



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
6155670	29/08/2019 20:19	CLEMILSON SILVA - PROCESSO	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 cláusula "ad Judicia", em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até 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





HREP HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
VALENCA/PI (89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0235299 Registro: 112
Data: 24/02/2019 Hora: 18:53:00
Funcionario: ELDER Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 57

SUS

CLEMILSON SILVA

Nasc.: 21/08/1979 Idade: 39 ANOS, 6 MESES, 3 DIAS Profissão: CPF: - RG: 1982747 - SUS:
End.: BR 316, 0 - Bairro: PISTA NOVA Civil: CEP: 64300000
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI
Pai: BENEDITO ELIODORO DA SILVA
Clínica: 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 trauma mecânico com
lesão fechada no pé esquerdo.

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Trauma

Prescrição Médica:

1) Omeprazol 40mg - 1x/dia - 14 dias
2) Voltaren 75mg - 1x/dia - 14 dias

Elizinho Geraldo de Lima Junior
Técnico de Enfermagem
CONSELHO 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

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Observação:

Conduta: ENC AO CLÍNICO

Medicação Usual:

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

Peso: 0 kg

ECG: 0

Auricélia Pereira Lô
Enfermeira
COREN-PI 1281541

406836 - AURICELIA PEREIRA LÔ
Enfermeiro Responsável

Hora:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino:

Intenção: Alçada
CLEMILSON SILVA
Paciente ou Responsável

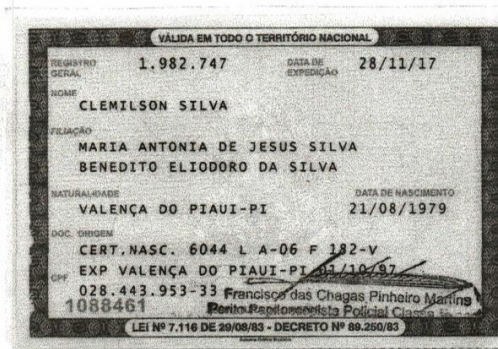
Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067
6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT	
DETRAN - PI Nº 013603676504 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		PI Nº 013603676504 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00116529016		2018
NOME			
CLEMILSON SILVA			

CPF / CNPJ	PLACA		
02844395333	KKN-8588		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
KKN-8588	9C2KC08108R256613		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB. / ANO MOD.		
HONDA/CG 150 TITAN KS	2008 / 2008		
CAP. / POT. / CIL.	CATEGORIA	COB. PREDOMINANTE	
02P/0149CC	PARTICU	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
1º IPVA	2º	3º PAGO	
FAXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS		
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
000,00		000,00	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
000,00		000,00	185,50
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		09/08/2018	
SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES			
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
LOCAL	DATA		
VALENCA DO PIAVI	09/08/2018		
SOLICITANTE DO SEGURO LOBATO DETERAN - PI			
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2018		09/08/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	02844395333	KKN-8588	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
00116529016	HONDA/CG 150 TITAN KS		
ANO FAB.	CAT. TAR.	Nº CHASSI	
2008	09	9C2KC08108R256613	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
000,00	000,00	000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)	
000,00	000,00	185,50	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		09/08/2018	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 06.242.808/0001-04			







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 GRILO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CLEMILSON SILVA

RG: 1982747 SSP PI

Mãe: MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA

Pai: BENEDITO ELICODORO DA SILVA

Endereço: BR 316, KM 210, Nº 150

Complemento: BAIRRO PISTA NOVA

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Telefone(s): 88-9909-2522

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: DÉNEN VINÍCIUS DA SILVA

RG: 7570669 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

Tipo Envolv.: VITIMA

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	CG 150 TITAN KS	2008	KKN8588	9C2KC08108R256613	00116529016	Vermelha
Condutor: CLEMILSON SILVA RG: 1982747 Órgão: SSP UF: 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: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA						
2 - VW	Gol	1994	LWQ0254	9BWZZ30ZRT019451	00621132942	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: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA						

RELATO DA Ocorrência

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

Página 1/2





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de arrecadação autorizado pela SEFAZ/PA/08



Nº da Nota Fiscal: 018226670

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01-03-2019	135	138,22

MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA
BR 316 150 2084 B-RURAL
CPF: 00002185774352

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DADOS DA LEITURA	
Atual:		Atual:	
Anterior:	9158	Anterior:	22/02/2019
Constante de Multiplicação:	9023	Próxima Leitura:	23-01-2019
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	26-03-2019
Consumo Faturado:	135	Apresentação:	21-02-2019
	135		22-02-2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Est.	Mês 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	--------------

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Est.	Mês 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	--------------

DESCRIÇÃO DA CONTA

Período	Consumo	Valor
JAN/19	112	
DEZ/18	124	
NOV/18	151	
OUT/18	139	
SET/18	151	
AGO/18	149	
JUL/18	114	
JUN/18	150	
MAI/18	101	
ABR/18	96	
TOTAL SEM TRIBUTOS	135	0,88

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.

Parabéns! Até o dia 21-02-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Descrição	Valor	Descrição	Valor
-----------	-------	-----------	-------

Energia	24,32	Alíquota ICMS	120,08
---------	-------	---------------	--------

Transmissão	46,94	Valor do ICMS	22,00%
-------------	-------	---------------	--------

Encargos	7,94	Valor do PIS	26,41
----------	------	--------------	-------

Contribuições	5,00	Valor do COFINS	1,69
---------------	------	-----------------	------

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	Valor	Índice	Valor
--------	-------	--------	-------

7,27	14,53	29,06	3,68
------	-------	-------	------

7,35	14,70	4,14	
------	-------	------	--

0,00	0,00	0,00	
------	------	------	--






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

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.


Pedro Roberto Rocha Nunes - Mat. 2814595
AGENTE DE POLÍCIA


CLEMILSON SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



**HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**

PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0615915 Registro: 406887
Data: 25/02/2019 Hora: 02:07:00
Funcionário: FRAN Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha **6****CLEMILSON SILVA**

Nasc.: 21/08/1979 Idade: 39 ANOS, 6 MESES, 4 DIAS Profissão: LAVRADOR CPF: 028.443.953-33 - RG: 1982747 - SUS:
End.: BR 316, 0 - Bairro: PISTA NOVA Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64300-000
IBGE: 2211308 Cor: PARDA Mãe: MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA Cidade: **VALENÇA DO PIAUI/PI**
Telefone: (89) 9994-77796 Celular: (89) 9994-77796 Pai: BENEDITO ELIODORO DA SILVA

Clinica: **ACOLHIMENTO** Documento: 122728 - INES LUCIA PACHECO LEAL
Responsável: CLEMILSON SILVA - O MESMO Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 140x90mmHg

Procedimentos

25/02/2019 2:07 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

223505

☒ Sem ☐ Vermelho - Emergência ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: DOR NO DEDO DO PE Por acidente de Valença do Piauí, vítima de acidente motor-
ciclístico há ± 07 horas. Dor com início em MTE.

Exame clínico/físico:

Acidente motorciclístico, na TH. Apresentando dor e deformidade ++
deixa em 4º e 5º metacarpos esquerdo. Nega alergia medicamentosa.
Sem outras lesões e sem alteração do resto físico.

Diagnóstico provável:

① RX pte

② Aval. ortopédica

③ Alta da clínica

④ Dipirona 500mg - 0,1amp + AD, IV, q8h, 02:30

⑤ Metaxolol 40mg - 0,1amp + AD, IV, q8h, 02:30

☐ NOTIFICAR?**Medicação:**

Dra. Sarah Luz Santos
MÉDICA
CRM-PI 7271

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Rx: 4x5 PDE
Cl: - radiografia + foto anatômica
de urgência

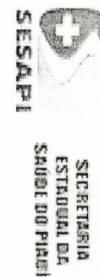


Estiane Alves

Responsável: CLEMILSON SILVA

122728 - INES LUCIA PACHECO LEAL





NOME:	Auribson Silva		
HD:	Rx 415 PD E		
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA: 26/02/2019	ALAC	APTO	LEITO
1. DIETA ORAL, LIVRE		213	65
2. JEI CO SALINIZADO	RELATORIO DE ENFERMAGEM		
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h, S/N	OBSERVAÇÕES		
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N			
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N			
7. CCGG-SSVV			
8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H			
9. Kaldin 1g, EV, 6/6h			
Alta médica			

Hospital Regional Justino Luz
CONFIRME COM O ORIGINAL
Data 26/02/2019
Funcionário



Dr. Jose Avila
Ortopedista Traumatologo
C/Alameda 101, 12
19007, 19877

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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Eleilson Silva ☐ Prontuário: _____
D.N.: 21/08/1974 Sexo: M F: _____
Procedimento Cirúrgico: Glicimbrase 400mg Data Cirúrgica: 25/02/19
Exp 4:5:30

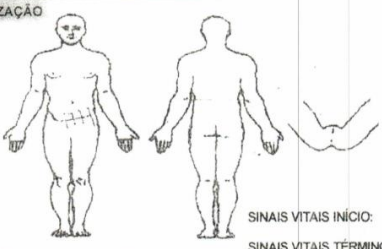
Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica
(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)
<p>O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p>O local está demarcado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p>O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p>O paciente possui:</p> <p>Alergia conhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Via aérea difícil ou risco de aspiração</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, equipamentos/assistência disponíveis</p> <p>Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão</p> <p>A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:</p> <p><input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?</p> <p><input type="checkbox"/> Qual quantidade de perda de sangue prevista?</p> <p>Para o anestesiológico:</p> <p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?</p> <p>Para equipe de enfermagem:</p> <p><input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?</p> <p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?</p> <p>Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável</p>	<p>Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> O nome do procedimento</p> <p><input type="checkbox"/> A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas</p> <p><input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)</p> <p><input type="checkbox"/> Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos</p> <p>Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:</p> <p><input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?</p>

Hospital Regional Justino Luz
CONFIRMAÇÃO COM O ORIGINAL
Data: 25/02/19
Assinatura-COREN
[Assinatura]
Função: [Assinatura]



REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE: <u>Ruth + Emanuel</u>		SALA Nº <u>02</u>	
ENTRADA NA SO <u>11 20</u>	INÍCIO DA ANESTESIA: <u>11 35</u>	INÍCIO DA CIRURGIA <u>11 40</u>	
SAÍDA DA SO	TÉRMINO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Osteotomia de quadril exposta do 4º 5º</u>			
CIRURGIA REALIZADA: <u>plástico</u>			
CIRURGIÃO: <u>Dr. J. J. J.</u>		ANESTESIOLOGISTA	INSTRUMENTADOR
ASSISTENTES: 1º	CRM	2º	CRM

MONITORIZAÇÃO 		SÍMBOLOS <input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> ELÉTODOS <input type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO <input type="checkbox"/> PANI
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <u>130x80</u> SATO <u>100%</u> FC <u>89 bpm</u> SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA <u>120x80</u> SATO <u>100%</u> FC <u>89 bpm</u>		

TIPO DE ANESTESIA <input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1) <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA		<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL <input type="checkbox"/> TÓPICA	<input type="checkbox"/> GERAL <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> COM CATETER <input type="checkbox"/> SEM CATETER
<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		<input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARÍNGEA Nº <input type="checkbox"/> OUTRAS

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL		<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA <input type="checkbox"/> LITOTÔMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SENTADA <input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	<input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG
---	--	--	---	--	--

PREPARO DA PELE DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR		<input checked="" type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO-HEXIDINA <input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> PVPI TÓPICO
--	--	--	--	--------------------------------------

PROCEDIMENTOS REALIZADOS <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl		<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> SNG Nº _____ <input type="checkbox"/> JELCO Nº _____
--	--	--	--

<input type="checkbox"/> Sonda Uretral Nº _____ <input type="checkbox"/> Sonda Foley Nº _____	<input type="checkbox"/> COLETOR <input type="checkbox"/> LANCETA	<input type="checkbox"/> UROSTOP <input type="checkbox"/> UND	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR <input type="checkbox"/> UND	<input type="checkbox"/> SNG Nº _____ <input type="checkbox"/> JELCO Nº _____
--	--	--	---	--

GARROTEAMENTO TIPO <input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH <input type="checkbox"/> UNID _____ LOCALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____		<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg <input type="checkbox"/> COXA <input type="checkbox"/> PANTURRILHA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
--	--	---	--

SERVIÇOS SOLICITADOS <input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> FX		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	LOCAL _____ Nº DE FRASCOS _____ <input type="checkbox"/> OUTROS _____ NÃO SE APLICA
--	--	---	--



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

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>Amilson Silva</i>				DATA <i>25/02/19</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML	<i>01</i>			ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	<i>01</i>			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12				ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
PVPI <i>100x200 - idigmente - com</i>				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				OPERAÇÃO <i>Operação de fadela de 45 s</i>		
COLETOR DE URINA				CIRURGIÃO <i>Depois finto</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						
LIDOCAÍNA <i>510</i>	<i>02</i>					
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOFENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
CITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE <i>FIO de kocher</i>	<i>02</i>	<i>02 unidades</i>				
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL	<i>03</i>					
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						
				MÉDICO:		
				ENFERMEIRA(O):	<i>duheco</i>	
				TÉC. ENFER:	<i>Smith</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																														
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA																														
EXAMES DE URINA				DOS. URÉIA																															
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA																															
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ASMA																															
SISTEMA RESPIRATÓRIO				BRONQUITE																															
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO																															
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES																															
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO				ATARÁXICOS																															
PRE-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				OUTROS																															
				FÍSICO																															
				APLICADO ÀS																															
				EFEITOS																															
				TOTAL DE DOSES																															
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	<table border="1"> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td></tr> </table>				1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15	
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
LIQUIDOS	SO. UTO																																		
	SANGUE																																		
	OUTROS																																		
TEMPERATURA T	Cº																																		
	38																																		
P. ARTERIAL V O PULSO																																			
INICIO E FIM ANESTESIA X																																			
INICIO E FIM OPERAÇÃO																																			
RESPIRAÇÃO O																																			
SÍMBOLOS																																			
TÉCNICAS																																			
OPERAÇÕES																																			
CIRURGIÕES																																			
ANESTESISTAS																																			
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:																																			
PARTICULARIDADES																																			

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 25/04/2019
Funcionário



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: 06.553.364/0011-00
Tele/Fax: (89) 3465-10115 E-mail: hrep@pi.ses.gov.br

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

PACIENTE: CLEMILSON SILVA
DN: 21/08/1979 IDADE: 39 ANOS
ENDEREÇO: 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:

→ ANALGESIA

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

→ CONDUTA ESPECIALIZADA

DATA DA REGULAÇÃO: 24 / 02 / 2019

DATA DA SENHA: 04 / 03 / 19

SENHA: 2003 0724 33 000 58

HOSPITAL: Justino Luz Piauí

MOTORISTA: _____

MÉDICO: _____



Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067

