



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Comprovação de ato declaratório



149802

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 227033
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA	6 - Prontuário: 494150		
7-CNS: 161068058740002	8-Nascimento: 19/04/1986	9-Sexo: Masculino	
11-Mãe: DALVA MARIA LEITE DA SILVA	12-Fone: 86-99595-7762		
13-Resp: DENYS TORRES	14-Cor: Parda		
15-End: POVOADO MONTANHAS - ZONA RURAL - CEP: 64290-000			
16-Munic: ALTOS	17-Cod. IBGE: 220040	18-UF: PI	19-CEP: 64290-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE COM RELATOS DE QUEDA DE MOTO, QUEIXANDO -SE DE DOR COM FRATURA DE METATARSO DIREITO			
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRÚRGICO			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RAIO X			
23-Diagnóstico Inicial: Fratura de ossos do metatarso	24-CID Prim: S923	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	Tempo SUS 3	
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 003.695.133-12
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS	34-Data Solicitação: 14/11/2018	35-Data de Validação: 14/11/2018	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CEOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Calígrafo (Rg. Conselho): 22.11.18 MAIORELA MOISÉS CRISTIANE 50-Ass. Calígrafo (Rg. Conselho):
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:				52-Data: 14/11/2018 Consulte Local: 642744 Consulte SUS: Impressão: 14/11/2018 13:37:42

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04727

CONTA: 000000021357-3

Nr. da Autenticação 03EB2F2C56D4C338



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-000
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Segunda Especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/PI 06/18

Nº da Nota Fiscal 017100574

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

CONTAS MÊS: JANEIRO/2019 05-02-2019 42 13,87

JESSICA ALVES DE SOUSA SILVA
LC MONTANHAS S/N B-RURAL
CPF: 00005501176360
CEP: 64.290-000 - ALTOS

DADOS DA LEITURA			DATAS DA LEITURA	
Atual:	3398		Atual:	29-01-2019
Anterior:	1,000		Anterior:	31-12-2018
Constante de Multiplicação:	42		Próxima Leitura:	27-02-2019
Consumo Medido:	42	FCAM	Entrega:	28-01-2019
Consumo Faturado:	42		Apresentação:	29-01-2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação:	MONO	Número Medidor:	13875381	Posto:	1.4.1.1
Residência:	RESID-BAIXA RENDA				

HISTÓRICO MÊS		HISTÓRICO DE CONSUMO	
DEZ/18	44	12 A R\$ 0,362963	4,59
NOV/18	44		16,49
OUT/18	38		15,56
SET/18	43		1,28
AGO/18	45		0,37
JUL/18	67		
JUN/18	45		
MAI/18	48		
ABR/18	62		
MAR/18	46		
TARIFA COM TRIBUTOS:			
8 A 38 - 0,2,0590			
31 A 42 - 0,361828			

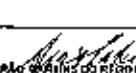
Parabéns! Até o dia 28-01-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

BC92.F244.78FA.0927.CFF2.431B.B701.7542

RESERVA DO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	14,60	Base de Cálculo:	
Energia:	2,47	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,55	Valor do ICMS:	0,26
Encargos:	1,56	Valor do PIS:	1,30
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
12,36	24,71	49,42	8,42	16,84	33,68
2,57			2,00		1,55
ALTOS 11/2018 5,29					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
190611 PERÍODO DAS ELEIÇÕES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE ELEIÇÕES			
PARTIDO NACIONAL DE TRABALHADORES			
ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA			
	DOC. IDENTIFIC. OFICIAL 2827027 SSP PI		
	DT	DATA NASCIMENTO	
	034.317.303-45	19/04/1986	
	FUNÇÃO		
JOSE MESSIAS DE OLIVEIRA			
DALVA MARIA LEITE DA SILVA OLIVEIRA			
FORMAÇÃO	REC	CATEGORIA	
		AB	
INSCRIÇÃO	VALIDADE	EXPIRAÇÃO	
0522176140	21/01/2021	06/06/2021	
OBSERVAÇÕES			
Antonio Luiz da Silva Oliveira			
LOCAL	DATA DE EMISSÃO		
ALTOS	02/02/2016		
 ASSINATURA DO CANDIDATO ASSINATURA DO TITULAR DO REGISTRO			D6904463061 D7316719706

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072860/19

Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 034.317.303-45

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/11/2018

Titular do CPF: ANTONIO LUIZ DA SILVA
OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA : 034.317.303-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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 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: ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 034.317.303-45

ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190176494 **Cidade:** Altos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190176494 **Cidade:** Altos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190176494

Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190176494

Vítima: ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000004727

Conta: 0000021357-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

034.317.303-45

ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

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

Nome completo:

ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

Profissão:

LAUREADOR

Endereço:

LOCALIDADE MONTANHAS

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

ALTOS

Estado:

PE

E-mail:

ocipiani@hotmail.com

CPF:

034.317.303-45

Número:

51N

Complemento:

CEP:

64290.000

Tel.(DDD):

(86) 32623046

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 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:

472713

CONTA:

00021357 3

(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

ALTOS 14 de Fevereiro 2019

Nome:

ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

CPF:

034.317.303-45

TESTEMUNHAS

1º Nome:

Flavio de Jesus Kuba A Santos

CPF:

046 616 6331-PE

Assinatura

2º Nome: antônio guilherme oliveira

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ANTONIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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.



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

76R v 1.0

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 108505.000312/2019-07

Unidade de Registro: 14º DP - ALTOS

Resp. pelo Registro: Alton Lira Do Nascimento

Data/Hora: 12/02/2019 - 10:55

Unidade Policial Responsável

14º DP - ALTOS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ALTOS

Endereço

CONJUNTO MUTIRÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

14/11/2018 - 05:30

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

SAIDA QUE VA P/ LOCALIDADE BREJO

Nome: ANTÔNIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

RG: 2.827.827 SSP/PI

Mãe: DALVA MARIA LEITE DA SILVA OLIVEIRA

Pai: JOSÉ MESSIAS DE OLIVEIRA

Endereço: LOCALIDADE MONTANHAS, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: ALTOS

Telefone(s): 86-9552-3715

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RECEBIDO

20 FEV 2019

Seguradora Líder DPVAT

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA POP110I

Ano: Placa: Chassi:

2018 OEG8641 9C2JB0100JR106444

Renavam:

01149885065

Cor:

Branca

Condutor: ANTÔNIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA

RG: 2.827.827 Órgão: SSP/PI UF RG: PI

End: LOCALIDADE MONTANHAS Número: Complemento:

Cidade: ALTOS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: ANTÔNIO LUIS DA SILVA OLIVEIRA

Cidade: ALTOS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE PILOTAVA A MOTO HONDA POP 110I PLACA OEG 8641, INDO PARA SUA RESIDÊNCIA QUANDO COLIDIU CONTRA UMA VACA QUE SAIU CORRENDO DE DENTRO DO MATO. COM A COLISÃO TEVE FRATURA NO PÉ DIREITO. MINUTOS DEPOIS, POR CONTA PRÓPRIA, FOI AO HUT, EM TERESINA/PI, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO MÉDICO.

Alton Lira Do Nascimento - Mat. 009487X
AGENTE DE POLÍCIA

ANTÔNIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA - Notificante
Responsável pela Informação

CARTÓRIO ZÉ GIL
2º Ofício de Notas e Registro Civil de Altos-PI
Tabela de Valores

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Altos de Notas, Registro e Juízo
AUTENTICAÇÃO
ABU 61557

PI CARTÓRIO ZÉ GIL
FISCALIZAÇÃO

Cartório do 2º Ofício de Notas e Registro Civil de Altos-PI
Av. Francisco Raulino, 2081-B - Centro - CEP 64200-000 - Tel. (86) 3202-1815
Teresinha de Sousa Viana - Tabelã

AUTENTICAÇÃO
14/02/2019
ANTÔNIO LUIZ DA SILVA OLIVEIRA
E.O. 12,48 T.O. 20 P.O. 0,06 Selo 0,26 Total: 13,30 Selo: ABU 61557
(F610F8)

Boletim de Ocorrência emitido em: 12/02/2019 09:55 - SisBO@2011-2019

antonio Joaquim da Silva
Escrevente



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

768 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 108505.000312/2019-07

Delegado de Polícia