSI
2008	09	9C2KC08108R256613
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNR (R\$)	DETAHAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	185,50
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	09/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.608/0001-04

AN. 01/2017



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
028.443.953-33

Nome
CLEMILSON SILVA

Nascimento
21/08/1979

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
 NOME: **CLEMILSON SILVA**

RESIDÊNCIA
 MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA
 BENEDITO ELIODORO DA SILVA

NATURALIDADE
 VALENÇA DO PIAUÍ-PI
 DATA DE NASCIMENTO
21/08/1979

DOC. ORIGEM
 CERT. NASC. 6044 L A-06 F 182-V
 EXP VALENÇA DO PIAUÍ-PI 01/10/97

CPF
028.443.953-33 Francisco das Chagas Pinheiro Martins
 1088461 Portaria Administrativa Policial Classe I

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.260/83





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

1244 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000520/2019-01

Unidade de Registro: DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Pablo Roberto Rocha Nunes

Data/Hora: 27/05/2019 - 10:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Data/Hora
24/02/2019 - 18:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

RUA ÀS MARGENS DA BR 316, Nº:

Complemento

BAIRRO PISTA NOVA

Ponto de Referência

EM FRENTE À OFICINA DO GRILLO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CLEMILSON SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1982747 SSP PI

Mãe: MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA

Pai: BENEDITO ELICORDO DA SILVA

Endereço: BR 316, KM 210, Nº 150

Complemento: BAIRRO PISTA NOVA

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9909-2522

Nome: DÉNEN VINICIUS DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 7570069 SSP PI

Mãe: ANTONIA MÁRCIA E SILVA

Endereço: BR 316, KM 210, Nº 150

Complemento: BAIRRO PISTA NOVA

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: HONDA

Modelo: CG 150 TITAN KS

Ano: 2008

Placa: KKN8588

Chassi: 9C2KC08108R256613

Renavam: 00116529016

Cor: Vermelha

Condutor: CLEMILSON SILVA

RG: 1982747 Órgão: SSP UF RG: PI

End: BR 316, KM 210 Número: 150 Complemento: BAIRRO PISTA NOVA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: CLEMILSON SILVA

End: BR 316, KM 210 Número: 150

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

2 - VW

Gol

Ano: 1994

Placa: LWQ0254

Chassi: 9BWZZZ30ZRT019451

Renavam: 00621132942

Cor: Branca

Condutor: IVAN

End: PREJUDICADO Número: Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: FIRMINO DE OLIVEIRA LIMA

End: PREJUDICADO Número:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA

Boletim de Ocorrência emitido em: 27/05/2019 10:37 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/2

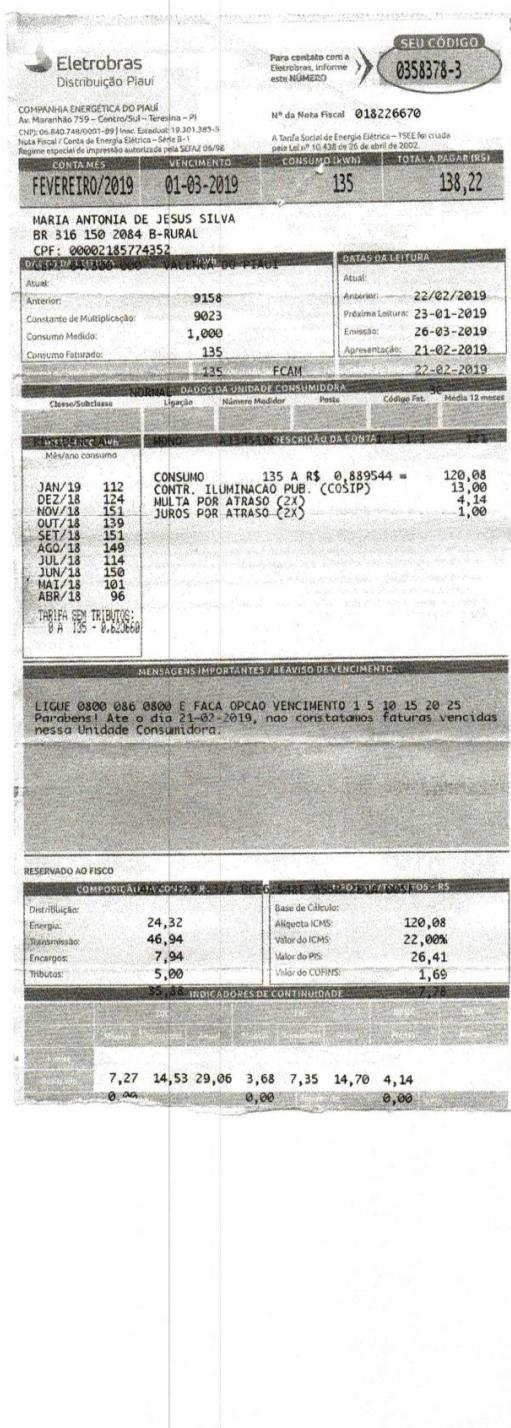


Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 29/08/2019 20:17:51

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082920175006400000005889819>

Número do documento: 19082920175006400000005889819

Num. 6155670 - Pág. 7





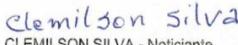
Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1244 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 122451.000520/2019-01

O noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para comunicar: QUE, no dia e horário acima indicados deslocava-se pelo bairro Pista Nova, neste município de Valença do Piauí, conduzindo a motocicleta Honda CG 150 Titan acima descrita; QUE, o seu sobrinho menor Dénen Vinícius da Silva estava na garupa da motocicleta; QUE, o veículo VW Gol acima descrito colidiu com a motocicleta conduzida pelo noticiante; QUE, após a colisão Dénen e o noticiante foram socorridos por populares e levados para o Hospital Regional de Valença do Piauí, sendo posteriormente encaminhados para o hospital de Picos; QUE, como consequência do acidente o noticiante sofreu fratura em dois dedos do pé esquerdo e Dénen também sofreu fratura em dois dedos do pé esquerdo; QUE, o veículo VW Gol tinha como condutor um indivíduo de nome IVAN, que após o acidente foi conduzido para a Delegacia de Polícia Civil de Valença do Piauí, por estar apresentando sintomas de embriaguez. Era o que tinha a noticiar.


Pablo Roberto Rocha Nunes - Mat. 2814595
AGENTE DE POLÍCIA


CLEMILSON SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Atendimento	I058461
Data:	25/02/2019
Hora:	12:19

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

N° AIH
TAILA

BOLETIM DE ADMISSÃO

406887 - CLEMILSON SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 21/08/1979 - Cor/Raça: 03-PARDA

39 ANOS, 6 MESES, 4 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 13- ORTOPEDIA - M Leito: C13/65 Convênio: SUS

Escolaridade: **Médico: 4602 - FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO**

REGISTRATION NUMBER: 100-274762 - PERUVIAN HERMANN'S GOLDFRAME

Endereço: BR 316, N° 0 - CEP: 64300-000 Bairro: PISTA NOVA
CNPJ: 02.0443.955/0001-97 RG: 1982747 CNS: 315 Prenatal.

Cidade: 2211308- VALENCA DO PIAUÍ/PI Profissão: LAVRADOR Tele

Pai: BENEDITO ELIODORO DA SILVA

Responsável: TATIANE ALVES (82) 9994-77796 - ESCOLA

Responsável: TATIANE ALVES - (89) 9994-77796 - E-mail: tatu@uol.com.br

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO IM

Diagnóstico Definitivo:

1000

Resultado

Cur
Me
Ina
Pin

- Removido
- Pedido
- Evasão
- Indisciplina

	-48 Horas
	+48 Horas
	Obito

História Clínica

EL AVIÓ HERMANO BEZERRA ABALUO



Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 29/08/2019 20:17:51
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082920175006400000005889819>
Número do documento: 19082920175006400000005889819

Num. 6155670 - Pág. 11



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ





SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



卷之三

NOME:	HD:
<i>Glaukson Silveira</i>	
<p><i>T4 A, SPDE</i></p>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA: <i>25/03/2019</i>	
1. DIETA ORAL <i>EVITE</i> <i>gostos</i>	<i>SNR</i>
2. JELCO SALINIZADO	<i>OK</i>
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHg <i>50</i>	<i>50</i>
4. DIPROROL 01 G + ADE EV 6/6 h. <i>50</i>	<i>50</i>
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8. <i>50</i>	<i>50</i>
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0.99% 100 mL EV 8/8 h. <i>50</i>	<i>50</i>
7. CCGG+SSV	
8. TILATIL 40MG. EV. 12/12H	
HORÁRIO DE MEDICAMENTO	
<p><i>Justino Luz</i> <i>Subprefeitura da Lapa</i> <i>Setor de Emergência</i> <i>Hospital Regional GOMO</i> <i>CONFERENCIA</i> <i>Funcionário</i> <i>Data</i></p>	
ALAC	APTO
LETO	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
OBSERVAÇÕES	

EDIS-AUTOMATICA
EDIS-AUTOMATICA 1971

100000-11348458-1cc dc cuf gmc



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Eleonilson silva

Prontuário:

D.N.: 21/08/1974 Sexo: M

F:

Procedimento Cirúrgico: Gastroenteroplastia Data Cirúrgia: 25/02/19
Exp 4552 postero

Antes da indução anestésica

(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiologista)

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento?
 Sim

O local está demarcado?
 Sim
 Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?
 Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?
 Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?
 Sim
 Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração?
 Não
 Sim, equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?
 Não
 Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos

Antes da incisão cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e o cirurgião)

Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função

Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

Sim
 Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

Quais são as etapas críticas ou não rotineiras?
Qual duração do caso?
 Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiologista:

Há algumas preocupações especificamente relacionada ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

Sim
 Não aplicável

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirmam verbalmente:

O nome do procedimento

A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)

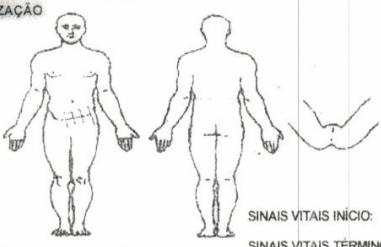
Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiologista e Equipe de Enfermagem:

Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?

Hospital Regional Justino Luz
Data: 15/02/2019
CONFERENCIA COM O ORIGINAL
Assinatura-COREN
Funcionário

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE <i>Ruth Fernanda</i>		SALA N° <i>02</i>												
ENTRADA NA SO <i>11:20</i>	INÍCIO DA ANESTESIA <i>11:35</i>	INÍCIO DA CIRURGIA <i>11:40</i>												
SAÍDA DA SO	TÉRMINO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA CIRURGIA												
CIRURGIA PROPOSTA: <i>extirpação de quistos exposta do 9º 5º pedículo (E)</i>														
CIRURGIA REALIZADA														
CIRURGÃO <i>Dr. Junes Ferreira</i>	ANESTESIOLOGISTA	INSTRUMENTADOR												
ASSISTENTES: 1º	CRM	CRM												
MONITORIZAÇÃO 		SÍMBOLOS <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> ELÉTRODOS <input type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO <input type="checkbox"/> PANI 												
SINAIS VITais INÍCIO: PA <i>130/80</i> SATO <i>100.1</i> FC <i>89 bpm</i> SINAIS VITais TÉRMINO PA <i>100/80</i> SATO <i>100.1</i> FC <i>89 bpm</i>														
TIPO DE ANESTESIA <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX</td> <td><input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL LOCAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> LOCAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR</td> <td><input type="checkbox"/> PERIDUAL <input type="checkbox"/> COM CATETER</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO N° 2</td> <td><input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEM CATETER</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL</td> <td><input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> TÓPICA</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL LOCAL	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> LOCAL	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR	<input type="checkbox"/> PERIDUAL <input type="checkbox"/> COM CATETER	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO N° 2	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEM CATETER	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL		<input type="checkbox"/> TÓPICA
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL LOCAL													
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> LOCAL													
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR	<input type="checkbox"/> PERIDUAL <input type="checkbox"/> COM CATETER													
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO N° 2	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEM CATETER													
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL													
	<input type="checkbox"/> TÓPICA													
TUBO ENDOTRAQUEAL N° <i>6</i> <input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF <input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEIA N° _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS _____														
POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DORSAL</td> <td><input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA</td> <td><input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO</td> <td><input type="checkbox"/> SENTADA</td> <td><input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VENTRAL</td> <td><input type="checkbox"/> LITOTÓMICA</td> <td><input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO</td> <td><input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> SENTADA	<input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG	<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTÓMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER			
<input type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> SENTADA	<input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG										
<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTÓMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER											
PREPARO DA PELE <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DEGERMANTO</td> <td><input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE</td> <td><input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA <input type="checkbox"/> PVPI TÓPICO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ANTI-SEPSIA</td> <td><input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO</td> <td><input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO</td> </tr> <tr> <td>REALIZADA POR</td> <td><input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA</td> <td><input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> DEGERMANTO	<input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA <input type="checkbox"/> PVPI TÓPICO	<input type="checkbox"/> ANTI-SEPSIA	<input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO	<input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO	REALIZADA POR	<input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> DEGERMANTO	<input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA <input type="checkbox"/> PVPI TÓPICO												
<input type="checkbox"/> ANTI-SEPSIA	<input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO	<input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO												
REALIZADA POR	<input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM												
PROCEDIMENTOS REALIZADOS <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL</td> <td><input type="checkbox"/> TRICOTOMIA</td> <td><input type="checkbox"/> PASSAGEM SNC</td> <td><input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR <i>mg/dl</i></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNC	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR <i>mg/dl</i>		<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA					
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNC	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO											
<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR <i>mg/dl</i>		<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA												
SONDA URETRAL N° _____ <input type="checkbox"/> COLETOR <input type="checkbox"/> UROSTOP <input type="checkbox"/> AP BARBEAR <input type="checkbox"/> SNG N° _____ SONDA FOLEY N° _____ <input type="checkbox"/> LANCETA <input type="checkbox"/> UND <input type="checkbox"/> SONDA DE ASPIRAÇÃO N° _____ <input type="checkbox"/> JELCO N° _____														
GARROTEAMENTO <table border="0"> <tr> <td>TIPO</td> <td><input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UNID</td> <td><input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMATICO _____ mmhg <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</td> </tr> <tr> <td>LOCALIZAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO</td> <td><input type="checkbox"/> COXA <input type="checkbox"/> PANTURRILHA</td> </tr> <tr> <td>TEMPO</td> <td>INÍCIO _____ TÉRMINO _____</td> <td></td> </tr> </table>			TIPO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UNID	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMATICO _____ mmhg <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	LOCALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO	<input type="checkbox"/> COXA <input type="checkbox"/> PANTURRILHA	TEMPO	INÍCIO _____ TÉRMINO _____				
TIPO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UNID	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMATICO _____ mmhg <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA												
LOCALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO	<input type="checkbox"/> COXA <input type="checkbox"/> PANTURRILHA												
TEMPO	INÍCIO _____ TÉRMINO _____													
SERVICOS SOLICITADOS <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ANATOMIA PATHOLÓGICA</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> NÃO</td> <td>LOCAL _____</td> <td>Nº DE FRASCOS _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RX</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATHOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	LOCAL _____	Nº DE FRASCOS _____	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		<input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM		
<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATHOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	LOCAL _____	Nº DE FRASCOS _____											
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA											
	<input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM													



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE			DATA	PRONTUÁRIO	LEITO	
<i>Elmerson Silva</i>			<i>25/02/14</i>			
PROCEDIMENTO						
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	SALA		
SERINGA 1 ML/3 ML	<i>01</i>			APARELHAGEM		
SERINGA 5 ML/10 ML	<i>01</i>			ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML				BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
PVPI <i>100cc de 100ml de 10ml</i>				USO DA SALA		
SONDA VESICAL				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
DELETOR DE URINA				OPERAÇÃO <i>Operação de fistula de 4x5cm</i>	CIRURGIÃO <i>Dr. Júnior</i>	
ESCOVA COM DEGERMANTE	<i>03</i>			AUXILIAR		
ATADURA COM CREPOM				ANESTESISTA		
ATADURA GESSADA				TIPO DE ANESTESIA <i>local</i>		
ATROPINA				INSTRUMENTADOR		
KETALAR				OCORRÊNCIAS		
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA				Hospital Regional Justino Luz CONFERE COM O ORIGINAL Data <i>25/02/14</i> Funcionário <i>DR. JUNIOR</i>		
LIDOCALINA <i>50ml</i>	<i>02</i>					
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
CITOCINA						
...ÉTHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE <i>Fio de ketten N: 2 02 undade</i>						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAGO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL						
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						
MÉDICO: <i>DR. JUNIOR</i>						
ENFERMEIRA(O): <i>DR. JUNIOR</i>						
TÉC. ENFER.: <i>DR. JUNIOR</i>						



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:						Nº DE REGISTRO
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
SISTEMA DIGESTIVO						
ESTADO MENTAL						
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO						
PRE-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO					
1						
2						
3						
LÍQUIDOS	SO. UTO	500				
		400				
	SANGUE	300				
		200				
	OUTROS	100				
TEMPERATURA T	C°	260				
		240				
		2				
		200				
		180				
		160				
		1				
		140				
		120				
		100				
		80				
		60				
		40				
		20				
		10				
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
INCIDENTE / ACIDENTE						
CONDIÇÕES PÓS-ÓPERATÓRIAS IMEDIATAS:						
PARTICULARIDADES						



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190361160 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLEMILSON SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO CLEMILSON SILVA

CPF/CNPJ: 02844395333

Posição em 28-08-2019 06:47:17

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/06/2019	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/06/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
06/06/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	





Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional Eustáquio Portela
Av. Santos Dumont, s/n - Centro - Valença do Piauí - PI
CEP: 64300-000 CNPJ: 06.553.564/0011-00
Tele Fax: (89) 3465-10115 E-mail: hrepvalencia@gmail.com

GUIA DE ENCaminhamento

PACIENTE: CLEMILSON SILVA
DN: 21/08/1979 **IDADE:** 39 ANOS
ENDERECO: BR 316 BAIRRO PISTA NOVA
CIDADE: VALENÇA DO PIAUÍ / PI
CNS:
NOME DA MÃE: MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

→ Paciente, 39 anos, vítima trauma motociclistico evolui com algia intensa MIE. Rx do membro evidenciou FRATURA FALANGES PROXIMAL 4 E 5 PODODÁCTILO PÉ E

DIAGNÓSTICO:

→ FRATURA FALANGES PROXIMAL 4 E 5 PODODÁCTILO PÉ E



EXAMES REALIZADOS:

→ Rx PÉ E

TRATAMENTO REALIZADO:

→ ANALGÉSIA

MOTIVO DO ENCaminhamento:

→ CONDUTA ESPECIALIZADA

DATA DA REGULAÇÃO: 24 / 02 / 2019

DATA DA SENHA: 04 / 02 / 39

SENHA: 0003 0724 33 000 58

HOSPITAL: Justino Luz

MOTORISTA: _____



MÉDICO: _____

Dr. Rafael Bento Vieira
Médico
CRM-PI 6067

