

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




022413

Agenor de Sá Barbosa Neto

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.947.587 DATA DE EXPEDIÇÃO 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

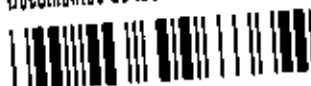
DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 31101 L 00030 F 286
EXP BARRAS-PI 26/07/12

CPF 072.884.863-54

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - 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

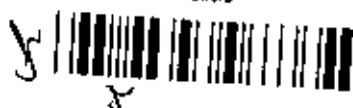
Nascimento
10/11/1991

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



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/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

- Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:
- HONDA CG 125 FAN KS

Condutor: AGENOR

Cidade: MATIAS OLÍMPIO UF: PI Bairro:

Ano: Placa: Chassi:
ODX1783 9C2JC4110CR321947

Renavam: Cor:
457909331 Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante estava se deslocando do centro de barras para a localidade piquizeiro que fica na zona rural, na localidade piquizeiro um animal entrou no meio da pista e o noticiante colidiu com o mesmo que devido a colisão caiu na estrada, que devido a queda o noticiante 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 pipirí-PI onde passou por cirurgia e ficou internado por 3 dias

Moizes Pereira Diniz Filho - Mat.
AGENTE DE POL

AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO - Noticiante
Responsável pela Informação

Moizes Pereira Diniz Filho
Delegado 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 Assembléia, 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
 CEP: 64.040.740/0001-691 Ins. Estadual 10.361.243-5
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 3-1
 Registro Especial de Imposto Instruído pela SEFAZ 06/08

Para contato
 consulte o número
 1112137-3

1112137-3

Comprovante de residência



Nº da Nota Fiscal 79014161

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
 pela Lei nº 10.439 de 20 de abril de 2002.

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

FRANCISCO SILEY CARVALHO BARBOSA
 L.C. PIQUIZEIRO S/N - R-RURAL
 CEP: 64044790169334
 CEP: 64.100-100 BARRA

RO1: 34b.313.06.82.349270

DADOS DA LEITURA	DATA 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	Emprego: 05/11/2019
Consumo Tarifado: 190	Aprovação: 06/11/2019
Consumo Regulador: 190	Data de Consumo: 30

Consumo	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Média 12 meses
RESID. 1A1	MONO	1761003056		1.1.1.1	58

HISTÓRICO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 190 A R\$ 0,884479 = 168,11
OUT/19 451	CONTR. ILUMINAÇÃO P.B. (COSIP) 18,11
SET/19 174	ADICIONAL HANDLIRA AMARELA 1,27
AGO/19 0	ADICIONAL HANDLIRA VERMELHA 1,58
JUL/19 0	
JUN/19 0	
MAI/19 0	
ABR/19 0	
MAR/19 0	
FEV/19 0	
JAN/19 0	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 0 A 190 - 0,884479

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
 Parabéns! Até o dia 05/11/2019, não constatamos faturas vencidas
 nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO 85AD... 11C3.5830.8C83.H042.31H8.7485

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 de ICMS: 36,98
Encargos: 5,65	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 47,33	Valor do COFINS: 6,49%
	8,51

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DCE			PIC			DCEC			DCEU		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Índice	7,27	14,53	21,80	3,86	7,73	11,59	4,14	8,28	12,42	4,14	8,28	12,42
Qualidade	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Consumo CAMPO MAIOR

Período de 09/2019 - 09/2019 61,61

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



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



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

2 - Nº do documento de AS: 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: 57 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): 86 33248-3211

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, 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: 00034728 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CC
(Informar o dígito se existir)

Autorização de pagamento



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.

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 Líder 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 CIVI) ☐ 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 nascituro(a) nascido(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 Líder 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Agemorde Sa Barbosa Neto

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

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: AGENOR DE SA BARBOSA
NETO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 = 072.884.863-54

END = LC PIQUIZEIRO ZONA RURAL S/N

CIDADE = BARRAS PIAUI

CEP = 62.100-000

TELEFONE = 86/99428-3211

SEGURO ADORA LIDER CONSÓRCIO SEGURO DPVAT

RUA DA ASSEMBLEIA 400

22: ANDAR CENTRO

CEP: 20011-904

RIO DE JANEIRO - RJ

Correios		SEDEX
PESO (kg)	0,110	
Recebedor		
Assinatura		Documento
OD 30160325 2 BR		
		
FC0117/17		

DH

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO: MOTOCICLETA - MARCA: HONDA - MODELO: CG 125 FAN KS - ANO: 2012

1 - 457909331 - 2012

MARIA JAULINA FERREIRA

70596700334 - ODX-1783

9C2JC4110CR321947

PAS/MOTOCICLETA/RENEUMA GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2012

002P/0124CC PARTICU PRETA

1 - IPVA
2 - PAGO
3 - PAGO

SEGURO PAGO

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA

JOSE DE FREITAS

17/05/2012

PI Nº 010444271209

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2013

70596700334

ODX-1783

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 010444271209

2013 17/05/2013

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: 09.248.108/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
0120120053460 43738315725

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
457909331 - 2012

1 - 457909331

MARIA JAULINA FERREIRA

RUA FAUSTO GALCOSO 00776
CIDADE NOVA PI

70596700334 ODX-1783

ACTAL NORTE

9C2JC4110CR321947

PAS/MOTOCICLETA/RENEUMA GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2012

02P/0124CC PARTIC 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 LEÔNIDAS 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
BARRAS

ESTADO
PI

BAIRRO: LOC PIQUEZEIRO

CEP: 64100000

FILIAÇÃO

PAI: FRANCISCO DE AS BARBOSA

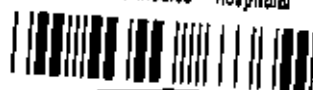
MÃE: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA DA ROCHA

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO
16.05.19

HORA: 00:00

Documentação médica - hospitalar



MOTIVO DO ATENDIMENTO

GL:
P A:
TP°C:
STO2:
F.C:
P:

Alto em uma pneumonia

DIAGNÓSTICO

Pneumonia

TRATAMENTO REALIZADO

Antibiótico

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ CONSULTA BÁSICA CURATIVO | ☐ AEROSO | ☐ RETIRADA DE PONTO |
| ☐ DRENAGEM DE ABCESSO | ☐ PRESSÃO ARTERIAL | ☐ RAIO X |
| ☐ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO | ☐ SUTURA CIRURGICA | ☐ MOBILIZAÇÃO |
| ☐ PEQUENA CIRURGIA | ☐ ECG | |

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

JOSE WILSON

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Clínica de Saúde Mental
CRM: 3493

04/01



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ

SUS



HOSPITAL REGIONAL
LEÔNIDAS MELO

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME *Robson do R. Brito*

IDADE

SEXO

☐ MASC.

☐ FEM.

CLÍNICA

☐ AMBULATÓRIO

☐ INTERNADO

ENDEREÇO

DADOS CLÍNICOS

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)

RX EXAME

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Robson do R. Brito
Médico da Família
Clínica e Saúde Mental
CRM 3493

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)



**GOVERNO
DO PIAUÍ**

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]



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE

ASSEPLAN- Centro de Informações de Saúde

FOLHA DE EVOLUÇÃO
PRESCRIÇÃO

MUNICIPIO

UNIDADES:

ASSEPLAN- Centro de Informações de Saúde

AGENOR DE SA BARBOSA Neto

LENS:

1. **Vertragspartner:**

04/01

REGISTRATION:

RÚBRICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

HORÁRIO MEDICAÇÃO

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

Os 20 30 cliente com
submetido ao exame
Exame físico de
exatidão de medida com
contusão em ombro
parte da sua lateral
e um pouco de dor no
movimento de elevação

٥٠٠

Informação de Contatos
 Clínica de Saúde Mental
 (04) 3493

ENF:

LEITO:

REGISTRO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

RÚBRICA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO - HRLM

Prça Monsenhor Bazon, 210 - Centro - CEP: 64.100-000 - Teresina - PI
Fone: (86) 3242-1136 / Fax: (86) 3242-1114
CNPJ: 06.563.554/0002-19
E-mail: hrlm@hrlm.com



Hospital Regional
Leonidas Melo

NOME DO PACIENTE: <u>Agostinho de S. Barbosa Neto</u>		ENFERMARIA/LEITO	FOLHA DE PRESCRIÇÃO
NOME DO MÉDICO:		06/01	Nº PRONTUÁRIO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HISTÓRIA ADMINISTRATIVA / MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES
	# <u>Acidente Motorístico</u> #		06/12/2017 - 14h
	ED: <u>ALTA HOSPITALAR</u>		8h30 Presença de dor no
	<u>Tórax AINES, anti coag.</u>		de dor no tórax
	<u>- An. PSE</u>		emba. tórax dor no
			movimento. Aguardando
			Rx.
			09/10 fei realizado exames
	Rx = <u>Fratura de Plaviscando D</u>		Rx - <u>Francisco Marcelino de</u>
	CD = <u>Rigidez peti</u>		<u>Alta. Exatidão</u>
	H		<u>Confirmação</u>
	201905170114810		SUS: 70414810
			09/11/25 Paciente
			transfere para
			PIPIPI



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: ☐ ☐ ☐ ☐

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

CIRURGIÃO: Dr. Felipe AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Erick INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

paciente em MM. de praxi sob estudo com
fract. + frax. rep.
fract. articular de regis. de humero +
distal. Blo. + frax. ad. humero
Redução de fractos e frax. / placa +
parafusos
tubo 30
feito por placa
ultrao
fract. hum. - 5

MÉDICO (CARIMBO ASSINADO)
DR. FELIPE VERNER PAGONDELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 | SBUS 05735/16 | RQE 2095



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

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME <i>Agnes de Sá Barbosa Neto</i>							
DATA		ENFERMIA				CLÍNICA	
IDADE	SEXO ☐ M ☐ F	COR	PESO (KG)	ALTURA (CM)	ASA	MALLAMPATTI	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
TIPO DE CIRURGIA <i>Hx Cir Frot clavicula</i>							
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 <i>1h</i>	ESTADO FÍSICO	ECG	RX TÓRAX		ANESTESIA PROPOSTA <i>Benzvic</i>	ELETIVA ☐	URGÊNCIA ☐

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	☐ SIBLOS	ANSIOSO	
☐ DESIDRATADO	☐ HIPOTENSÃO ARTERIAL	☐ BRONCOESPASMO	AGITADO	
☐ ICTÉRICO	☐ CHOQUE	☐ RONCO / ESTERTORES	COMA	
☐ ANICTÉRICO	☐ RITMO CARDÍACO R 2 T	☐ TOSSE	ISOCORIA	
☐ CIANÓTICO	☐ ARRITMICO	☐ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	ANISOCORIA	
☐ ACIANÓTICO	☐ EXTRASSÍSTOLES	☐ SUDORESE	DÉFICIT 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				

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

PROGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA	DOSE	TÉCNICA ANESTÉSICA	MONITORIZAÇÃO	
A 2.20h no	2	Bloqueio P. Escapula	☐ E.C.G. ☐ SPO, ☐ P.I.A.	
B 13.4h no c/v	13.4		☐ P.N.I. ☐ CO, ☐ AGENTES	
C 10.4h no	10.4		INTERCORRÊNCIAS	
D 01	01			NÃO
E 05.4h no	5.4			
F				
G				
H		☐ T.O.T. N°: ☐ T.N.T. N°:	☐ M. LARÍNGEA N°: ☐ M. FACIAL:	
I		INÍCIO	FIM	
J			DURAÇÃO	
K		SF:	RL:	
L		RS:	SG:	
M		CH:	PL:	
N		ANESTESISTA	CIRURGIÃO	
O				
P				

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA		
HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ANOTAÇÕES

ALTA PARA ENFERMARIA	MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

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
Sexo: MASCULINO

Senha 9

SUS



AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO

Data: 10/11/1991 Idade: 27 ANOS, 6 MESES, 7 DIAS Profissão: CPF: - RG: 3947587 - SUS: 704200772121686

QUIZEIRO, O -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BARRAS/PI

Civil:

CEP: 64100-1

Telefone: () -

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA DA

Pal:

Classe: 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 MEDICA 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:

Indicação:

fratura por queda de
moto ciclo 16/05/19
e trat. de urgência
col: intermédios

Procedimentos/exames realizados:

Anotação de enfermagem

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CIRURGIA DO TRAUMA

ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA

CRM PI 4427 | SBUS 05785/16 | 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: <i>Agner de Sá Barbosa Neto</i>			
ENFERMAGEM	LEITO	CIRURGIÃO	ANESTESISTA
		<i>Dr. F</i>	<i>Dr. Erick</i>
CIRURGIÃO			
INÍCIO	TÉRMINO	ANESTESIA	
<i>15:20</i>	<i>16:15</i>	<i>Bloqueio</i>	

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	MICROPORÉ			FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			ESPARADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12	X	02	FIOS CIRÚRGICOS			GLUCONATO DE CÁLCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON Nº 0			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON Nº 1			NITROPRUSSATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON Nº 2			PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON Nº 3	X	02	METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON Nº 4			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON Nº 5			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 1 ML			MONONYLON Nº 6			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML			MONONYLON Nº 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML	X	01	VICRYL Nº 0					
SERINGA 20 ML	X	02	VICRYL Nº 1	X	01	ANTIBIÓTICOS		
SERINGA 50 ML			VICRYL Nº 2	X	01	AMPICILINA		
SERINGA 80 ML			VICRYL Nº 3			CEFALOTINA		
CATETER JELCO Nº 14			VICRYL Nº 4			CEFALOXINA		
CATETER JELCO Nº 16			VICRYL Nº 5			CEFTRIAXONA		
CATETER JELCO Nº 18			VICRYL Nº 6			GENTAMICINA		
CATETER JELCO Nº 22			CAT GUT SIMPLES Nº			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO Nº 24			CAT GUT SIMPLES Nº					
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO Nº			SOROS		
SCALP Nº 19			CATGUT CROMADO Nº			FISIOLÓGICO 250ML		
SCALP Nº 21						FISIOLÓGICO 500ML	X	02
SCALP Nº 23			SOLUÇÕES			GLICOSADO 5% 250ML		
SCALP Nº 25			ALCOOL 70%	X	30	GLICOSADO 5% 500ML		
SCALP Nº 27			ALCOOL 90%			RINGER LACTADO 500ML		
EQUIPO INV. LATERAL			PVPi TÓPICO			MANITOR		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			PVPi DEGERMANTE					
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS			ALCOOL IODADO			PSICOTRÓPICOS		
EQUIPO MACROGOTAS			ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAM 15MG		
EQUIPO MICROGOTAS			VASELINA LÍQUIDA			MIDAZOLAM 50MG		
EQUIPO DE SANGUE			FORMOL			DOMOTIDOLASSAL		
DRENO DE PENROSE Nº			CHLOROXIDINA <i>descontada</i>	X	60	FENTANIL FRASCO		
DRENO DE SUÇÃO Nº			<i>descontada</i>	X	20	FENTANIL AMPOLA		
DRENO DE TÓRAX Nº			ANESTÉSICOS			PROPOFOL		
UROFIX SIST. ABERTO			XYLOCAINA GEL			HALOTANO		
UROFIX SIST. FECHADO			XYLOCAINA SPRAY			ENFLURANO		
ELETRODOS			XYLOCAINA 2% SV	X	01	ISOFLURANO		
LÂMINA Nº 11			NEOCAINA PESADA			SEVOFLURANO 100MG		
LÂMINA Nº 15			NEOCAINA 0,5% S/V	X	01	SEVOFLURANO 250MG		
LÂMINA Nº 24			NEOCAINA 0,5% C/V	X	01	THIOPENTAL 1g		
LUVA ESTÉRIL 6,0			BUPIVAICAINA 5 MG			THIOPENTAL		
LUVA ESTÉRIL 7,0	X	04				NARCAN		
LUVA ESTÉRIL 7,5			MEDICAMENTOS					
LUVA ESTÉRIL 8,0	X	02	ADRENALINA			TAXA EQUIPAMENTO		
LUVA ESTÉRIL 8,5			AMINOFILINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR)	X	06	ATROPINA			ASPIRADOR		
SONDA DE FOLLEY			ÁGUA DESTILADA	X	03	AR COMPRIMIDO (H)		
TUBO OTOTRAQUEAL			BUSCOPAN			MICROSCÓPIO		
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			CEDILANIDE			RX EM SALA		
SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº			HIDROCORTISONA 100MG			MONITOR CARDIACO		
SONDA GÁSTRICA Nº			HIDROCORTISONA 500MG			OXÍMETRO DE PULSO		
CERA ÓSSEA			KCL			CARRO DE ANESTESIA		
SURGICEL			NaCl 10%			OXIGÊNIO (H)		
TELA DE PROLENE			NaCl 20%					
ATADURA DE CREPON Nº			DEXAMETASONA			OUTROS		
COMPRESSA	X	06	DIPIRONA					
COMPRESSA DE GAZES	X	03	DOBUTAMINA					
ALGODÃO ORTOPÉDICO			EFORTIL					

DATA	INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE
<i>18/05/19</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>



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. Bonfante Neto

DIAGNÓSTICO: Fract. deslocada

CID:

CIRURGIÃO: Artroscopia Fract. deslocada

PROCEDIMENTO:

CIRURGIÃO: M. Felipe

AUXILIAR:

ANESTESISTA: M. Erick

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

Exame pré-operatório com radiografia de perfil do joelho com
fratura + artroscopia
Anestesia geral com sedação profunda
Punção de fratura e punção de plano
Artroscopia
Fechamento da fratura com placa
Fechamento da fratura com placa
Fechamento da fratura com placa

MÉDICO / CIRURGIÃO ASSOCIADO
DR. FELIPE VERNER FAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 | SBUS 05785/16 | RQE 2095

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
2 - CNES
2777746
4 - CNES
2777746

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE
AGENOR DE SA BARBOSA NETO
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
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO
O quadro de
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
trauma e CF + H
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
fract. de nucha
21 - CID PRINCIPAL
22 - CID SECUNDÁRIO
23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
ortopedia fratura de nucha
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA
CLINICA MEDICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGENCIA
28 - DOCUMENTO
CNS (x) CPF
29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
6719038338
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Felipe Verner Pagnoncelli
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
17/05/2019
32 - ASS. E CARIMBO (N° DO CRM)
DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, ACIDENTES DE TRABALHO, ACIDENTES DOMÉSTICOS, ACIDENTES COM MÚSCULOSQUELÉTICA)
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - CNPJ EMPRESA
38 - CNAE EMPRESA
39 - CBOR
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
46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS (x) CPF 20928319334
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

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: () -

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA DA ROCHA

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

Diagnóstico Inicial: # - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

fratura por queda de nariz
e dor no membro

Diagnóstico Provável

fratura de nariz

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CIRURGIA DO TRAXOMA

ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA

CRM PI 4427 / SBLIS 05285/16 / RQE 2175

PROFISSIONAL



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



Pág.:

PACIENTE: 1019790 - AGEMOR DE SA BARBOSA NETO

IDADE: 28 Anos

SUS

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA

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 INJETAVEL	1,00	FRAMPENDOVENOSA (EV)	1X DIA		
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 2095

PROFISSIONAL



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

AV. ERL. PADUA MENDES, 300 - CENTRO

64260-000, PIRIPIRI/PI

CNPJ: 06553564000480

TELEFONE: (86) 3276-3362

Impresso: 18/05/2019 - 07:21:48

Pág.: 1/1



paciente: 1018799-AGENOR DE SÁ BARBOSA NETO

27 ANOS, 6 MESES, 7 DIAS

UF: PI - CID: 07 - CLINICA MEDICA - LEITO: CM0702

ADMISSÃO: 17/05/2019

DIAS INTERNADO: 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/05/2019 - 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 AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

HETA LIVRE

CESSO SOROLIZADO	1,00						
ENOXICAN 40MG PO LIOFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00 FRAM	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA				12
ASPIRINA 1G AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H				12

SVV + CCGG

Handwritten notes:
 claudicação 16 + AD a 6/6h
 framax 100 mg + 100 mg 5/5h, 9/9h
 Plavix 10 mg + MG 8/8h 5/5h
 12
 12
 12

18/05/19 as 15h médico Pedro CC
 para realizar osteossintese de Clavícula
 D. let. reg. comorbidades. Oper.
 dentro de 15:20 as 16:15 e
 não houve intercorrências

Francisco Lucas Alves de Andrade
 Enfermeiro
 COREN - PI 530.598

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CIRURGIÃO DE TRAUMA
 ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
 CRM PI 4427 | SÓ S.O. PROFISSIONAL