

Controle de docum x | Acesso 1º Grau - P x | Consulta processo: x | PJ 0801237-43.2020.8 x | Combine arquivos x | Audiências x | Upload x | +

Não seguro | tjpj.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=535776&ca=82729fb46e8cc4c37fbc937f... | Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0801237-43.2020.8.18.0039
AGENCIADOR DE SA BARBOSA NETO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

11184385 - CONTESTAÇÃO (2740185 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/08/2020 12:06:56

06 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11184381 - CONTESTAÇÃO
 - 11184385 - CONTESTAÇÃO (2740185 CONTESTACAO 01)
 - 11184389 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11184390 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11184391 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11184595 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2740185- CS/ 2020-02832/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

2prot-pc.pdf pç2.pdf prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf Exibir todos x

PT 12:07 06/08/2020



Número: **0801237-43.2020.8.18.0039**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Barras**

Última distribuição : **22/07/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AGENOR DE SA BARBOSA NETO (AUTOR)		CARLA YOHANNA MOREIRA GONCALVES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11184389	06/08/2020 12:06	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO / AG. DE DEUS MARTINS




02341117

Agenor de Sá Barbosa Neto
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.947.587 DATA DE EMISSÃO 02/09/13

NOME AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO

FILIAÇÃO MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA DA ROCHA FRANCISCO DE SÁ BARBOSA

NATURALIDADE BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 10/11/1991

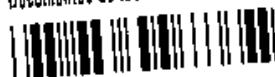
DOC. ORIGEM CERT. NASC. 31101 L 00030 F 286

EXP BARRAS-PI 25/07/12

072.884.863-54 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/04/83 - DECRETO Nº 89.250/83

Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
072.884.863-54

Nome
AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO

Nascimento
10/11/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
2C8C.63E6.FC37.55F9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:46:03 do dia 23/01/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





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

Boletim de ocorrência

1270 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001252/2019-80

Unidade de Registro: DP DE MATIAS OLÍMPIO

Resp. pelo Registro: Moizes Pereira Diniz Filho

Data/Hora: 06/08/2019 - 10:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

UTROS

Município

BARRAS

Endereço

DELEGACIA DE BARRAS - PI, Nº:

Complemento

Data/Hora

16/05/2019 - 21:00

Bairro

PREJUDICADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO

RG: 3947587

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA DA ROCHA

Endereço: BARRAS-PIAUI, Nº

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

HONDA CG 125 FAN KS

ODX1783 9C2JC4110CR321947

457809331

Preta

Condutor: AGENOR

Cidade: MATIAS OLÍMPIO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante estava se deslocando do centro de barras para a localidade piqueiro que fica na zona rural, na localidade piqueiro um animal entrou no meio da pista e o notificante colidiu com o mesmo que devido a colisão caiu na estrada, que devido a queda o notificante quebrou a clavícula (segundo laudo medico) que após o acidente foi levado pela ambulância do samu para o hospital de barras-PI, e depois foi transferido para hospital de pilipiri-PI onde passou por cirurgia e ficou internado por 3 dias.

Moizes Pereira Diniz Filho - Mat.
AGENTE DE POL.

AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO - Notificante
Responsável pela Informação

Lucy Rêtha Leal Pereira
Delegada Geral de Polícia Civil
Mat.: 125-331-7



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-69 | Ins. Estadual 10.361.283-5
Nota Fiscal / Conta de Energia (Núcleo - Série 3-1)
Registro Especial de Impressão Autorizada pelo SEFAZ/PA/08

Para controle
censal, informe
este número

CODIGO

1112137-8

Nº da Nota Fiscal 79614161

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	13/11/2019	190	186,22

FRANCISCO SILETS CARVALHO BARBOSA
LC PIONIZEIRO S/N - R-RURAL
CPF: 08034796160334
-EP: 64.10011000 HARRAS

R01: 346.313.06.82.349270

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	815	06/11/2019
Anterior:	625	07/10/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 06/12/2019
Consumo Medido:	190	Emissão: 05/11/2019
Consumo Teórico:	190	Apresentação: 05/11/2019
Consumo Regulamentado:		Consumo

Classificação	Localidade	Número Medidor	Via	Código Fat.	Mês 12 meses
RESID. - IAI	MONO	1761003056		1.1.1.1	52

HISTÓRICO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
OUT/19 451	CONSUMO 190 A R\$ 0,884479 = 168,11
SET/19 174	CONTR. ILUMINAÇÃO PHS. (COSIP) 16,11
AGO/19 0	ADICIONAL HANDLIRA AMARELA 1,27
JUL/19 0	ADICIONAL HANDLIRA VERMELHA 1,58
JUN/19 0	
MAY/19 0	
ABR/19 0	
MAR/19 0	
FEB/19 0	
JAN/19 0	

TARIFA SEM EXIGÊNCIAS:
0 A 190 - 0,884479

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO - MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 05/11/2019, não constataríamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO SSAD... 1112137-8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 35,33	Base de Cálculo: 168,11 131,13
Energia: 68,26	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 11,54	Valor do ICMS: 36,98
Encargos: 5,65	Valor do PIS: 1,84
Tributos: 47,33	Valor do COFINS: 8,51

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DNC		PIC		DNC		DNC	
Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
7,21	14,53	3,86	7,73	15,45	4,14		
0,00		0,00		0,00			
Campo Maior							

Comprovante de residência





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027050

Vítima: AGENOR DE SA BARBOSA NETO

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AGENOR DE SA BARBOSA NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

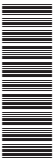
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15420577

Pag. 01395/01396 - carta_01 - INVALIDEZ

00020698





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027050

Vítima: AGENOR DE SA BARBOSA NETO

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AGENOR DE SA BARBOSA NETO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **AGENOR DE SA BARBOSA NETO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003436**

Conta: **0000014728-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Número do AS: 072.884.863-54 3 - CPF da vítima: 072.884.863-54 4 - Nome completo da vítima: AGENOR DE SA BARBOSA NETO

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

5 - Nome completo: AGENOR DE SA BARBOSA NETO 6 - CPF: 072.884.863-54
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: LC PIQUIZEIRO 9 - Número: 511 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: B RURAL 12 - Cidade: BARRAS PIAUI 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.100-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 861 392148-3211

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3436 03 CONTA: 00014728 02
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Autorização de pagamento

AGÊNCIA: CC
(Informar o dígito se existir)



Autorizo a Seguradora LIDER 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascuro(a) nascuro(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BARRAS PIAUI 16.12.2019

Agemorde Sa Bar Bara nito

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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: 03/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AGENOR DE SA BARBOSA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000014728-2

Nr. da Autenticação A257EEFCC4023BAD



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027050 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AGENOR DE SA BARBOSA NETO **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 7.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027050 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AGENOR DE SA BARBOSA NETO **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 7.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022989/20

Vítima: AGENOR DE SA BARBOSA NETO

CPF: 072.884.863-54

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AGENOR DE SA BARBOSA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

AGENOR DE SA BARBOSA NETO : 072.884.863-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: AGENOR DE SA BARBOSA NETO
CPF: 072.884.863-54

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

AGENOR DE SA BARBOSA NETO

Patricia Aleixo Silva



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027050 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AGENOR DE SA BARBOSA NETO **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 7.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022989/20

Vítima: AGENOR DE SA BARBOSA NETO

CPF: 072.884.863-54

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: AGENOR DE SA BARBOSA
NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



AGENOR DE SA BARBOSA NETO : 072.884.863-54

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800-022-12.04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800-022-8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do Interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: AGENOR DE SA BARBOSA NETO
CPF: 072.884.863-54

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

AGENOR DE SA BARBOSA NETO

Patricia Aleixo Silva



NOME = AGENOR DE SA BARBOSA NETO

RG = 3.947.587

CPF = 072.882.863-54

END = LC PIQUIZEIRO ZONA RURAL S/N

CIDADE = BARRAS PIAUI

CEP = 62.100-000

TELEFONE = 86/99428-3211



SEGUROADORA LIDER CONSÓRCIO SEGURO DPVAT
RUA DA ASSEMBLEIA 100
22: ANDAR CENTRO
CEP= 20011-904
RIO DE JANEIRO - RJ

Correios		SEDEX
PESO (kg)	0,110	☐ AR ☐ MP
Recebido por		
Assinatura	Documento	
OD 30160325 2 BR		
		
PC081797		

DH



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 457909331 2012

MARIA JASLINA FERREIRA

70596700334 ODX-1783

PAS/MOTOCICLE/NEVEUMA GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2012

002P/124CC PARTICU PRETA

1 IPVA

2

3 PAGO

SEGURO PAGO

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA

JOSE DE FREITAS 17/05/2012

SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS PESSOAS CARRINHOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PI Nº 010444271209 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2013

70596700334 ODX-1783

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 010444271209 2013 17/05/2012

1 70596700334 ODX-1783

457909331 HONDA/CG 125 FAN KS

2012 09 9C2JC4110CR321947

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00	000,00	000,00
000,00	000,00	297,51

27/03/2013

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.103/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

0120120053460 43738315725

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 457909331

MARIA JASLINA FERREIRA

RUA FAUSTO GALDINO 00776

CIDADE NOVA PI

70596700334 ODX-1783

9C2JC4110CR321947

PAS/MOTOCICLO/NEVEUMA GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2012

02P/0124CC PARTICU PRETA

0 PBT: 000,29

ALIENACAO FIDUCIARIA

ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

JOSE DE FREITAS 26/03/2012





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO
PRAÇA MONSENHOR BOZON, 210
CNPJ: 06.553.564/0002-19 FONE: (86) 3242-1544
BARRAS-PI

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: AGENOR DE SA BARBOSA NETO

CARTÃO DO SUS	CPF	IDENTIDADE
704200772121686	072.884.863/54	3.947.587
DATA DO NASCIMENTO	PROFISSÃO	SEXO
10/11/1991		M
ENDEREÇO: LOC PIQUEZEIRO	NÚMERO:	
TELEFONE	MUNICÍPIO	ESTADO
	BARRAS	PI
BAIRRO: LOC PIQUEZEIRO	CEP: 64100000	

FILIAÇÃO

PAI: FRANCISCO DE AS BARBOSA

MÃE: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA DA ROCHA

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO
16.05.19

HORA: 00:00

Documentação médica - hospitalar



MOTIVO DO ATENDIMENTO

GL:
P A:
TP°C:
STO2:
E.C:
P:

Plasma de um paciente

DIAGNÓSTICO

Colúmbia Amarela

TRATAMENTO REALIZADO

Pro

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|
| () CONSULTA BÁSICA CURATIVO | () AEROSO | () RETIRADA DE PONTO |
| () DRENAGEM DE ABCESSO | () PRESSÃO ARTERIAL | () RAIOS X |
| () RETIRADA DE CORPO ESTRANHO | () SUTURA CIRÚRGICA | () MOBILIZAÇÃO |
| () PEQUENA CIRURGIA | () ECG | |

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

JOSE WILSON

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Médico Solicitante
Classe: 3493





SUS



HOSPITAL RECORDS
LEONIDAS ABEL

REQUISICÃO DE EXAMES

NOME ROBERTO DA SILVA BRUNO ROCHA

IDADE

SEXO|

MASC.

FEM.

CLÍNICA

--	--

☐ INTERNADO**ENDERECO**

DADOS CLÍNICOS

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS
PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-1440 / TERESINA-PI

DATA

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELOS



**Hospital Regional
Leônidas Melo**

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	LEITO / ENFERMARIA	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:		

[illegible]

Praça Monsenhor Bazon, Nº 210 Centro 9 CEP: 64.100-000 Barbas/PI Fone: (86) 3242-1336
CNPJ: 12.627.470/0001-69



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:06:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612065541100000010598477>
 Número do documento: 20080612065541100000010598477

[illegible]



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 18/05/19 ENFERMARIA/LEITO: CLÍNICA:

NOME: Aguiar de São Gonçalo Neto

DIAGNÓSTICO: Fract. de humero D CID: ☐ ☐ ☐ ☐

CIRURGIA: Osteossintese fract. de humero D PROCEDIMENTO: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

CIRURGIÃO: Dr. Felipe AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Erick INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

Exame em AP local de fratura fechada com
alinhamento e redução
Muito artrose de região de humero +
distais do fêmur adjacentes
Redução de fratura e fratura de platô +
placa
tubo 30
feito por placa
unidade
fechada em S

MÉDICO / CARIMBO ASSINADO
DR. FELIPE VERNER PACHONDELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia do Trauma
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 | SBUS 05733/16 | RQE 2093



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME		Aguiar de Sá Barbosa Neto					
DATA	ENFERMIA		CLÍNICA				
IDADE	SEXO	COR	PESO (KG)	ALTURA (CM)	ASA	MALLAMPATTI	
	☐ M ☐ F						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
TIPO DE CIRURGIA Hc - Cir Frot. Clavícula							
MEDICAMENTOS EM USO							
TEMPERATURA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	HTM	HTC	HB	LEUCOMETRIA	
GLICEMIA	URÉIA / CREATININA	SÓDIO / POTÁSSIO	PLAQUETAS	TAP / TTPA / RNI	OUTROS		
ALERGIAS							
COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES							
TEMPO DE JEJUM	ESTADO FÍSICO	ECG	RX TÓRAX	ANESTESIA PROPOSTA	ELETIVA	URGÊNCIA	
1h				Besivida	☐	☐	

ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
BOM ESTADO GERAL	HEMODINÂMICA ESTÁVEL	EUPNEIA	ACORDADO	
ESTADO GERAL REGULAR	HEMODINÂMICA INSTÁVEL	MV FISIOLÓGICO	LÚCIDO	
ESTADO GERAL PRECÁRIO	TAQUICARDIA	TAQUIPNEIA	ORIENTADO	
CORADO	BRADICARDIA	DISPNEIA	SONOLENTO	
DESCORADO - PÁLIDO	PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	MV DIMINUIDO	DESORIENTADO	
HIDRATADO	HIPERTENSÃO ARTERIAL	SIBILOS	ANSIOSO	
DESIDRATADO	HIPOTENSÃO ARTERIAL	BRONCOESPASMO	AGITADO	
ICTÉRICO	CHOCQUE	RONCO / ESTERTORES	COMA	
ANICTÉRICO	RITMO CARDÍACO R 2 T	TOSSE	ISOCORIA	
CIANÓTICO	ARRITMICO	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	ANISOCORIA	
ACIANÓTICO	EXTRASSISTÓLES	SUDORESE	DEFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		DOSE	HORA	EFEITO
INTERVALO ANESTÉSICO				
AGENTS	OXIGÊNIO L/MIN			
	ÓXIDO NITROSO L/MIN			
	HALOTANO			
	ISOFLURANO			VOL. TOTAL:
	SEVOFLURANO			VOL. TOTAL:
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS				
VS				



SIMS.	T.C.	F.C.	F.R.	P.A.
P.I.A.	40	240		240
X		220		220
ANE.		200	40	200
X	28	180		180
OP.		160		160
			30	
T.C.		140		140
★	37	120		120
F.C.		100	20	100
		80		80
F.R.		60		60
	38	40	10	40
SPO.		35		35
▲		20		20
P.A.			3	
X	34	0	0	0
ESPONTÂNEA				
ASSISTIDA				
CONTROLADA				
LEGENDA				
POSICÃO				

[illegible]

AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0256530 Registro: 92347
Data: 17/05/2019 Hora: 13:08:00
Funcionário: JRODRIGO Tipo: CONSULTA

Senha 9 Sexo: MASCULINO
SUS

AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO

Data de nascimento: 10/11/1991 Idade: 27 ANOS, 6 MESES, 7 DIAS Profissão: CPF: - RG: 3947587 - SUS: 704200772121686
Endereço: QUIZEIRO, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: BARRAS/PI Civil: CEP: 64100-
Telefone: () Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA DA Pai:

Local: ORTOPEDIA Documento: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI
Responsável: AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos
05/2019 13:08 0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: CONSULTA ORTOPEDICA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Anotação de enfermagem
DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 | SBUS 03785/16 | RQE 2095

Responsável: AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO

PROFISSIONAL





ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

NOME: Agenor de Sá Barbosa Neto

ENFERMAGEM: LEITO: CIRURGIÃO: Dr. F ANESTESISTA: Dr. Erick

CIRURGIÃO:

INÍCIO: 15:20 TÉRMINO: 16:15 ANESTESIA: Bloqueio

MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA			EFEDRINA		
AGULHA 25 x 7	X	02	MICROPORE			FUROSEMIDA		
AGULHA 30 x 7			ESPARADRAPO			PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 25%		
AGULHA 40 x 12	X	02	FIOS CIRÚRGICOS			GLICOSE 50%		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON N° 0			GLUCONATO DE CÁLCIO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON N° 1			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON N° 2			NITROPRUSSATO		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON N° 3			PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON N° 4	X	02	METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON N° 5			SUCCINILCOLINA		
SERINGA 1 ML			MONONYLON N° 6			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 5 ML			MONONYLON N° 7			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 10 ML	X	01	VICRYL N° 0			DICLOFENACO		
SERINGA 20 ML	X	02	VICRYL N° 1	X	01	ANTIBIÓTICOS		
SERINGA 50 ML			VICRYL N° 2	X	01	AMPICILINA		
SERINGA 80 ML			VICRYL N° 3			CEFALOTINA		
CATETER JELCO N° 14			VICRYL N° 4			CEFALOXINA		
CATETER JELCO N° 16			VICRYL N° 5			CEFTRIAXONA		
CATETER JELCO N° 18			VICRYL N° 6			GENTAMICINA		
CATETER JELCO N° 22			CAT GUT SIMPLES N°			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO N° 24			CAT GUT SIMPLES N°					
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO N°			SOROS		
SCALP N° 19			CATGUT CROMADO N°			FISIOLÓGICO 250ML		
SCALP N° 21						FISIOLÓGICO 500ML	X	02
SCALP N° 23			SOLUÇÕES			GLICOSADO 5% 250ML		
SCALP N° 25			ALCOOL 70%	X	30	GLICOSADO 5% 500ML		
SCALP N° 27			ALCOOL 90%			RINGER LACTADO 500ML		
EQUIPO INJ. LATERAL			PVPÍ TÓPICO			MANITOL		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			PVPÍ DEGERMANTE			PSICOTRÓPICOS		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS			ALCOOL IODADO			MIDAZOLAM 15MG		
EQUIPO MACROGOTAS			ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAM 50MG		
EQUIPO MICROGOTAS			VASELINA LÍQUIDA			DOMOTIDOLASSAL		
EQUIPO DE SANGUE			FORMOL			FENTANIL FRASCO		
DRENO DE PÉRIODE N°			CLOREXIDINA	X	60	FENTANIL AMPOLA		
DRENO DE SUÇÃO N°			ANESTÉSICOS	X	40	PROPOFOL		
DRENO DE TÓRAX N°			XYLOCAINA GEL			HALOTANO		
UROFIX SIST. ABERTO			XYLOCAINA SPRAY			ENFLURANO		
UROFIX SIST. FECHADO			XYLOCAINA 2% S/V	X	01	ISOFLURANO		
ELETRODOS			NEOCAINA PEGADA			SEVOFLURANO 100MG		
LÂMINA N° 11			NEOCAINA 0,5% S/V	X	01	SEVOFLURANO 250MG		
LÂMINA N° 15			NEOCAINA 0,5% C/V	X	01	THIOPENTAL 1g		
LÂMINA N° 24			BUPIVACAÍNA 5 MG	X	01	THIOPENTAL		
LUA ESTÉRIL 6,5						NARGAN		
LUA ESTÉRIL 7,0	X	04	MEDICAMENTOS			TAXA EQUIPAMENTO		
LUA ESTÉRIL 7,5			ADRENALINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUA ESTÉRIL 8,0	X	02	AMINOFILINA			ASPIRADOR		
LUA ESTÉRIL 8,5			ATROPINA			AR COMPRIMIDO (H)		
LUA DE PROCEDIMENTO (BAR)	X	06	ÁGUA DESTILADA	X	03	MICROSCÓPIO		
SONDA DE FOLLEY			BUSCOPAN			RX EM SALA		
TUBO DROTRAQUEAL			CEDILANIDE			MONITOR CARDÍACO		
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			HIDROCORTISONA 100MG			OXÍMETRO DE PULSO		
SONDA DE ASPIRAÇÃO N°			HIDROCORTISONA 500MG			CARRO DE ANESTESIA		
SONDA GÁSTRICA N°			KCL			OXIGÊNIO (H)		
CERA ÓSSEA			NaCl 10%			OUTROS		
SURGICEL			NaCl 20%					
TELA DE PROLENE			DEXAMETASONA					
ATADURA DE CREPON N°			DIPYRONA					
COMPRESSA	X	06	DOBUTAMINA					
COMPRESSA DE GAZES	X	03	EFORTIL					
ALGODÃO ORTOPÉDICO								

5/19

INSTRUMENTADOR

CIRCULANTE



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 18/05/19

ENFERMARIA/LEITO:

CLÍNICA:

NOME: Aguiar de S. Barbosa Neto

DIAGNÓSTICO: Fract. Ulnar

CID: ☐ ☐ ☐ ☐

CIRURIA: Osteossintese Fract. Ulnar

PROCEDIMENTO: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

CIRURGIÃO: M. Felipe

AUXILIAR:

ANESTESISTA: M. Quek

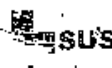
INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

Realizada em M. Cadeia de Stahli sob anestesia geral + sedação
Anestesia + sedação
Uso de antisséptico de pele e desinfecção da ferida
Anestesia bloco + bloqueio adjuvante
Redução de fratura e fixação com placa + parafusos
Uso de
Fechamento por planos
Uso de
Tubo em Y

Médico / Campo / Assessor
DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia do Trauma
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 | SBU 05785/16 | RQE 2095



 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 CHAGAS RODRIGUES 2 - CNES 2777746 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES 4 - CNES 2777746	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE AGENOR DE SA BARBOSA NETO 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 92347 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 704200772121686 8 - DATA DE NASCIMENTO 10/11/1991 9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2 10 - NOME DA MÃE MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA DA ROCHA 11 - TELEFONE DE CONTATO () - 12 - ENDEREÇO PIQUIZEIRO, 0 - ZONA RURAL 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BARRAS 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2201200 15 - UF PI 16 - CEP 64100-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS trauma por queda de moto e dor em região de nucha D 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO o quadro 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) trauma + RX + T7 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fratura de nucha 21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO tratamento fratura de nucha 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 26 - CLÍNICA CLÍNICA MÉDICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 6719038338 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Felipe Verner Paçoncelli 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/05/2019 32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM) DR. FELIPE VERNER PAÇONCELLI ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA CRM PI 4427 / 2009 057576 / RQE 2005	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA MUSCULOESQUELÉTICA) 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - CNPJ EMPRESA 38 - CNPJ EMPRESA 39 - CNAE EMPRESA 40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR MAURO RUBENS LIMA VERDE 44 - COD. ORGÃO EMISSOR M230350101 45 - DOCUMENTO () CNS (x) CPF 20928319334 46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.	



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300
PIRIPIRI/PI

OTAVIO

BOLETIM DE ADMISSÃO

12347 - AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO

- Sexo: MASCULINO - 10/11/1991 - 27 ANOS. 6 MESES, 7 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CM07- CLINICA MEDICA Leito: CM0702 Naturalidade:

Escolaridade: Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI

CPF: RG: 3947587 C/N: CNS: 704200772121686

Endereço: PIQUIZEIRO, N° 0 - CEP: 64100-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2201200- BARRAS/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA DA ROCHA

Responsavel: AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO - () -- O MESMO

Diagnostico Inicial: # - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

fract. fechada

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

*fract. por queda de moto
e/ dor no membro*

Diagnóstico Provável

fract. fechada

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIÃO DE TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 44271 SBUIS 05285461 RQE 2023

PROFISSIONAL





AV. DR. PAULO MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (86) 3276-3362



Pág.:

PACIENTE: 1018798-AGÊNIOR DE SA BARBOSA NETO IDADE: 28 Anos SUS
ENFERMEIRO: CM07-CLÍNICA MÉDICA LEITO: CM0702 ADMISSÃO: 17/05/2019 DIAS INTERNADO: 0

PRESCRIÇÃO MÉDICA

17/05/2019 - 16:26:31 S420 - FRAT DA CLAVICULA

DIETA LIVRE

ACESSO SOROLIZADO	1,00			
TENOXICAN 40MG PO LIOFILO P/SOLUCAO	1,00	FRAMPENDOVENOSA (EV)	1X DIA	
INJETAVEL				
DIPIRONA 1G AMP	1,00	UN ENDOVENOSA (EV)	06/06H	
SSVV + CCGG	18 00 00	12		

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA
CRM PI 4427 | SBUS 03785/16 | RQE 2195

PROFISSIONAL

PG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:06:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612065541100000010598477>
Número do documento: 20080612065541100000010598477

Num. 11184389 - Pág. 32



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64.260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (86) 3276-3362

Regresso: 18/05/2019 - 07:21:48
Pág.: 1/1



VIOLÊNCIA: 1018795-AGENSOR DE SÁ BARBOSA NETO

PRONTO-SOLUÇÕES: 00077-CLINICA MEDICA LEITO: CM0702

ADMISSÃO: 17/05/2019

DIAS INTERNADO: 1

27 ANOS, 6 MESES, 7 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

8/05/2019 - 07:07:16 S420 - FRAT DA CLAVICULA

Evolução Médica

07:24:34 PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, AFEBRIL, GLASGOW "15", FRANKEL "E", SEM SINAIS DE INFECÇÕES OU SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DIETA LIVRE

CESSO SOROLIZADO	1,00				
ENOXICAN 40MG PO UOÍLO P/SOLUÇÃO INJETAVEL	1,00	FRAM	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	
PIRORNA 1G AMP	1,00	UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	

SVV + CCGG

Handwritten notes:
 clonitro 16 + 100 mg 12
 framal 100 mg + 100 mg 500, 91. 0 p/p
 Phas 10 mg + 100 mg 81845 IN

Handwritten notes:
 18/05/19 as 15h mudou para CC
 para melhor observação de Clavícula
 D. let segue com observação. Opere-
 dimento de 15:20 as 16:45 e
 não houve intercorrências

Francisco Lucas Alves de Andrade
Enfermeiro
COREN-PI 530.598

DR. FELIPE VERNER MAGNOLLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIÃO DE TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM-PI 442718018-PROFISSIONAL

