

Browser tabs: Zimbra, Email, Controle, ...Sistem, ...Sistem, ...Sistem, Consulta, 0800026, (41) Who, Sistema.

Address bar: tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=172290&ca=afe05edabdf0cbe86ca07408e0e90ef4678a31bfbeff249b5f076bc3b09a...

Apps SISTEMAS

ProceComCiv 0800026-45.2019.8.18.0026
JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS...

20488860 - Petição (2612394 EMBARGO DECLARACAO SENTENÇA 1A INST 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 29/09/2021 09:13:01

29 set 2021

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO

- 20488857 - Petição
 - 20488860 - Petição (2612394 EMBARGO DECLARACAO SENTENÇA 1A INST 01)
 - 20488863 - Documentos (2612394 EMBARGO DECLARACAO SENTENÇA 1A INST Anexo 02)

09:13

22 set 2021

EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.

JULGADO PROCEDENTE EM PARTE DO PEDIDO

20270925 - Sentença

10:48

Microsoft Word - 2612394_EMBARG... 1 / 3 100%

2612394- CS/ 2019-03178/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOCADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo n.º 08000264520198180026

PT 09:13 29/09/2021



Número: **0800026-45.2019.8.18.0026**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Campo Maior**

Última distribuição : **13/01/2019**

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

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO (AUTOR)		CIRA SAKER MONTEIRO ROSA (ADVOGADO) RAMON ALEXANDRINO COELHO DE AMORIM (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
20488857	29/09/2021 09:13	Petição	Petição
20488860	29/09/2021 09:13	2612394_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_IA_INST_01	Petição
20488863	29/09/2021 09:13	2612394_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_IA_INST_Anexo_02	Documentos

SEGUE EM ANEXO EMBARGOS DE DECLARAÇÃO.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo n.º 08000264520198180026

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO

Ante os fundamentos a seguir:

DA SÍNTESE DOS FATOS E DA CONTRADIÇÃO NA SENTENÇA PROFERIDA:

Com a mais respeitosa vênia, assim o fazendo, afigura-se a v. decisão contraditória em pontos essenciais, justificando o cabimento dos presentes Embargos de Declaração, a fim de que essa V. Exa. decida-os e confira não só efeitos integrativos, como também, modificativos ao respeitável *decisum*.

Assim, tem-se que a embargante foi condenada ao pagamento de **R\$ 5.737,50, corrigido monetariamente e acrescidos de juros.**

Ocorre que, conforme explanado no mérito da sentença, o laudo traumatológico do IML, **comprova a invalidez permanente de 75 % PE ESQUERDO. Vejamos conclusão da perícia:**

ou - conforme SUPRA CITADO é de 75%
DO PE ESQUERDO



Diante dos fatos aduzidos, resta evidenciado nos autos que a r. decisão, não fez a melhor justiça, data vênia, eis que, **demonstra fundamentação e dispositivo contraditórios**, ferindo o princípio da razoabilidade, razão pela qual, a Embargante opõe o presente, com a finalidade de evitar a condenação injusta e infundada.

Eis que os percentuais apurados de invalidez deveriam ter sido calculados levando em consideração a indenização máxima prevista para as **lesões apuradas** e para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:



1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais	Valor da Indenização
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	das Perdas	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50	R\$ 6.750,00

2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Repercussão	Valor da Indenização
75% (grau intenso)	R\$ 5.062,50

Portanto, a Embargante esclarece que a verba indenitária deverá respeitar o cálculo apresentado acima, levando em consideração o pagamento realizado na seara administrativa na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, não ultrapassando a monta de **R\$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

Assim sendo, a Embargante, demonstra nesses autos, onde ocorreu o equívoco no valor da condenação arbitrado por sentença, eis que a ora Embargante fora condenada ao pagamento de indenização correspondente a gradação da lesão diversa da acometida pelo Embargado, desrespeitando legislação em apreço, afigurando-se o julgado em desvirtuamento da norma legal, merecendo ser reformada a sentença neste ponto para que haja aplicação da norma legal pertinente ao caso concreto, conforme o disposto no 3º, inciso II, da Lei nº. 11.945/2009 e Súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça.

EMINENTE JULGADOR

São essas as razões pelas quais a embargante, invocando os áureos e doutos suplementos de Vossa Excelência, confia, espera e requer sejam acolhidos e providos os presentes Embargos Declaratórios, enfrentado-se os pontos contraditórios suscitados, sob a ótica dos artigos 3º, inciso II, da Lei nº. 11.945/2009, c/c com a **Súmula 474 do STJ** e Art. 1.022 do Código de Processo Civil, conferindo-lhes efeitos integrativos, por via de consequência modificativos, para o fim de prover integralmente.

A Embargante informa que pelo fato dos presentes Embargos terem efeitos infringentes, requer que seja feita a devida intimação da parte Embargada, para que esta venha responder as presentes alegações.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPO MAIOR, 28 de setembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/09/2021 09:13:00
<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092909125984900000019318305>
Número do documento: 21092909125984900000019318305

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 RENOVAÇÃO 00333056655 EXERCÍCIO 2018

JOÃO CANUTO DE MELO NETO

CPF / CNPJ 01678179302

PLACA ODX-6095

PLACA ANT. / UF

CHASSI

9C2JC4110BR766328

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/MINIMUM

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAR. / POT. / CIL 02P/01240C

CATEGORIA PARTICULAR

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

1
P
V
A

FADIA LIVA

PARCELAMENTO / COTAS

1º IPVA

2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESTRICÕES

OBSERVAÇÕES

CAMPO MAIOR LOCAL

DATA 01/10/2018

EDNAN SOARES COUTINHO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
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

RENOVAÇÃO 00333056655

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011

CIL. / POT. 09

Nº CHASSI

9C2JC4110BR766328

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

000,00 (R\$)

185,50 (R\$)

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 30/05/2018

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.602/0001-04

AG CORRETORA
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

Cor: 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 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO 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) Ceftriaxona 1g 2amplos + 8ucl AD, EV bolus, e
- 3) Transf (Soy/HL) 1amplo + 100ucl AD, 3% EV. Guem em 15 minutos e
- 4) Ceftriaxona 100g 1amplo + 300ucl AD, 3% EV. Guem em 15 minutos e
- 5) Pausa da bnt pedis, 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 130x90-140 TAX: 00c

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

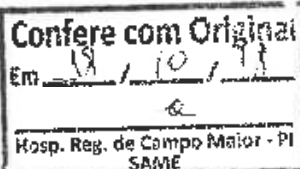
Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta:



PJ CORRETORA DE SEGUROS

13 NOV 2018

DPVAT

Alma Alves Ligorio

525430 - RODRIGO DE ARAUJO SILVA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Hora:

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

2 - CNES

2717754

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

4 - CNES

2717754

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

77665

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002917648381

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/08/1997

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

10 - NOME DA MÃE

JOSELIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO

11 - TELEFONE DE CONTATO

() -

12 - ENDEREÇO

ELESBAO ANDRADE, 105 - CARIRI

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAMPO MAIOR

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2202206

15 - UF

PI

16 - CEP

64280-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Prontidão antiga de apoplexia com hemiparesia
e paralisia facial esquerda;*

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

13 NOV 2018

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Prontidão

DPVAT

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

Exame físico + R-X de crânio - fraturas de fratura de tórax

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de pé 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

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CIRURGIA GERAL

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

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 - CBO

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

Dr. Raul de Oliveira da Silva

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

Confere com Original

Em 18/10/18

Hosp. Reg. de Campo Maior - PI

SAME



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: M (X) F () Idade: 42 Estado Civil: Solteiro () Casado / União Estável (X) 4/2
Viúvo () Separado ()

2. PROCEDÊNCIA: Deste Município () Outros: _____

Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Sozinho () Acompanhado () _____ SAMU ()

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico () Cirúrgico (X) Obstétrico ()

Se obstétrico: DUM: _____ IG: _____ G _____ P _____ A _____

Queixa principal: _____

4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão () Diabetes () Tabagismo (X) Etilismo (X) Doença cardíaca
Doença renal () Alergias () Outros () _____

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido (X) Confuso () Coma superficial () Coma profundo ()

Estado emocional: Agitado () Tranquilo (X) Tenso () Deprimido ()

Pele: Normocrômica (X) Hipocrômica () Cianose () Sudorética ()

Hidratado (X) Desidratado () Hiperemia () Local: _____

Integridade da pele: Sim (X) Não () Obs: _____

Rede venosa: Visível (X) Não visível ()

Edemas: Ausência (X) Presença () Local: _____ Generalizado ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico ()

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 () Aceita normal () Aceita parcial () Não aceita ()

Hábito Intestinal: Frequência diária () Diarréia () Constipado () Última evacuação: _____

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal (X) Por SVD () Poliúria () Polaciúria () Oligúria () Hematúria ()

Incontinência () Disúria () Anúria () Aspecto: Claro () Truço ()

Sono e repouso: Preservados (X) Insatisfatórios ()

Outras queixas: Febre () Dor (X) Local: _____ Outras: _____

SSVV: Tax°C: _____ P _____ R _____ PA _____

Medicações de uso regular: Não (X) Sim () Quais: _____

Diagnóstico de Enfermagem: 4202 10/2018

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

Diagnóstico inicial: - 8999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

História Clínica

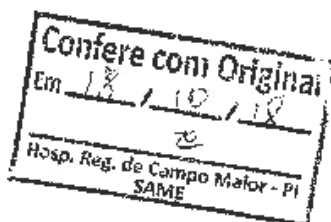
Paciente portador de traumatismo por bicicleta
apresentando dor na perna (E) fechando com
pe E (lesão de contusão) e
fratura de "U" prolonga pe E,

Diagnóstico Provável

Fratura de pé (E)
exposta

Dr. Elenilson Lages
MEDICO
CRM-PI 4121

ELENILSON TORRES LAGES





EVOLUCÕES MULTIPROFISSIONAIS

Confere com Original
Em 18/10/88
Hosp. Reg. de Campo Maior - p1
SAIME

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





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

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

Page 1 of 1

Data impresso: 21/09/2018

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

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

Convenio: SUS

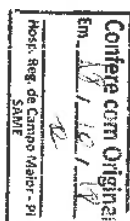
Clinica: CIRURGIA GERAL Leito:

21/09/2018

PROFISSIONAL

ASSINATURA

10:30	ADMITIDO NESTA CLINICA PROCEDENTE DE CAMPO MAIOR POR FRATURA EXPOSTA EM 5º PODODACTILO 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	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/09/2021 09:13:01

<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092909130021800000019318307>

Número do documento: 21092909130021800000019318307

Num. 20488863 - Pág. 10

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

Por este instrumento, eu

Adilson Kikun Silva marcos 3.954.792
(nome legível, completo e por extenso do paciente) (identidade nº)
ou meu responsável, Dr. Raul Soares 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 fíbula proximal do
S. P. do pé esquerdo com fratura da
na perna em frente do dolo.

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 da perna
permanente, sequelas.

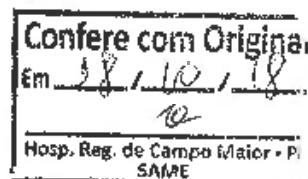
3º) esta autorização é dada ao(a) médico(a) Dr. Raul Soares da Silva
Conte bem como ao(s) seu(s)

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 pé esquerdo.

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 20 18.



BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

NOME: Jefferson Ruan Silva Nogueira DATA DE NASCIMENTO: 25/05/97

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta do 5º PDD (E)

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: Paciente com fratura exp. 5º PDD E
com risco de infecção na ponta do dedo e unhas.

CIRURGIA: Amputação do 5º PDD (E) Nº SALA: _____

CIRURGIÃO: Dr. Edson Costa CRM-PI: _____

UXILIARES: 1º _____ 2º _____

INSTRUMENTADOR (A): Francisca dos Santos O. Sousa CIRCULANTE: Maria Trindade Rodrigues Lima
Assistente de Enfermagem Assistente de Enfermagem
CRP 14.122.024 CRP 14.122.024

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1. Anestesia + lavagem cirúrgica 2. Realizar
exatidão com 85-95%. 3. Observação do duto e aplicação de curativo
de URES para amputação. 4. Amputação do duto com cuidado
e cuidados com partes moles 5. Húe + sutura da pele 6. Curativo
compressivo.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Sem intercorrências.

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Unhao

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

Alfonso Kikyo Silva Nascimento
(Assinatura do paciente/ responsável legal)

Raimundo Farias Ximenes 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 Farias Ximenes Filho (nome completo e legível) Av. Nilo Oliveira Nº 157 RS-65000 (endereço)

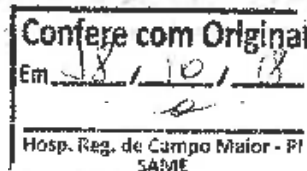
2) [Assinatura] (Assinatura) [nº do documento de identidade]
Olivia Raquel Correa da Silva (nome completo e legível) Rua Governador Anacleto nº 205 (endereço)

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

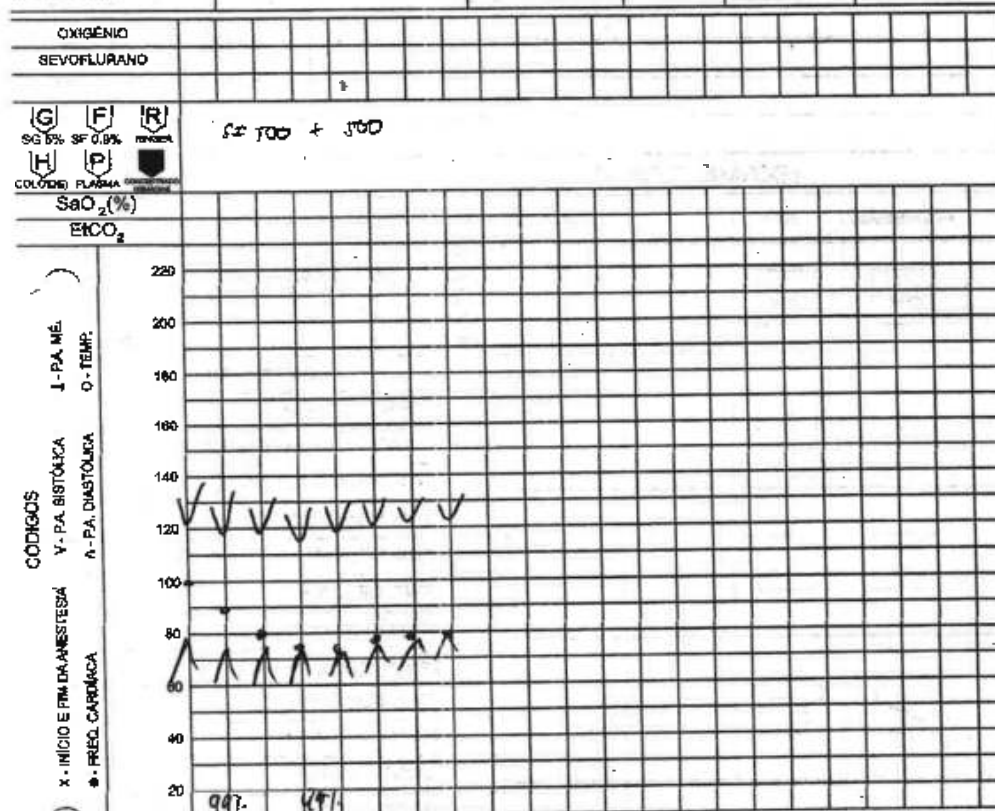
Andre Rodrigues de Oliveira
Assinatura do médico - CRM

Andre Rodrigues de Oliveira
Otorrinolaringologista
CRM 14143 - P



BOLETIM DE ANESTESIA

PACIENTE		IDADE		DATA DE NASC		PESO		SEXO	
Jefferson Kevin Silva Nascimento				11					
PROCEDIMENTO		ESTADO FÍSICO ASA							
PRESSÃO ARTERIAL		FC		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO	
120 x 80									
HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		UREIA		CREATININA	



- SEQUÊNCIA**
- 1) Paciente pronto + sem anal.
 - 2) Monitorização
 - 3) Riquetmética: supinação 12
 - 4) ATB + sistêmica
 - 5) Riquetmética s/ inter.

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

INÍCIO	10:45	FIM	11:30
DURAÇÃO	00:45		

Técnica Anestésica	Riquetmética: punção única c/ 99/16 206	☒ ECG	☐ PVC	☐ Oxigênio	☐															
Observações		☐ PAM	☐ PANI	☐ Capnógrafo	☒ Sat. O ₂															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>GASES</th> <th>l/min</th> <th>Início</th> <th>Fim</th> <th>Tempo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oxigênio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ar Medicinal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				GASES	l/min	Início	Fim	Tempo	Oxigênio					Ar Medicinal				
GASES	l/min	Início	Fim	Tempo																
Oxigênio																				
Ar Medicinal																				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neosigilina	Amp	Ramifenil	Fras
Adrenalina	Amp	Dormid	Amp	Nitride	Amp	Ranitidina	01 Amp
Água dest. 10ml	Amp	Esteril	Amp	Noradrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Cloro 200mg	Fras	Eletrina	Amp	Neocaina 0,5%	01 Amp	Sufentanil	Amp
Clorazepina 1g	Amp	Fentani (al com)	Amp	Neocaina 0,5% local	Amp	S. Fisiclog. 0,8%	Fras
Clopidina	Amp	Fentani (placo)	Fras	Omeprazol	Fras	S. Glucosado. 5%	Fras
Cotidol ()	Fras	Sedofurano	MI	Pancuronio	Amp	Atracurio	Amp
Decametazona	01 Amp	Hidrocortisone	Fras	Profenid	Amp	Transamin	Amp
Diazepam	Amp	Isoflurano	MI	Propofol	Fras	Novabup 0,5% v	Fras
Dilmar	Amp	Mantol	Fras	Propofol	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Dipirona	02 Amp	Metronidazol	Fras	Quelidol	Fras	Cetotilam	02 Amp
Dobutamina	Amp	Narcan	Amp	Quelidol	Fras	Cetopropo	01 Amp

Dr. Henrique Rocha
Anestesiologista CRM



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR



CONTORNO, 250
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06552564000642
Tel.: (86) 3252-4546

Page 1 of 1

Data Impresso: 22/09/2018

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

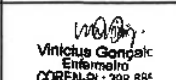
1012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

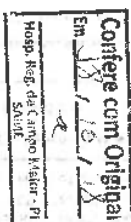
Data da internação: 21/09/2018 - 09:42:00 Sexo: M Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito:

22/09/2018

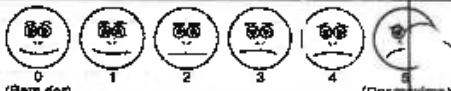
		PROFISSIONAL	ASSINATURA
6:40	Pa: 100x80, Temp.: 35, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 CLIENTE NAO RELATA QUEIXAS	FRANCIVALDO MACEDO DA SILVA	
11:00	Pa: 12/7, Temp.: 36,5, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	SILVANA MARIA DOS SANTOS PAZ	 Auxiliar de Enfermagem COREN-PI: 225179
11:31	CLIENTE NO 1º DPO DE AMPUTACAO DE 5º DED. "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 QUEBRAS AUGICAS NO MOMENTO E SEGUE EM TTO MEDICAMENTOSO CONFORME PRESCRICAO.	MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA	 Enfermeiro COREN-PI: 398.886
18:22	Pa: 16/8, Temp.: 36,7, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	SILVANA MARIA DOS SANTOS PAZ	 Auxiliar de Enfermagem COREN-PI: 225179



RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE:									
DATA:		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A:						ALERGIA À:	
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
CONSCÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	2	2		 (Sem dor) 0 1 2 3 4 5 (Dor máxima)
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	1	1		CONTROLES OXIGENOTERAPIA () PUNÇÃO VENOSA CENTRAL () Sonda NASOGÁSTRICA () Sonda NASOCENTRAL () Sonda VESICAL DE DEMOIA () DRENO DE KHER () DRENO PENROSE () DRENO TORAX () DRENO SUCÇÃO () DRENO LAMINAR () COLOSTOMIA () GASTROSTOMIA () TRAQUEOSTOMIA ()
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispnéia = 0 Apnéia = 1	2	2		
CIRCULAÇÃO (PA) 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2	2		
SpO₂ Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantém SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0	2	2		
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS				RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM:

AValiação de ENFERMAGEM:

Paciente segue na recuperação pós-anestésica. Consciente e orientado, físico, eufórico com respiração espontânea sem aporte de O₂. Com SSVV.

PA = 120/80 mmHg / SpO₂ 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) ENFERMAGEM	() EXTERNO	

Obs: Paciente segue consciente e orientado, físico, eufórico com respiração espontânea sem aporte de O₂.





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI
(86) 3252-4546

Resumo de Alta / Transferência

I012158 -JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

Data: 21/09/2018 Leito: CC0401

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Tram em p. 12 / amputação

fractura do 5º dedo direito

Atualize o seguimento do Cate amputação

Alta p/ seguimento ambulatorial

Diagnóstico principal:

Amputação traumática 5º dedo direito P3 - F

Diagnósticos Secundários:

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:

Confere com Original

Em 30/10/18

Hosp. Reg. de Campo Maior - PI

SAME

Dr. Marcelo Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-14.422 / TEOT 1288

Data: 24/09/18

Médico

CRM/Carimbo



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR



CONTORNO, 250
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06559564000642
Tel.: (86) 3252-4546

Page 1 of 1

Data Impressa: 23/09/2018

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:

23/09/2018

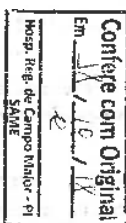
PROFISSIONAL

ASSINATURA

8:48 PCT NO 2º DPO DE AMPUT DE 5º POD "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONSIVO AO DIALOGO, EUPNEICO, DEAMBULA COM AUXILIO,, NORMOCORADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, FO LIMP E SECA, ACETANDO 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

Rodrigo de Araújo
coordenador de enfermagem



Hôsp. Hospitalar

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/09/2021 09:13:01

<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092909130021800000019318307>

Número do documento: 21092909130021800000019318307

Num. 20488863 - Pág. 19



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

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

Page 1 of 1

Data Impressa: 23/09/2018

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

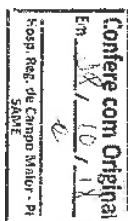
Clinica: CIRURGIA GERAL Leito:

23/09/2018

PROFISSIONAL

ASSINATURA

8:48	PCT NO 2º DPO DE AMPUT DE SF PDD 2º. CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONSIVO AO DIÁLOGO, EUPNEICO, DEAMBULA COM AUXÍLIO, NORMOCORADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, FO LIMP E SECA, ACEITANDO VO OFERECIDA, DIURSE 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



Hôsp. Hospital

JPG Soluções em Informática 1851 0041.8762

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/09/2021 09:13:01

<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092909130021800000019318307>

Número do documento: 21092909130021800000019318307

Num. 20488863 - Pág. 20

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

ANOTAÇÃO EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

1012158 - JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

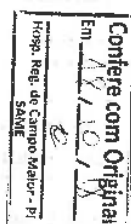
Data impressa: 24/09/2018

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 MÉDICO QUE REALIZOU A CIRURGIA, SAÍU CONSCIENTE, ORIENTADO, FRASICO, EUPNEICO, ACOMPANHADO	DESTERRO	Maria do Desterramento de Rocha Enfermeira COREN - PI 450 468
-------	---	----------	---





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

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

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1012158-JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO
ENFERMARIA: C004-CLINICA CIRURGICA - LEITO: C00401

IDADE: 21 Anos
ADMISSÃO: 21/09/2018

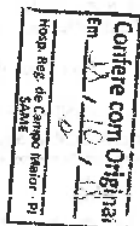
SUS
DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

23/09/2018 - 08:08:23

DIETA LIVRE

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



3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO OFICIAL	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	CAMPO MAIOR-PI	DATA DE NASCIMENTO	25/08/1997
DOC. ORIGEM	CERT.NASC. 6830 L 06 F 205		
EXP. CAMPO MAIOR-PI	14/09/07		
TERMINA - PI	073.244.893/03		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

DPVAT
13 NOV 2018
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

IDENTIFICADO

JEFFERSON KEVIN SILVA NASCIMENTO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

Eu, JOÃO CANUTO DE MELO NETO

Portador do RG 2379864, data de expedição 28 / 02 / 2018

Órgão expedidor SSP / PI CPF: 016.781.793-02 com domicílio na cidade de CAMPO-MAIOR, no estado de PIAUÍ

Onde resido na RUA: ANTONIO CARLOS 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: MOTOCICLETA

ANO: 2011 / 2011

MODELO: HONDA / CG 125 FAN KS

PLACAS: DDX-6095

CHASSI: 9C254130BR766328

DATA DO ACIDENTE: 21 / 09 / 2018



Campo Maior - PI 07.11.2018

Local e Data

[Assinatura]

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

Data/Hora

2º DP DE CAMPO MAIOR

21/09/2018 - 07:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

BR 343, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO SAMU

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

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 125 FAN KS	2011	ODX8095	9C2JC4110BR766328	00333056655	Preta
Condutor: JEFFERSON KEVEN SILVA NASCIMENTO						
RG: 3954792 Órgão: UF RG: PI						
End: RUA ELESBÃO ANDRADE Número: 105 Complemento:						
Cidade: CAMPO MAIOR UF: PI Bairro: CARIRI						
Proprietário: JOÃO CANUTO DE MELO NETO						
Cidade: CAMPO MAIOR UF: Bairro:						

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu nesta 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

de Ocorrência emitido em: 08/11/2018 14:05 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 1/1





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:

Bairro: CARIRI

Mãe: JOSELIA DE SOUSA SILVA NASCIMENTO

Civil: OUTROS CEP: 64280-000

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Pai: JOSE FERREIRA DO NASCIMENTO

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Exames Complementares:

Diagnostico provável:

Prescrição Médica:

Paciente vítima de
atropelamento por bicicleta
apresentando ferimento em pé - E
(V. pedaleto da E)
Trauma +
ferimento exposto e profundo
1) R-X de pé (E), AP / perfil
2) Cefalotina 1g 2amplos + sul
AD, EV bolus
3) Transf (500ml) 1amplo + 100ml
pro, 5% EV. Guai em 15 minutos
4) Cefepim 1000mg 1amplo + 300ml
pro, 5% EV. Guai em 15 minutos
5) Paciente da unidade de

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 130x90mmHg

TAX: 00c

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

FC: 0 bpm

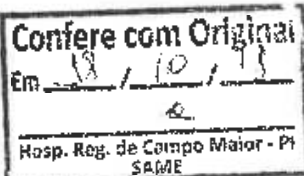
Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Condução:



Alina Alves Ligorio
525430 - RODRIGO DE ARAUJO SILVA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Hora:

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

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

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

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

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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\$1.001,30 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)

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 00106463 2

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ 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 aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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: CAUPE-MAIOR PE 08.11.2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Produtor (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: FRANCISCA RODRIGUES DO PRADO

CPF: 008.007.603-36

Assinatura: _____

2ª Nome: FRANCISCA DE OLIVEIRA

CPF: 021.801.225-50

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

O ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



