



Número: **0801680-46.2019.8.18.0033**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara da Comarca de Piripiri**

Última distribuição : **03/08/2019**

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

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                        |                    | Procurador/Terceiro vinculado           |                         |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
| GIL CELIO DE MENESES FONTENELE (AUTOR)                        |                    | HIGOR PENAFIEL DINIZ (ADVOGADO)         |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                    |                                         |                         |
| Documentos                                                    |                    |                                         |                         |
| Id.                                                           | Data da Assinatura | Documento                               | Tipo                    |
| 10254<br>121                                                  | 15/06/2020 13:28   | <a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Declaração de Inexistência de IML



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

Nº do sinistro ou AS: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 396.211.893-49 Nome completo da vítima: GIL CELSO DE MENESES FORTENELE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - ROLAR SUSP Nº 445/2012

Nome completo: GIL CELSO DE MENESES FORTENELE CPF: 396.211.893-49

Profissão: AJUDANTE DE URBANISMO Endereço: RS. HERACLITO FORTES - Q-02 Número: 36 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: BRASILEIRA Estado: RJ CEP: 64.265-000

E-mail: condequian@hotmail.com Tel (DDD): (86) 99823-6360

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

RENDAS MENSAL:  
☒ R\$ 0,00 ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA)

☐ CONTA POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (3410) ☐ Banco do Brasil (0010) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5808 CONTA: 0007043 2

(Informar o dígito se existir) (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.

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.

Refo 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ 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

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.

Local e Data: PIRAPARA - RJ, 13/02/2019

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura

CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROLAR

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não apto para assinar deverá escolher outra pessoa apta para assinar, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROLAR, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:28:49

Num. 10254121 - Pág. 1

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151328494040000009738382

Comprovante de residência



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GIL CELIO DE MENESES FONTENELG

RG nº 1.129.856, data de expedição 29/03/89 Órgão SSPP

CPF nº 396.211.893-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RS. MGRACILTO FORTES - Q-02</u> |
| Número                            | <u>CASA 16</u>                     |
| Apto / Complemento                |                                    |
| Bairro                            |                                    |
| Cidade                            | <u>BRASILEIRA</u>                  |
| Estado                            | <u>PIAUÍ</u>                       |
| CEP                               | <u>64.265-000</u>                  |
| Telefone de Contato               | <u>(86) 99823-6360</u>             |
| E-mail                            | <u>carvungen@hot-mail.com</u>      |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PIRIPIRI-PI, 11/02/2019

Assinatura do Declarante: Gil Celio de Menezes Fontenel





Para mais informações  
ligue para o 0800-0660600

0792978-1

COMPANHIA PARANENSE DE ENERGIA  
Av. Raimundo 1.511 - Centro Novo - Curitiba - PR  
CNPJ: 06.907.400/0001-90 | Ins. Estadual: 16.101.348-8  
Atividade: 49.20-0/00 - Atividade de distribuição de energia elétrica  
Tabela Tarifária de Distribuição de Energia Elétrica - TDEE 2018

(Código de Faturamento) 015516924

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE 2018  
pela Lei nº 10.428 de 24 de abril de 2002

DEZEMBRO/2018

01-01-2019

62

59,07

FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE  
RS HERACLITO FORTES 16 Q-02 B-URBANO  
CPF: 00072685670300  
CEP: 64.265-000 - BRASILEIRA

ROT: 337.315.17.55.021700

|                        |        |              |
|------------------------|--------|--------------|
| Unidade Consumidora    | 4203   | 24/12/2018   |
| Abastecimento          | 4641   | 26-11-2018   |
| Abastecimento          | 1,000  | 22-01-2019   |
| Anterior               | 62     | 21-12-2018   |
| Constante de Regulação | 62     | 24-12-2018   |
| Consumo Medido         | FCAM   | Emissão      |
| Consumo Faturado       | NORMAL | Apresentação |
|                        |        | 28           |

RESIDENCIAL MONO FASE 1445143 DISMUNDO 1:1:1:1 Medida 63

|                       |       |                                   |         |          |       |
|-----------------------|-------|-----------------------------------|---------|----------|-------|
| NOV/18                | 54,51 | CONSUMO                           | 62 A-RS | 0,879255 | 54,51 |
| OUT/18                | 4,56  | CONTR. ILUMINACAO PUBLICA (COSIP) |         |          | 4,56  |
| SET/18                | 67    | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA        |         | 0,08     |       |
| AGO/18                | 52    |                                   |         |          |       |
| JUL/18                | 59    |                                   |         |          |       |
| JUN/18                | 69    |                                   |         |          |       |
| MAI/18                | 61    |                                   |         |          |       |
| ABR/18                | 57    |                                   |         |          |       |
| MAR/18                | 36    |                                   |         |          |       |
| FEV/18                | 56    |                                   |         |          |       |
| TARIFA SOC. TRIBUTOS: |       |                                   |         |          |       |
| 18 A 62 - P. 0,0000   |       |                                   |         |          |       |

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR  
ME RESOLUCAO N° 2.490/2018. O CONSUMIDOR DEVE PAGAR A FATURA DE  
LIGUE 0800 066 0600 E FAÇA OPÇÃO VERIFICANDO 1-5-10-15-20-25  
Parabéns! Até o dia 21-12-2018, não constataremos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

C151.F2E6.D00E.5CD1.AA0C.C6AB.6894.F4C4

|               |       |        |
|---------------|-------|--------|
| DEZEMBRO/2018 | 10,86 | 54,51  |
| DEZEMBRO/2018 | 20,62 | 22,00% |
| Distribuição  | 3,24  | 11,99  |
| Energia       | 3,28  | 0,80   |
| Transmissão   | 16,51 | 3,72   |
| Encargos      |       |        |
| Impostos      |       |        |

6,03 12,06 24,12 3,49 6,88 13,95 3,54  
0,00 0,00 0,00

PIRIPIRI

10/2018

24,20

ROT: 337.315.17.55.021700

0792978-1

59,07





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Declaração do proprietário do veículo



EU, FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE

RG nº 93.654, data de expedição 24/08/17

Órgão SSPP1, portador do CPF nº 726.856.703-00

com domicílio na cidade de BRASILEIRA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA HORACIO DE SOUSA - CENTRO, nº 807,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

GIL CELSO DE MENESES FONTENELE, cujo o condutor era

GIL CELSO DE MENESES FONTENELE

Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG150 FANESDI Ano: 2014

Placa: PIA-3866 Chassi: 9C2K1680ER578152

Data do Acidente: 13/09/2018

Local e Data: PIRIPIRI - PI, 13/09/2019

Francisca Alzair de Menezes Fontenele

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO | JONATAS MELO

Tabelionato de Notas de PIRIPIRI-PI

= Tabelaria Pública =

Jonatas Márcio Alves Ferreira, fls. - Cartório - PIRIPIRI/PI - Cep 64768-000

PL (85) 3276-4967 - Fax (85) 3276-4967 - Email: cartorio@jonatas.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCA ALZAIR DE

MENESES FONTENELE, DOU, FE, EM TEST. PUBLICADA VERDADE.

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

Total: 4,98 Salor: 0,26 (F39076)

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26

PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Empl.: 3,85 - TJ: 0,77 - FHT: 0,10 - Salor: 0,26





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

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0211891  
Data: 15/09/2018  
Funcionário: ERALDO  
Registro: 82019  
Hora: 14:02:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO  
**Senha 83 SUS**



**GIL CELIO DE MENESES FONTINELE**

Nasc.: 22/11/1970 Idade: 48 ANOS, 6 DIAS

End.: HERACLITO FORTES, 16 -

Cor: SEM

Telefone: ( ) -

Bairro:

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Cidade: **BRASILEIRA/PI**

Pai:

Profissão:

Civil:

CEP: 6426501

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 7257 - BRUNO RAPHAEL BASTOS COELHO

Responsável: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 110X90

**Procedimentos**

15/09/2018 14:02 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉD  
15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

**Queixa principal:** DOR NO BRAÇO

Documentação médico - hospitalar



**Exame clínico/físico:**

**Diagnostico provavel:**

**Medicação:**

**Procedimentos**

**Procedimentos/exames realizados:**

**Anotação de enfermagem:**

Assinado: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

**PROFISSIONAL**



Saúde  
Estado do Piauí



FEPISERH  
Fórum Estadual de Políticas de Saúde

SUS  
Sistema Único de Saúde

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI

E-mail: hcr@saude.pi.gov.br

### RECEITUÁRIO

NOME:

*Aterido*

*Aterido qto Gil Cêus de Moraes  
Fortunel ditare mte mado de  
de 16/09/18 e muerito de  
mais 120 (ento + mte) dias  
de apore mte de hie at -  
Indade*

*5420*

*20/09/18*

Dr. FELIPE VIEIRA PAGNONCELLI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 4427

1.462 (1.462) (assinatura e carimbo)



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS

CL. CH. DE MENESES FONTINELE  
PS 0002 INT

Tec. JAYRA  
Fechar: 18/09/2018 Hora: 11:26

Level 500  
Voltage 1000





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

RETORNO ORTOPÉDICO

NOME:

Cpt Celso de Almeida

RETORNO COM DR.

Renato

EM

3, 10, 18

OU + DIAS

DIAGNÓSTICO

Fract. Clavícula

RECOMENDAÇÕES

curativo diário

usar fêrris americano

Ativos físicos em 15 dias

PIRIPIRI,

20, 9, 18

DR. FELIPE VERNER FAGNONCELLI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 4827





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

H R C R

2. CNES

2177777416

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H R C R

2177777416

## Identificação do Paciente

4. NOME DO PACIENTE

Gil Celio de Menezes Fontenele

5. ID DO PACIENTE

6. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7. DATA DE NASCIMENTO

22/11/70

8. SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

9. NOME DA MÃE

Maria Alzair de Menezes Fontenele

10. ID DO MÃE

11. ID DO MÃE

12. ENDEREÇO

02, n. 16

13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brasília

17. COD. IBGE MUNICÍPIO

18. UF

19. CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Travar progressivo de MM com dor de tipo de melo

21. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Osteoartrite

22. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Artrite f + f + f

23. DIAGNÓSTICO INICIAL

Artrite de melo

24. CID 10 PRINCIPAL

25. CID 10 SECUNDÁRIO

26. CID 10 TERCIÁRIO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27. TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia f + f + f

28. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29. NOME DO PROCEDIMENTO

30. CARACTERIZAÇÃO

31. DOCUMENTO

32. DOCUMENTO

33. DOCUMENTO

34. DOCUMENTO

35. DOCUMENTO

36. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINANTE)

Felipe de Aguiar

37. DATA DA SOLICITAÇÃO

38. ASSINATURA

39. ASSINATURA

40. ASSINATURA

41. ASSINATURA

42. ASSINATURA

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

43. 1. ACIDENTE DE TRÂNSITO

44. 2. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

45. 3. ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

46. CID DA SEGUNDA CAUSA

47. CID DA EMPRESA

48. CID DA EMPRESA

49. CID DA EMPRESA

50. CID DA EMPRESA

51. CID DA EMPRESA

52. CID DA EMPRESA

53. CID DA EMPRESA

54. CID DA EMPRESA

55. CID DA EMPRESA

56. CID DA EMPRESA

57. CID DA EMPRESA

58. CID DA EMPRESA

59. CID DA EMPRESA

60. CID DA EMPRESA

61. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

62. EMPREGADOR

63. AUTÔNOMO

64. DESEMPREGADO

65. APOSENTADO

66. OUTRO

## AUTORIZAÇÃO

67. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

68. COD. ORGÃO EMISSOR

69. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

70. DOCUMENTO

71. Nº DOCUMENTO (CNS-CM) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

72. CNES

73. CNES

74. DATA DA AUTORIZAÇÃO

75. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO



|                |            |
|----------------|------------|
| Identificação: | 1015112    |
| Data:          | 15/09/2018 |
| Hora:          | 19:56      |

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

|        |
|--------|
| Nº AID |
| OTAVIO |

## BOLETIM DE ADMISSÃO

B2019 - GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

- Sexo: MASCULINO - 22/11/1970 - 47 ANOS.9 MESES.23 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: OB02- OBSERVACAO 02 Leito: OB0204 Naturalidade:

Residência: RG: Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI C/N: CNS:

Endereço: Q 2, Nº 16 - CEP: 64265000 Bairro: Telefone ( ) -

Cidade: 2201960 - BRASIL/PI Profissão: Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Responsável: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - ( ) -- O MESMO

Diagnóstico inicial: 9999-CID NÃO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo: *Fract. fechada*

### Resultado

|                                      |                                       |                                    |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado      | <input type="checkbox"/> Removido     | <input type="checkbox"/> +48 Horas |
| <input type="checkbox"/> Melhorado   | <input type="checkbox"/> Pedido       | <input type="checkbox"/> +48 Horas |
| <input type="checkbox"/> Interferido | <input type="checkbox"/> Evasão       | <input type="checkbox"/> Obito     |
| <input type="checkbox"/> Periculado  | <input type="checkbox"/> Indisciplina |                                    |

Transferido

### História Clínica

*Adm. por placa  
de mão, em 02/09/18  
sem desloc. @*

Diagnóstico Provável

*Fract. fechada*

*Dr. Felipe Verner Pagnoncelli  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10111*

PROFISSIONAL



**HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**

AV. DR. PADUA MENDES,  
CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000  
CNPJ: 05553564000480  
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0211891  
Data: 15/09/2018  
Funcionário: ERALDO  
Registro: 82019  
Hora: 14:02:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

**Senha 83****SUS****GIL CELIO DE MENESES FONTINELE**

Nasc.: 22/11/1970 Idade: 47 ANOS, 9 MESES, 23 DIAS Profissão: Civil: CEP: 6426500  
End.: Q 3, 16 - Bairro: Cidade: **BRASILEIRA/PI**  
Com: SEM Telefone: ( ) - Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE Pai:

CPF: - RG: - SUS:

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 7257 - BRUNO RAPHAEL BASTOS COELHO  
Responsável: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 110X90

**Procedimentos**

15/09/2018 14:02 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MED  
15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

**Queixa principal:** DOR NO BRAÇO**Exame clínico/físico:****Diagnostico provavel:**

- Trauma em ombro E.

**Medicação:****Procedimentos/exames realizados:****Anotação de enfermagem**

- Raxio X no Ombro E.

- Diclofenaco - 1 AMP, IM

- Dipirona - 1 AMP, IM

- Parecer da ortopedica.

Tramir por qto de dor  
dor no ombro direito @  
pac: Erivaldo Chaves  
col: internado

DR. FELIPE VERNER PAGANIN  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - 9.447

Dr. Bruno Raphael Bastos Coelho  
Médico  
CRM-PI 7257

**PROFISSIONAL**

Assinal: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE





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 | 2 - C.E.S. |
| H R C R                                 | 2171717141 |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE CLÍNICA  | 4 - C.E.S. |
| H R C R                                 | 2171717141 |

## Identificação do Paciente

|                                                                           |                          |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                      | 6 - NOME DO RESPONSÁVEL  |
| Gil Celio de Menezes Fontinele                                            |                          |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                        | 8 - DATA DE NASCIMENTO   |
|                                                                           | 22/11/70                 |
| 9 - SEXO                                                                  | 10 - TIPO DE CONTATO     |
| MASC <input checked="" type="checkbox"/> 1 FEM <input type="checkbox"/> 3 |                          |
| 11 - NOME DA MÃE                                                          | 12 - TELEFONE DE CONTATO |
| Maria Alzair de Menezes Fontinele                                         |                          |
| 13 - ENDEREÇO                                                             | 14 - TELEFONE DE CONTATO |
|                                                                           |                          |
| 15 - ENDEREÇO COMPLETO, N.º, BAIRRO                                       |                          |
| Q. 2, n.º 16                                                              |                          |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                              | 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO |
| Brasília                                                                  |                          |
| 18 - UF                                                                   | 19 - CEP                 |
|                                                                           |                          |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                     |                       |                        |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                          |                       |                        |                       |
| trabalhar por quebra de Nódulo co.<br>dor em região de nódulo                       |                       |                        |                       |
| 21 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICAVARIA INTERNAÇÃO                                         |                       |                        |                       |
| Osteoartrite                                                                        |                       |                        |                       |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |                       |                        |                       |
| Análise f e f + f                                                                   |                       |                        |                       |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                            | 24 - CID 10 PRINCIPAL | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO | 26 - CID 10 TERCIÁRIO |
| fract. de nódulo                                                                    |                       |                        |                       |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 28 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |
| Dr. Felipe Vitorino Fontinele         | Dr. Felipe Vitorino Fontinele         |
| 29 - DATA DA SOLICITAÇÃO              | 30 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL        |
| 15/09/19                              |                                       |
| 31 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL        | 32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL        |
|                                       |                                       |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                    |                                      |                                       |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 33 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO      | 34 - 2 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | 35 - 3 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO |
|                                    |                                      |                                       |
| 36 - 4 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | 37 - 5 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA   | 38 - 6 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA    |
|                                    |                                      |                                       |

## AUTORIZAÇÃO

|                                       |                                                          |                                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 40 - COD. ORGÃO EMISSOR                                  | 41 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
|                                       |                                                          |                                                  |
| 42 - DOCUMENTO                        | 43 - N.º DOCUMENTO - CENSURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |                                                  |
|                                       |                                                          |                                                  |
| 44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO              | 45 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                           |                                                  |
|                                       |                                                          |                                                  |





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

**Ficha de Atendimento (Acolhimento)**

Atendimento: P0211891  
Data: 15/09/2018  
Funcionario: ERALDO

Registro: 82019  
Hora: 14:02:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO



Senha **83**

**SUS**

**GIL CELIO DE MENESES FONTINELE**

CPF: - RG: - SUS:

Nasc.: 22/11/1970 Idade: 47 ANOS, 9 MESES, 23 DIAS Profissão:

Civil:

CEP: 6426501

End.: Q 2, 16 -

Bairro:

Cidade: **BRASILEIRA/PI**

ISG: 2201960 Cor: SEM

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Pai:

Clinica: **CLINICA MEDICA**

Documento: 7257 - HRCR

Responsavel: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - O MESMO

1

**Procedimentos**

15/09/2018 14:02 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO ME)

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco

☒ Azul - Não Urgente

Motivo de atendimento: DOR NO BRAÇO

**QUEIXA/HISTÓRIA**

PCTE REFERINDO DOR EM MSE APÓS QUEDA DE MOTO DIA ANTERIOR

**OBSERVAÇÃO**

**SINAIS VITAIS**

PA: 110X90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NEGA

**MEDICAÇÃO USUAL**

**CONDUTA**

AVALIAÇÃO CLINICA

*Giulia Amorim*  
Enfermeira  
COREN-PI 352814

PROFISSIONAL

Responsavel: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:28:49

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061513284940400000009738382>

Número do documento: 20061513284940400000009738382

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
FACULDADE DE MEDICINA  
HOSPITAL DE CLÍNICA  
RUA SCS 1000 - 20050-010  
RIO DE JANEIRO, RJ 20050-010  
FONE: (21) 3938-3300



PACIENTE: 1015132-GIL CELSO DE N. CONTINUED  
ENFERMARIA: EM07-CLINICA MEDICA LEI.  
IDADE: 48 ANOS  
ADMISSÃO: 15/09/2018  
DIAS INTERNADO: 5

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

20/09/2018 - 07:55:56

|                 |      |
|-----------------|------|
| DIETA LIVRE     |      |
| ALTA HOSPITALAR | 1,00 |

DR. HILPE VERNER RODRIGUES  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - RJ 6622  
PROFISSIONAL





HOSPITAL REGIONAL CIRURGIAS RODRIGUES  
AV. DR. PAQUA N.º 1015, 300 - CLINIRO  
64260-000, PIRIPIRI/PI  
CNPJ: 0635356/000480  
TELEFONE: (86)



Impresso: 14/06/2020 13:28

Pág.: 1

PACIENTE: M15112-AGIL CÉLIO DE MENESES FONTINELE

IDADE: 48 Anos

SUS

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LETO:CM0701

ADMISSÃO: 15/09/2018

DIAS INTERNADO: 4

19/09/2018 - 11:25:56

DIETA ZERO

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                             |                            |                 |          |
|---------------------------------------------|----------------------------|-----------------|----------|
| ACESSO SOLICITADO                           | 1,00                       |                 |          |
| TIROMONCAN 20MG POLIVITAMINADO              | 1,00 FRAMP/ENDOVENOSA (EV) | 12/12H          |          |
| MEFENAMOL                                   | 1,00 UN                    | ENDOVENOSA (IV) | 06/06H   |
| DIPYRONA 16 AMP                             | 2,00 AMP                   | ENDOVENOSA (EV) | 35GS/MIN |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% SODIUM SÉTIMA FICHADO | 1,00 TRA                   | ENDOVENOSA (EV) | 35GS/MIN |
| SORO GLICOSADO 50MG/ML 5% SODIUM            | 1,00 FRAMP/ENDOVENOSA (EV) | 06/06H          |          |
| CEFALOTINA 1G (IN)                          | 1,00 AMP                   | ENDOVENOSA (IV) | 08/08H   |
| CLINDAMICINA 300MG/ML (IN)                  |                            |                 |          |
| SSV + CCG                                   |                            |                 |          |

9:30: PA: 110/60 mmHg  
FC: 36 bpm  
26:30: PA: 120/80 mmHg  
FC: 36 bpm  
26:30: PA: 120/80 mmHg  
FC: 36 bpm

PROFISSIONAL

2-127

PG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



**HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**  
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO  
64260-000, FIRIPIRI/PI  
CNPJ: 06553564000480  
TELEFONE: (86) 3333-1111



INTESSOR: 18/09/2018

Pág. 1/1

PACIENTE: 1015112-GH. CELIO DE MENESES FONTINELLE  
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LETO: CM0701 ADMISSÃO: 15/09/2018 IDADE: 48 Anos SUS DIAS INTERNADO: 3

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/09/2018 - 10:57:00

DIETA: ZEIRO

|                                            |      |                    |                 |           |  |
|--------------------------------------------|------|--------------------|-----------------|-----------|--|
| ACESSO SOLICITADO                          | 1,00 |                    |                 |           |  |
| TEORICAN 25MG PO UOILHO 7/SOLUÇÃO          | 1,00 | FRAMPENDONOSA (LV) | 17/12H          |           |  |
| INUTENIL                                   | 1,00 | UN                 | INDOVENOSA (FV) | 06/06H    |  |
| DIPRIRINA 16 AMP                           | 2,00 | AMP                | INDOVENOSA (EV) | 35GT5/MIN |  |
| SOLUC FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SBT MALT CHMO | 1,00 | FRA                | INDOVENOSA (EV) | 35GT5/MIN |  |
| SOLUC FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SBT MALT CHMO | 1,00 | FRA                | INDOVENOSA (EV) | 35GT5/MIN |  |
| CEFAZOTILINA 1G IM                         | 1,00 | FRAMPENDONOSA (LV) | 06/06H          |           |  |
| GFATO ALTIMA 60MG/MIL 2MIL                 | 3,00 | AMP                | ENDOVENOSA (EV) | 08/06H    |  |
| SSVA - CCZC                                |      |                    |                 |           |  |

OT 180225 - O sang 110ml 4037 iBrdm

2018-09-18 10:57:00  
Dr. Celio de Menezes Fontinelle  
Enfermeiro  
Enfermeiro

PROFISSIONAL

celio de menezes fontinelle

P.A: 120x80mmHg  
Tax: 36,1°C  
F: 100/min



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

RELATÓRIO DE ANESTESIA

|                                                       |                                                                |                   |            |                     |          |                                              |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------|------------|---------------------|----------|----------------------------------------------|
| NOME: <u>Ed Cléo de Oliveira Varancho</u>             |                                                                |                   |            |                     |          |                                              |
| DATA:                                                 |                                                                | ENFERMARIA:       |            |                     | CLÍNICA: |                                              |
| IDADE:                                                | SEXO:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | COR:              | PESO (KG): | ALTURA (CM):        | ASA:     | MALLAMPATTI:                                 |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:<br><u>Doença de Lúpus</u> |                                                                |                   |            |                     |          |                                              |
| TIPO DE CIRURGIA:<br><u>Trans. cingul</u>             |                                                                |                   |            |                     |          |                                              |
| MEDICAMENTOS EM USO:<br><u>N</u>                      |                                                                |                   |            |                     |          |                                              |
| TEMPERATURA:                                          | PRESSÃO ARTERIAL:                                              | FREQ. CARDÍACA:   | HTM:       | HTC:                | HB:      | LEUCOMETRIA:                                 |
| GLICEMIA:                                             | URÊIA / CREATININA:                                            | SÓDIO / POTÁSSIO: | PLAQUETAS: | TAP / TTPA / RNI:   | OUTROS:  |                                              |
| ALERGIAS:<br><u>N</u>                                 |                                                                |                   |            |                     |          |                                              |
| COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES:                |                                                                |                   |            |                     |          |                                              |
| TEMPO DE JEJUM:                                       | ESTADO FÍSICO:                                                 | ECG:              | RX TORAX:  | ANESTESIA PROPOSTA: | ELETIVA  | URGÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> |

| ECG                                                  | AP. CARDIOVASCULAR                                       | AP. RESPIRATÓRIO                                    | SIST. NERV. CENTRAL                          | OBS. COMPLEMENTARES |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BOM ESTADO GERAL | <input checked="" type="checkbox"/> HEMODINÂMICA ESTÁVEL | <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEIA         | <input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO |                     |
| <input type="checkbox"/> ESTADO GERAL REGULAR        | <input type="checkbox"/> HEMODINÂMICA INSTÁVEL           | <input checked="" type="checkbox"/> MV FISIOLÓGICO  | <input type="checkbox"/> LÚCIDO              |                     |
| <input type="checkbox"/> ESTADO GERAL PRECÁRIO       | <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA                     | <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA                 | <input type="checkbox"/> ORIENTADO           |                     |
| <input type="checkbox"/> CORADO                      | <input type="checkbox"/> BRADICARDIA                     | <input type="checkbox"/> DISPNEIA                   | <input type="checkbox"/> SONOLENTO           |                     |
| <input type="checkbox"/> DESCORADO - PÁLIDO          | <input type="checkbox"/> PRESSÃO ARTERIAL NORMAL         | <input type="checkbox"/> MV DIMINUIDO               | <input type="checkbox"/> DESORIENTADO        |                     |
| <input type="checkbox"/> HIDRATADO                   | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL            | <input type="checkbox"/> SIBLOS                     | <input type="checkbox"/> ANSIOSO             |                     |
| <input type="checkbox"/> DESIDRATADO                 | <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ARTERIAL             | <input type="checkbox"/> BRONCOESPASMO              | <input type="checkbox"/> AGITADO             |                     |
| <input type="checkbox"/> ICÉTERICO                   | <input type="checkbox"/> CHOQUE                          | <input type="checkbox"/> RONCO / ESTERTORES         | <input type="checkbox"/> COMA                |                     |
| <input type="checkbox"/> ANICTÉRICO                  | <input type="checkbox"/> RIMO CARDÍACO R 2T              | <input type="checkbox"/> TOSSE                      | <input type="checkbox"/> ISOCORIA            |                     |
| <input type="checkbox"/> CIANÓTICO                   | <input type="checkbox"/> ARRITMICO                       | <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA | <input type="checkbox"/> ANISOCORIA          |                     |
| <input type="checkbox"/> ACIANÓTICO                  | <input type="checkbox"/> EXTRASSÍSTÓLES                  | <input type="checkbox"/> SUDORESE                   | <input type="checkbox"/> DÉFICIT MOTOR       |                     |

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

|      |    |     |    |     |
|------|----|-----|----|-----|
| SMB  | TC | FC  | FR | PA  |
| P.A. | 40 | 240 |    | 240 |
| X    |    | 220 |    | 220 |
| ANE  |    | 200 | 40 | 200 |
| X    | 38 | 180 |    | 180 |
| CP   |    | 160 |    | 160 |
| T.C. |    | 140 | 30 | 140 |
| ★    | 37 | 120 |    | 120 |
| FC   |    | 100 | 20 | 100 |
| FR   |    | 80  |    | 80  |
| ▲    | 36 | 60  |    | 60  |
| SPO  |    | 40  | 12 | 40  |
| ▲    | 35 | 20  |    | 20  |
| PA   |    | 3   |    | 3   |
| X    | 34 | 0   | 0  | 0   |

ESPONTÂNEA  
ASSISTIDA  
CONTROLADA

LEGENDA

POSIÇÃO

| DRUGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA | DOSE | TÉCNICA ANESTÉSICA                                                  | MONITORIZAÇÃO                                                                                                        |
|-----------------------------|------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A Cefazolin 1g              |      | Bloc plexo bra q.                                                   | <input type="checkbox"/> E.C.G. <input checked="" type="checkbox"/> SPO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> P.I.A. |
| B                           |      | lidocana 1% 30ml                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> P.N.I. <input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> AGENTES |
| C                           |      |                                                                     | INTERCORRÊNCIAS                                                                                                      |
| D                           |      |                                                                     |                                                                                                                      |
| E                           |      |                                                                     |                                                                                                                      |
| F                           |      |                                                                     |                                                                                                                      |
| G                           |      |                                                                     |                                                                                                                      |
| H                           |      | <input type="checkbox"/> T.O.T.N. <input type="checkbox"/> T.N.T.N. | <input type="checkbox"/> M. LARÍNGEA N. <input type="checkbox"/> M. FACIAL                                           |
| I                           |      | INÍCIO                                                              | FIM                                                                                                                  |
| J                           |      |                                                                     | DURAÇÃO                                                                                                              |
| K                           |      | SF:                                                                 | RL:                                                                                                                  |
| L                           |      | RS:                                                                 | SG:                                                                                                                  |
| M                           |      | CH:                                                                 | PL:                                                                                                                  |
| N                           |      | ANESTESISTA                                                         | CIRURGIÃO                                                                                                            |
| O                           |      | Eduardo                                                             | Lea L                                                                                                                |
| P                           |      |                                                                     |                                                                                                                      |

| RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA |                   |                               |
|----------------------------|-------------------|-------------------------------|
| HORA                       | PRESCRIÇÃO MÉDICA | ANOTAÇÕES                     |
|                            |                   |                               |
|                            |                   |                               |
|                            |                   |                               |
|                            |                   |                               |
|                            |                   |                               |
|                            |                   |                               |
|                            |                   |                               |
|                            |                   |                               |
| ALTA PARA ENFERMARIA       |                   | MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA |
|                            |                   |                               |
|                            |                   |                               |





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL DE CLÍNICA  
RUA DE SÃO JORDÃO, 96 - JARDIM  
64201-907 - RIO DE JANEIRO, RJ  
CNPJ: 08.555.356/0004881  
TELEFONE: (08) 3276-3362



Pág: 1/1

PACIENTE: 1035112-GIL CELO DE MENESES FONTINELLE IDADE: 48 Anos SUS  
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO: CM0701 ADMISSÃO: 15/09/2018 DIAS INTERNADO: 7

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

17/09/2018 - 07:28:55

DIETA LIVRE

|                                     |      |                      |
|-------------------------------------|------|----------------------|
| ACESSO SOROLIZADO                   | 1,00 |                      |
| 1 ENOXACINA 20MG PO JOHLO E/SOLUÇÃO | 1,00 | FRAMFENDOVANOSA (FV) |
| INIEJAVEL                           |      | 12/12H               |
| ORFONNA 1G AMP                      | 1,00 | UN ENDOFENOSA (EVI)  |
|                                     |      | 05/06H               |
| SSV + CCGG                          |      |                      |

16:30:14: 170/60mmHg  
16:30:14: 36% glicemia  
16:30:14: 120/60mmHg  
16:30:14: 35% glicemia

PA: 120x80mmHg  
F: 60bpm  
T: 36,5°C  
COEFICIENTE DE SATURACAO: 98%  
COREN RJ 100.175

Dr. Ednan Soares Coutinho  
MÉDICO  
CRM/RJ 5356

PROFISSIONAL





HOSPITAL REGIONAL TERESOPOLIS  
AV. DR. PADUA MACHADO, 200 - CENTRO  
64.260-000, TERESOPOLIS  
CNPJ: 06.553.564/000480  
TELEFONE: (86) 3276-3362

07/02



TERESOPOLIS, RJ - 2018

PACIENTE: 1015112-GIL CELIO DE MENESES FONTINELE  
ENFERMARIA: 0802-OBSERVACAO 02 LEITO: 080204 ADMISSÃO: 15/09/2018 IDADE: 48 ANOS SUS DIAS INTERNADO: 1

16/09/2018 - 09:21:38

DIETA LIVRE

|                                                |      |                    |               |               |
|------------------------------------------------|------|--------------------|---------------|---------------|
| ALISSO SOROLIZADO                              | 1,00 |                    |               |               |
| TENDONICAN 20MG PÓ LÍQUIDO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL | 1,00 | FRAMFENDONOSA (EV) | 12/12H        | 10:00 - 10:00 |
| DIPHONIA 1G AMP                                | 1,00 | UN                 | ENDONOSA (EV) | 06/06H        |
| SSV + CCGG                                     |      |                    |               | 10:00 - 10:00 |

TERESOPOLIS, RJ - 2018  
16/09/2018 09:21:38  
GIL CELIO DE MENESES FONTINELE  
0802-OBSERVACAO 02

PA 16:00 kpa 55mmHg  
TA 140x80 mmHg  
TAX = 36b.p.c

BRUNO VIANA PINHEIRO  
Osteodonta e Radiatologia  
PROFISSIONAL



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

BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

Paciente: Gal. Celio de Azevedo Fontinele  
ENFERMIA: 101. Renato Jorge ANESTESISTA: 101. Eduardo  
CIRURGIA: Hernioplastia  
INÍCIO: 10:30 TÉRMINO: 10:50 ANESTESIA: Hernioplastia

| 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       | 03         | MICROPÓRE              |         |            | FUROSEMIDA/PROMETAZINA |         |            |
| AGULHA 30 x 7             |         |            | EDPARADRAPO            | X       |            | GLICOSE 25%            |         |            |
| AGULHA 30 x 8             |         |            |                        |         |            | GLICOSE 50%            |         |            |
| AGULHA 40 x 12            |         |            | <b>FIOS CIRÚRGICOS</b> |         |            | GLUCONATO DE CÁLCIO    |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 20G x 3   |         |            | MONONYLON N° 0         |         |            | HEPARINA               |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 22G x 2   |         |            | MONONYLON N° 1         |         |            | NITROPRUSSATO          |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 22G x 3   |         |            | MONONYLON N° 2         |         |            | PROSTIGMINE            |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 25G x 3   |         |            | MONONYLON N° 3         | X       | 01         | METOCLOPRAMIDA         |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 26G x 3   |         |            | MONONYLON N° 4         |         |            | SUCCINILCOLINA         |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 27G x 3   |         |            | MONONYLON N° 5         |         |            | SULFATO DE MAGNÉSIO    |         |            |
| SERINGA 1 ML              |         |            | MONONYLON N° 6         |         |            | METILPREDNISOLONA      |         |            |
| SERINGA 5 ML              |         |            | MONONYLON N° 7         |         |            | DICLOFENACO            |         |            |
| SERINGA 10 ML             |         |            | VICRYL N° 0            |         |            | <b>ANTIBIÓTICOS</b>    |         |            |
| SERINGA 20 ML             | X       | 02         | VICRYL N° 1            |         |            | AMPLICILINA            |         |            |
| SERINGA 50 ML             |         |            | VICRYL N° 2            |         |            | CEFALOXINA             | X       | 01         |
| SERINGA 60 ML             |         |            | VICRYL N° 3            | X       | 01         | CEFOTRAXONA            |         |            |
| CATETER JELCO N° 14       |         |            | VICRYL N° 4            |         |            | GENTAMICINA            |         |            |
| CATETER JELCO N° 16       |         |            | VICRYL N° 5            |         |            | METRONIDAZOL           |         |            |
| CATETER JELCO N° 18       | X       | 01         | VICRYL N° 6            |         |            | <b>SOLUÇÕES</b>        |         |            |
| CATETER JELCO N° 22       |         |            | CAT GUT SIMPLES N°     |         |            | FISIOLÓGICO 250ML      |         |            |
| CATETER JELCO N° 24       |         |            | CAT GUT SIMPLES N°     |         |            | FISIOLÓGICO 500ML      |         |            |
| CATETER PERIDURAL         |         |            | CATGUT CROMADO N°      |         |            | GLUCOSADO 5% 250ML     |         |            |
| SCALP N° 19               |         |            | CATGUT CROMADO N°      |         |            | GLUCOSADO 5% 500ML     |         |            |
| SCALP N° 21               |         |            | <b>SOLUÇÕES</b>        |         |            | RINGER LACTADO 500ML   |         |            |
| SCALP N° 23               |         |            | ALCOOL 70%             | X       |            | MANTOL                 |         |            |
| SCALP N° 25               |         |            | ALCOOL 80%             |         |            | <b>ANESTÉSICOS</b>     |         |            |
| SCALP N° 27               |         |            | PVPI TÓPICO            | X       |            | ALCOOL IODADO          |         |            |
| EQUIPO INJ, LATERAL       |         |            | PVPI DEGERMANTE        |         |            | ÁGUA OXIGENADA         |         |            |
| EQUIPO POLIFIX 2 VIAS     |         |            | ALCOOL IODADO          |         |            | VASELINA LÍQUIDA       |         |            |
| EQUIPO POLIFIX 4 VIAS     | X       | 01         | ÁGUA OXIGENADA         |         |            | FORMOL                 |         |            |
| EQUIPO MACROGOTAS         |         |            | VASELINA LÍQUIDA       |         |            | CLOREXIDINA            |         |            |
| EQUIPO MICROGOTAS         |         |            | FORMOL                 |         |            | <b>ANESTÉSICOS</b>     |         |            |
| EQUIPO DE SANGUE          |         |            | CLOREXIDINA            |         |            | XYLOCAINA GEL          |         |            |
| DRENO DE PENROSE N°       |         |            | <b>ANESTÉSICOS</b>     |         |            | XYLOCAINA SPRAY        |         |            |
| DRENO DE SUÇÃO N°         |         |            | XYLOCAINA 2% SN        | X       |            | NEOCAINA PESADA        |         |            |
| DRENO DE TORAX N°         |         |            | NEOCAINA 0,5% SN       |         |            | NEOCAINA 0,5% SN       |         |            |
| UROFIX SIST. ABERTO       |         |            | NEOCAINA 0,5% CN       |         |            | NEOCAINA 0,5% CN       |         |            |
| UROFIX SIST. FECHADO      |         |            | BUPIVACAÍNA 5 MG       |         |            | BUPIVACAÍNA 5 MG       |         |            |
| ELETRODOS                 |         |            | <b>ANESTÉSICOS</b>     |         |            | <b>ANESTÉSICOS</b>     |         |            |
| LÂMINA N° 11              |         |            | XYLOCAINA GEL          |         |            | XYLOCAINA GEL          |         |            |
| LÂMINA N° 15              | X       | 01         | XYLOCAINA SPRAY        |         |            | XYLOCAINA SPRAY        |         |            |
| LÂMINA N° 24              |         |            | XYLOCAINA 2% SN        | X       |            | XYLOCAINA 2% SN        |         |            |
| LUA ESTÉRIL 6,5           |         |            | NEOCAINA PESADA        |         |            | NEOCAINA PESADA        |         |            |
| LUA ESTÉRIL 7,0           | X       | 02         | NEOCAINA 0,5% SN       |         |            | NEOCAINA 0,5% SN       |         |            |
| LUA ESTÉRIL 7,5           | X       | 02         | NEOCAINA 0,5% CN       |         |            | NEOCAINA 0,5% CN       |         |            |
| LUA ESTÉRIL 8,0           |         |            | BUPIVACAÍNA 5 MG       |         |            | BUPIVACAÍNA 5 MG       |         |            |
| LUA ESTÉRIL 8,5           |         |            | <b>ANESTÉSICOS</b>     |         |            | <b>ANESTÉSICOS</b>     |         |            |
| LUA DE PROCEDIMENTO (PAR) | X       | 05         | XYLOCAINA GEL          |         |            | XYLOCAINA GEL          |         |            |
| SONDA DE FOLLEY           |         |            | XYLOCAINA SPRAY        |         |            | XYLOCAINA SPRAY        |         |            |
| TUBO OROTRADUCAL          |         |            | XYLOCAINA 2% SN        | X       |            | XYLOCAINA 2% SN        |         |            |
| CÂNULA TRAQUEOSTOMIA      |         |            | NEOCAINA PESADA        |         |            | NEOCAINA PESADA        |         |            |
| SONDA DE ASPIRAÇÃO N°     |         |            | NEOCAINA 0,5% SN       |         |            | NEOCAINA 0,5% SN       |         |            |
| SONDA GÁSTRICA N°         |         |            | NEOCAINA 0,5% CN       |         |            | NEOCAINA 0,5% CN       |         |            |
| CERA ÓSSEA                |         |            | BUPIVACAÍNA 5 MG       |         |            | BUPIVACAÍNA 5 MG       |         |            |
| SURGICEL                  |         |            | <b>ANESTÉSICOS</b>     |         |            | <b>ANESTÉSICOS</b>     |         |            |
| TELA DE PROLENE           |         |            | XYLOCAINA GEL          |         |            | XYLOCAINA GEL          |         |            |
| ATADURA DE CREPON N°      |         |            | XYLOCAINA SPRAY        |         |            | XYLOCAINA SPRAY        |         |            |
| COMPRESSA                 |         |            | XYLOCAINA 2% SN        | X       |            | XYLOCAINA 2% SN        |         |            |
| COMPRESSA DE GAZES        |         |            | NEOCAINA PESADA        |         |            | NEOCAINA PESADA        |         |            |
| ALGODÃO ORTODONTICO       |         |            | NEOCAINA 0,5% SN       |         |            | NEOCAINA 0,5% SN       |         |            |

DATA: 10/06/2020

INSTRUMENTADOR: Dr. Estevam

CIRCULANTE: Dr. José da Silva e Cleide



|               |                   |          |
|---------------|-------------------|----------|
| DATA: 18/7/82 | ENFERMARIA/LEITO: | CLÍNICA: |
|---------------|-------------------|----------|

NAME: Edith M. Fontana

DIAGNÓSTICO: *Fl. claudia* CID: ☐ ☐ ☐ ☐

|           |                                                                                   |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| CIRURGIA: | PROCEDIMENTO:                                                                     |
|           |  |

|            |           |
|------------|-----------|
| CIRURGIÃO: | AUXILIAR: |
|------------|-----------|

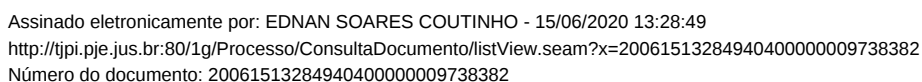
|              |  |                 |
|--------------|--|-----------------|
| ANESTESISTA: |  | INSTRUMENTADOR: |
|--------------|--|-----------------|

- Ametum  
 - sedum  
 - lano  
 - Iruin  
 - Rumbura e fura con  
 01 fio / celina  
 - Iruin p. p. p.  
 - lano  
 - am 5



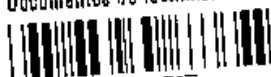
MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA



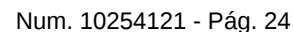
|                                      |                                                                 |                                |            |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |                                                                 | REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL |            |
| REGISTRO GERAL                       | 1.129.856                                                       | DATA DE EXPEDIÇÃO              | 29.03.1989 |
| GIL CELIO DE MENESES FONTENELE       |                                                                 |                                |            |
| FILIAÇÃO                             | Firmo de Meneeses Fontenele<br>Francisca Alcair de M. Fontenele |                                |            |
| PIRIPIRI-PI                          | 22/NOV/1970                                                     | DATA DE NASCIMENTO             |            |
| NATURALIDADE                         | PIRIPIRI-PI, 07. DEZ. 1975                                      |                                |            |
| CPF                                  | 396.211.893-49                                                  |                                |            |
| ASSINATURA DO DETENTOR               |                                                                 | ASSINATURA DO TITULAR          |            |
| LEI Nº 7.116 DE 20/06/83             |                                                                 | CARTEIRA DE IDENTIDADE         |            |

Documentos de identificação



|                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                                                                                                                                                                                                           |  | MINISTÉRIO DA FAZENDA<br>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL<br>COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE IMPOSIÇÕES<br>ECONÔMICAS - CIE |  |
| ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS<br>DE USO OBRIGATÓRIO NOS OSSOS LEGALMENTE DETERMINADOS<br>PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE TRIBUTÁRIA, PRODUZIR A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA<br>DA RECEITA FEDERAL. |  | CPF: 396.211.893-49                                                                                                |  |
| CARIMBO DO AGENTE EMISSOR                                                                                                                                                                                                                                      |  | DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF                                                                  |  |
| 039/0013-2                                                                                                                                                                                                                                                     |  | GIL CELIO DE MENESES FONTENELE                                                                                     |  |
| 16 FEV 1989                                                                                                                                                                                                                                                    |  | NASCIMENTO                                                                                                         |  |
| AGRICULTOR                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 22.11.70                                                                                                           |  |
| 32412 / 1167                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ASSINATURA                                                                                                         |  |
| ASSINATURA DO AGENTE EMISSOR                                                                                                                                                                                                                                   |  | ASSINATURA DO TITULAR                                                                                              |  |
| ASSINATURA DO AGENTE EMISSOR                                                                                                                                                                                                                                   |  | ASSINATURA DO TITULAR                                                                                              |  |



[illegible][illegible]

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072477/19  
Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE  
CPF: 396.211.893-49  
Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.  
Data do acidente: 13/09/2018  
CPF de: Próprio  
Titular do CPF: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

Outros



GIL CELIO DE MENESES FONTENELE : 396.211.893-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019  
Nome: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE  
CPF: 396.211.893-49

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019  
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES  
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 93.654 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/08/17

NOME FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE

FILIAÇÃO CARMOSINA MENDES DE MENESES  
GIL DE SOUZA MENESES

NATURALIDADE PIRIPIRI-PI DATA DE NASCIMENTO 21/06/1943

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 54 L 11A F 93V  
EXP PIRIPIRI-PI 12/04/02  
COP. 726.856.703-00  
1431846

Francisco das Chagas Pinheiro Martins  
Estadouro da Polícia Clássica

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

1431846

Francisca Alzaí de Menezes Fontenele

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

### Fatura Mensal

|                                                                                                                                 |  |                          |  |                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 2609662-5                                                                                                                       |  | Hidrometro<br>A08E037493 |  | FEV/2019                            |  |
| Nome/Razão Social/Endereço<br>FRANCISCA A DE M FONTENELE<br>RUA HORACIO DE SOUSA, 807<br>CENTRO<br>BRASILEIRA 64265000 RG = 82  |  |                          |  |                                     |  |
| Situação<br>Agente/Agua<br>3/1                                                                                                  |  | Revisão<br>1             |  | Categorias de Uso<br>Com. Ind. Pub. |  |
| 09/01/2019                                                                                                                      |  | 08/02/2019               |  | 20                                  |  |
| Histórico de Contas<br>Mês/Ano<br>01/18 005<br>04/18 1003<br>07/18 1009<br>10/18 1017<br>12/18 1024<br>01/19 1033<br>02/19 1041 |  |                          |  |                                     |  |
| Forma de Pagamento<br>FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO                                                                             |  |                          |  |                                     |  |
| Cód. de Contabilidade<br>911518030                                                                                              |  | Código de Trabalho<br>01 |  |                                     |  |
| Consumo Médio<br>7                                                                                                              |  | Consumo Real<br>8        |  | Consumo Máximo<br>10                |  |
| Valor (R\$)<br>28,72                                                                                                            |  | 1,69                     |  |                                     |  |
| Cód. Nome do Serviço<br>ÁGUA MANUTENCAO HIDROMETRO                                                                              |  |                          |  |                                     |  |

14/02/2019 30,32  
PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JURISDIÇÃO  
CONFORME LIT. FIDUCIÁRIA 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30  
DIAS APÓS VENCIMENTO.

| Perímetro                         | Valor Mínimo Permitido | Valor Mínimo de Análises Externas | Valor Mínimo de Análises Internas | Valor Mínimo de Análises Externas | Valor Mínimo de Análises Internas |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Perímetro                         | 6,0                    | 15                                | 5,0                               | 6,0 x 9,5                         | 6,0                               |
| Valor Mínimo de Análises Externas |                        |                                   |                                   |                                   |                                   |
| Valor Mínimo de Análises Internas |                        |                                   |                                   |                                   |                                   |
| Valor Mínimo de Análises Externas |                        |                                   |                                   |                                   |                                   |
| Valor Mínimo de Análises Internas |                        |                                   |                                   |                                   |                                   |
| Valor Mínimo de Análises Externas |                        |                                   |                                   |                                   |                                   |
| Valor Mínimo de Análises Internas |                        |                                   |                                   |                                   |                                   |
| Valor Mínimo de Análises Externas |                        |                                   |                                   |                                   |                                   |
| Valor Mínimo de Análises Internas |                        |                                   |                                   |                                   |                                   |

RESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.  
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA  
ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIAS SITE WWW.AGESPISA.COM.BR  
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELO AGES  
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

|                                |  |                                     |  |                                     |  |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| AGESPISA                       |  | Inscrição<br>121 1 04 0173 0338-000 |  | RG = 82                             |  |
| Situação<br>Agente/Agua<br>3/1 |  | Revisão<br>1                        |  | Categorias de Uso<br>Com. Ind. Pub. |  |
| 09/01/2019                     |  | 08/02/2019                          |  | 20                                  |  |
| 2609662-5                      |  | FEV/2019                            |  | 30,32                               |  |
| VENCIMENTO<br>14/02/2019       |  | TOTAL A PAGAR (R\$)                 |  | 30,32                               |  |



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072477/19

**Vítima:** GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

**CPF:** 396.211.893-49

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/09/2018

**Titular do CPF:** GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**GIL CELIO DE MENESES FONTENELE : 396.211.893-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019  
Nome: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE  
CPF: 396.211.893-49

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019  
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES  
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190176042

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

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 14036015





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190176042

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GIL CELIO DE MENESES FONTENELE**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00303/00304 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060152



Carta nº 14038266





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190176042

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00647/00648 - carta\_16 - INVALIDEZ

00450324



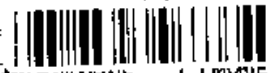
Carta nº 14932835





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

396.211.893-49

GIL CELSO DE MENESES FONTENELE

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

Nome completo:

GIL CELSO DE MENESES FONTENELE

CPF:

396.211.893-49

Profissão:

ATUANTE DE VENDAS

Endereço:

RS, HERACITO FORTES - Q-02

Número:

36

Complemento:

Bairro:

Cidade:

BRASILEIRA

Estado:

PI

CEP:

64.265-000

E-mail:

carriengean@hotmail.com

Tel. (DDD):

(86) 99823-6360

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

RENDAMENTO:

☒ REQUERER 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\$1.001,00 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)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

5808

CONTA:

0007043

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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.

## 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por 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 LIDER 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.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Local e Data, PIRAPARI-PI, 11/02/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RGSO

GIL Celso de Menezes Fontenele

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS001 V001/2018

DEB. GRANDECO - CONSULTA DE SALDOS  
 DIA CELIO DE MEARES FORTINHELE  
 AGENCIA 5000 CONTA 0007043-2

11/12 HPS  
 12/FEV/2019

DISPONIVEL  
 = TOTAL DISPONIVEL ..... 16,50-  
 + CONTA FACIL (C/D + PUMP) ..... 16,50-

TOTAL DE RECURSOS ..... 16,50-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/D + PUMP)

| DATA | HISTORICO                | DEZEMBRO/2018  | VALOR  |
|------|--------------------------|----------------|--------|
| 28   | SALDO ANTERIOR           | 11.000,00      | 0,00   |
| 12   | PARTELA BANCARIA 8110119 | FEVEREIRO/2019 | 16,50- |
|      | CESTA EXPRESSO +         |                |        |
|      | SALDO TOTAL              |                | 16,50- |

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS  
 POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12

| DATA  | SALDO EM   | RENDIMENTOS |
|-------|------------|-------------|
| 28    | 12/02/2019 | 0,00        |
|       | 0,00       |             |
| TOTAL |            | 0,00        |





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

Boletim de ocorrência



341 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 177696.000015/2019-84

Unidade de Registro: 1º DP DE PIRIPIRI

Resp. pelo Registro: Jesuino Soares Caxias

Data/Hora: 07/02/2019 - 11:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BRASILEIRA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BRASILEIRA

Endereço

RUA PROJETADA, Nº:

Complemento

BAIRRO FREXEIRAS

Data/Hora

13/09/2018 - 15:30

Bairro

PREJUDICADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GIL CELIO DE MENESES GONTENELE

RG: 1129856 PI

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE

Pai: FIRIZO DE MENESES FONTENELE

Endereço: QUADRA 02 DO CONJUNTO HERÁCLITO FORTES, Nº 16

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: BRASILEIRA

Telefone(s): 86-9823-7360

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RECEBIDO

20 FEV 2019

Seguradora Lider-DPVAT

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, CG150 FAN ESDI

2014, PIA1866

9C2KC1680ER578152

01125109243

Preta

Condutor: GIL CELIO DE MENESES GONTENELE

RG: 1129856 Órgão: UF RG: PI

End: QUADRA 02 DO CONJUNTO HERÁCLITO FORTES Número: 16 Complemento:

Cidade: BRASILEIRA UF: PI Bairro: PREJUDICADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante informa que estando na condução da motocicleta acima indicada, que é cadastrada em nome da mãe do declarante: Francisca Alzair de Meneses Fontenele pela via pública do bairro Freixeiras, num trecho que não tem calçamento e repentinamente perdeu o controle do veículo no momento que o pneu dianteiro derrabou numa "valeta" da via pública e diante disso sofreu uma queda e não teve mais condições de prosseguir conduzindo e sentia fortes dores no ombro esquerdo; QUE na região onde mora não tem serviço do SAMU e foi socorrido pela pessoa de Teodoro Cândido da Cunha, RG 494178-PI, residente no bairro Freixeiras de Brasileira-PI e pela esposa deste, a senhora Maria dos Remédios Passos da Cunha, RG 859908-PI; os quais moram a pouca distância do local do acidente e o casal providenciou ligação telefônica aos familiares da vítima e em seguida o mo: 10 foi levado para casa em transporte dos familiares; QUE informa que não suportando as dores no ombro decidiu se dirigir ao hospital regional Chagas Rodrigues, no dia 13/09/2018 e nos exames realizados ficou ciente que houve fratura na clavícula.

Jesuino Soares Caxias  
Chefe de DP PIRIPIRI  
Mat. 0867527  
AGENTE DE POLÍCIA

Teodoro Coderla

GIL CELIO DE MENESES GONTENELE  
GIL CELIO DE MENESES GONTENELE - Noticiante  
Responsável pela Informação



de Ocorrência emitido em: 07/02/2019 10:39 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:28:49

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061513284940400000009738382>

Número do documento: 20061513284940400000009738382

Num. 10254121 - Pág. 34



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

341 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 177696.000015/2019-84**

Delegado de Polícia

*Bel. Jemino Soares Coutinho*  
Chefe de Pol. 2ª D.P. PIAUI  
M.M. 086752-7

