



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 FONTENELE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO DO REGULAR SUSEP Nº 448/2012

Nome completo: GIL CELSO DE MENESES FONTENELE CPF: 396.211.893-49
Profissão: ATENDENTE DE VENDAS Endereço: RS, HERACLITO FORTES - Q-02 Número: 36 Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: BRASILEIRA Estado: PJ CEP: 64.265-000
E-mail: conhemgeau@hotmail.com Tel. (DDD): (86) 99823-6360

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

RENDA MENSAL:
☒ REQUISO 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 (2371) ☐ Itaú (3410)
☐ Banco do Brasil (0010) ☐ 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 IMIL (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 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO (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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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: PIREPARÁ - PJ, 13/02/2019

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RSCG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª 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 RISCO, 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.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GIL CELIO DE MENESES FONTENELERG nº 1.129.856, data de expedição 29/03/89 Órgão SSPP1

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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>RS MGRACITO FORTES - Q-02</u>
Número	<u>CASA 46</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>cammenegem@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante:

Gil Célio de Menezes Fontenele

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 151 - Centro-Novo - Teresina - PI
CEP: 64000-000 - Fone: (066) 3101.3000
Atendimento: (066) 3101.3000 - Site: www.eletrobras.com.br
Fórmula de cálculo da tarifa: pela SFN nº 64/78

(066) 3101.3000 015516924

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE-Eletrobras
pela Lei nº 10.428 de 26 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

4203	24/12/2018
4641	26-11-2018
Abast.	Abast.
Antecio:	Antecio:
Constante de Normalização	Problema Letura:
Consumo Medido:	Emprego:
Consumo Faturado:	Apresentação:

RESIDENCIAL MONO A 1445143 1-1-1 63

NOV/18	CONSUMO	62 A R\$ 0,879255 =	54,51
OUT/18	(CONTR. ILUMINACAO PUBLICA (COSIP))		4,56
SET/18	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,08	
AGO/18			
JUL/18			
JUN/18			
MAI/18			
ABR/18			
MAR/18			
FEV/18			

TARIFA SPX TRIBUTOS:
10 A 62 - R\$ 0,879255

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR
ME RESOLUCAO ANEEL 27496/2018. LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1-5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 21-12-2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

C151.F2E6.D0DE.5CD1.AA0C.C6AD.6894.F4C4

10,86	54,51
3,24	11,99
3,28	0,80
16,51	3,72

6,03 12,06 24,12 3,49 6,98 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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 24/08/13

Órgão S9PP1, 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/MOTOCICLE Modelo: HONDA / CG 150 FANESDI Ano: 2014

Placa: PIA - 3866 Chassi: 9C2KC1680ER578152

Data do Acidente: 13/09/2018

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

Francisca Alzair de Menezes Fontenele

Assinatura do Declarante

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

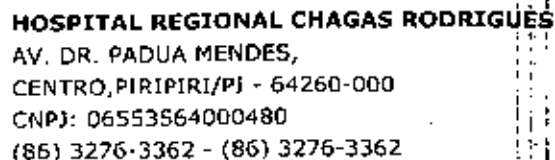
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO | JONATAS MELO
Tabelionato de Notas de Piripiri-PI = Tabelaria Pública =

Jonatas Márcio Reis Fátima, 11 - Centro - Piripiri/PI - Cep 64268-000
Tel: (85) 3276-4967 - Fax (85) 3276-4967 - Email: cartorio@piripi.pi.gov.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCA ALZAIR DE
MENESES FONTENELE, DOUS FE. EM TEST. PÚBLICA DA VERDADE.
PIRIPIRI-PI, 11/02/2019... Empl.: 3,85 - TJ: 0,79 - FPP: 0,10 - Selor: 0,26
Total: 4,98 - Selor: 0,3022 - (F390F76)

PARIA DA CONCEIÇÃO DIAS DA SILVA - Tabelaria Substituta

Bele Maria de Conceição Dias da Silva
Cartório Tabelaria Substituta
Jônatas Melo
Bele Maria de Conceição Dias da Silva
Tabelaria Substituta
Cartório 1º Ofício - Jônatas Melo



Atendimento: P0211691
Data: 15/09/2018
Funcionario: ERA, DO

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



Senha 83

\$US\$

GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

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

End.: HERACLITO FORTES, 16 -

Cor: SEM Telephone: () -

Bairro:

Cidade: **BRASILEIRA/PI**

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Pai:

CEP:642650

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

Procedimientos

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

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:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Anotação de enfermagem

Responsável: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

PROFESSIÖNÄL

Saúde
Estado do Piauí



FEPISERH
Fórum de Especialistas em
Pneumologia e Infectologia



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:

Atílio de

Atílio que foi vítima de uma
fortíssima crise intermido de
de 16/09/18 e morreu de
mais 120 (cento e vinte) dias
de aporia antes de nos at-
tado

5420.

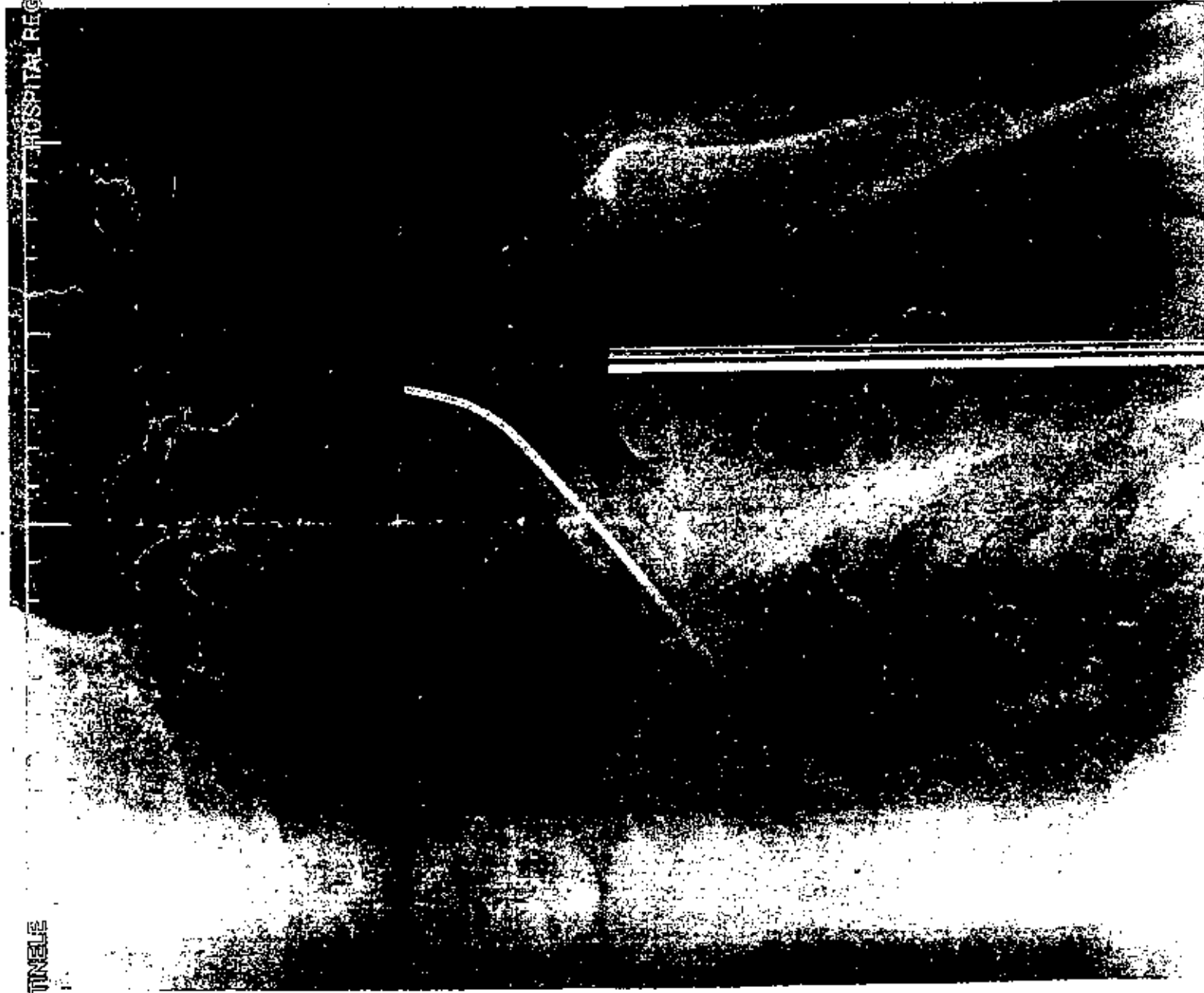
20/09/18

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

Assinatura e carimbo

CL. CL. NO. DE MENESSES FONTINELE
PS 0002X INT

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS



Level: 980
Width: 1000

REC JAYRA
Fecha: 18/09/2016 Hora: 11:26



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, 78

OU +

DIAS

DIAGNÓSTICO

Fract. Clavícula

RECOMENDAÇÕES

curativo diário

usar fêrris americano

Ativos físicos em 15 dias

PIRIPIRI,

20, 9, 78

DR. FELIPE VERNER MAGNOLLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PIAUÍ

**SUS**Sistema
União de
Saúde 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 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H R C R

3 - CNES

2777746

4 - CNES

2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Gil Celio de Menezes Fontenele

6 - ID DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/11/70

9 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE

Maria Alzair de Menezes Fontenele

1100

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - RESPONSÁVEL

1120

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Q 2, n: 36

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brasília

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Travar por queda de 1,50m com
dor de cabeça de início

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ognação de

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

Amanu f e f + 7

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fract - de humero

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ognação de

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - NOME

30 - CARACTERÍSTICA DA INTERNAÇÃO

31 - PROCEDIMENTO

32 - NÚMERO DE LICENÇA EMITIDA POR PROFISSIONAL COM CATEGORIA DE ESPECIALIDADE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Felix Velly Aguiar 15/09/17

DR. FELIPE VERNER TAVARES
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 15662**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CIPDA SEGURANÇA

38 - Nº DO BILHETE

39 - 15 km/h

37 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - 15 km/h

38 - 1 - ACIDENTE TRABALHO FRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREENHADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - OUTRO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (HISTÓRICO)

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CIP

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

Ident:	1015112
15/09/2018	
19:56	

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

Nº AIH
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:

Escolaridade: Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI

CPF: RG: C/N: CNS:

Endereço: Q 2, Nº 16 - CEP: 64265000 Bairro:

Cidade: 2201960 - BRASIL, EIRA/PI Profissão: Telefone () -

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

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

Diagnóstico inicial: 9999-CID NÃO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo: *fract. do ulna*

Resultado

☐ Curado	☐ Removido	☐ -48 Horas
☐ Melhorado	☐ Pedido	☐ +48 Horas
☐ Interferido	☐ Evasão	☐ Obito
☐ Picado	☐ Indisciplina	

Transferido

História Clínica

*Adm. por placa
 de ulna, de dia e
 noite do ulna @*

Diagnóstico Provável

fract. do ulna

*Dr. Felipe Verner Pagnoncelli
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA*

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
Funcionario: 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:
End.: Q 3, 16 - Bairro:
Con: SEM Telefone: () - Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

CPF: - RG: - SUS:

Civil:

CEP: 642650

Cidade: **BRASILEIRA/PI**

Pai:

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

Responsavel: 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 clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

- Trauma em ombro E.

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Anotação de enfermagem

- Raxio X no Ombro E.

- Rikofenaco - 1 AMP, IM

- Dipirona - 1 AMP, IM

- Parecer da ortopedica.

- Trauma por queda de 1m c/

dor no ombro esquerdo @

pac: Erivaldo Chaves

col: M. Fontinele

DR. FELIPE VERNER FAGUNDELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 4477

Dr. Bruno Raphael Bastos Coelho
Médico
CRM-PI 7257

* Gil Celio de M. Fontinele

PROFISSIONAL

Responsavel: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

**SUS**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 - C.F.S.

27777741

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO FILIAL

H R C R

4 - C.N.E.S.

27777741

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Gil Celio de Menezes Fontinele

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

22/11/70

8 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2

9 - NOME DA MÃE

Maira Alzaia de Menezes Fontinele

10 - C.D.B.

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - C.D.B.

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO COM RUA Nº, BAIRRO

Q. 2, N.º 16

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brasília

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fazer exames de RHD e
do líquido de cefalorraquidiano

21 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Ocupado em

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

Anomalias f e f + f

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fract. do crânio

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

otonomias fr. do crânio

28 - COD. DO PROCEDIMENTO

29 - NOME DO PROCEDIMENTO

otonomias

30 - DATA DE INÍCIO DO PROCEDIMENTO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO

32 - N.º DO DOCUMENTO CONS. DO PROFISSIONAL

33 - N.º DO DOCUMENTO

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Felipe de Aguiar

15/09/17

DR. FELIPE VIEIRA TRONCA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 66627

35 - N.º DO DOCUMENTO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - DATA DO ACIDENTE

40 - CATEGORIA

41 - N.º DO BOMBEIRO

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - N.º DO BOMBEIRO

44 - CNAE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() OUTRO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORÇÃO EMISSOR

48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - N.º DO DOCUMENTO CONS. DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO



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 MEI)

☐ 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

Gisella Amorim Santana
Enfermeira
COREN-PI 352814

PROFISSIONAL

Responsavel: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA
LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA
RUA MARQUÊS DE SÃO CARLOS, 150
Cidade Maracanã, Rio de Janeiro, RJ 21040-900
FONE: (21) 3505-1000 FAX: (21) 3505-1001



PACIENTE: 1015112-GIL CELIO DE N

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA

CONTINENTE

IDADE: 48 ANOS

SUB

ADMISSÃO: 15/09/2018

DIAS INTERNADO: 5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

20/09/2018 - 07:55:56

DIETA LIVRE

ALTA HOSPITALAR

1.000

DR. FELIPE MENDES MACIEL
Oxofobia e Transtornos
CRM - 117.442
PROFISSIONAL



HOSPITAL REGIONAL CHUVAS RODRIGUES
AV. DR. PAQUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564/000480
TELEFONE: (86)



Impresso: 19/09/2018 - 11:25

Página: 1

PACIENTE: M15112-GIL CELO DE MENESSES FONTINELE

IDADE: 48 ANOS

SUS

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LETO:CM0701

ADMISSÃO: 15/09/2018

DIAS INTERNADO: 4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

19/09/2018 - 11:25:56

DIETA ZERO

ACESSO SORUMIZADO	1,00			
TILOXILAN 20MG PO 100ML/75 SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,100	FRAMPENDOVENOSA (EV)	12/12H	
DIFERONA 1G AMP	1,100	UN	ENDOVENOSA (IV)	06/06H
SORO FISIOLÓGICO 0,9% SODIA SETEMA FLECHADO	2,200	AMP	ENDOVENOSA (EV)	35GTS/MIN
SORO Glicosado 50MG/ML 5% SODIUM	1,000	TRA	ENDOVENOSA (EV)	35GTS/MIN
CETACOTINA 1G (INJ)	1,100	FRAMPENDOVENOSA (EV)	06/06H	
GLIMETINIA 60MG/ML 2ML	1,100	AMP	ENDOVENOSA (IV)	08/06H
SVA + CCGC				

9:30: PA: 170/60 mmHg
FX: 36°C
26:30: PA: 120/80 mmHg
FX: 36°C
parada

PROFISSIONAL

M 2-127



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



Ingresso: 18/09/2018 14:50:00

Pág. 1/1

PACIENTE: 1015112-GIL, CELO DE MENESES FONTINELE
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO: CM0701 ADMISSÃO: 15/09/2018 IDADE: 48 Anos SUS DIAS INTERNADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/09/2018 - 10:57:00

DIETA ZERO

ACESSO CONTROLADO	1.00			
TEMODOLAM 20MG/6.50 LIOHILIO 2/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.00	FRAMP-INDOVENOSA (LV)	12/12H	
DIPYRONA 16 AMP	1.00	UN INDOVENOSA (FV)	06/06H	
SOLUÇÃO INDOVENOSA 0.9% 500ML SISI MATTEUCCIADO	2.00	AMP INDOVENOSA (FV)		35GT/MIN
SOLUÇÃO INDOVENOSA 0.9% 500ML	1.00	FRA INDOVENOSA (FV)		35GT/MIN
CITRATO DE SÓDIO 16 MG	1.00	FRAMP INDOVENOSA (LV)	06/06H	
GENTAMICINA 80MG/4ML 2ML	1.00	AMP INDOVENOSA (LV)	06/06H	
SSV - CITO				

OT 1000ml 50 - 01 amp - 10ml 40000 iBridum

[Handwritten signature]

2018-09-18 10:57:00
de classificação E-mes CC
do 50h. Termino. Encerra o novo processo
suficiente para o 1º
em 18/09/2018
17:11:11

PROFISSIONAL
[Handwritten signature]

P.A: 120x80mm HP
Fax: 361100
[Handwritten signature]

cedido em 10/09/2018



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

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME		Ed Cléo de Azevedo Varancho					
DATA	ENFERMARIA		CLÍNICA				
IDADE	SEXO ☐ M ☐ F	COR	PESO (KG)	ALTURA (CM)	ASA	MALLAMPATTI	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de clavícula							
TIPO DE CIRURGIA Tort. cervical							
MEDICAMENTOS EM USO N							
TEMPERATURA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	HTM	HTC	HB	LEUCOMETRIA	
GLICEMIA	URÉIA / CREATININA	SÓDIO / POTÁSSIO	PLAQUETAS	TAP / ITTPA / RNI	OUTROS		
ALERGIAS N							
COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES							
TEMPO DE JEJUM	ESTADO FÍSICO	ECG	RX TORAX	ANESTESIA PROPOSTA	ELETIVA	URGÊNCIA	

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

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

PA	TC	FC	FR	PA
240	40	240		240
220		220		220
200	40	200		200
180		180		180
160		160		160
140	30	140		140
120		120		120
100	20	100		100
80		80		80
60		60		60
40		40		40
20		20		20
0		0		0

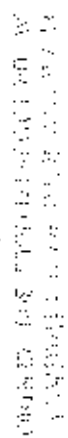
ESPONTÂNEA
 ASSISTIDA
 CONTROLADA

LEGENDA
 POSIÇÃO

DROGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA		DOSE	TÉCNICA ANESTÉSICA	MONITORIZAÇÃO
A	Cefazolin 25x		Bloc plexo bra q.	☒ E.C.G. ☒ SPO ₂ ☐ P.I.A.
B			lidocana 1% w	☒ P.N.I. ☐ CO ₂ ☐ AGENTES
C			30ml	INTERCORRÊNCIAS
D				
E				
F				
G				
H			☐ T.O.T. N°: ☐ T.M.T. N°:	☐ M. LARÍNGEA N°: ☐ M. FACIAL:
I			INÍCIO	DURAÇÃO
J				
K			SF:	TOTAL DE LÍQUIDOS:
L			RS:	URINA
M			CH:	SANGUE
N			ANESTESISTA	CIRURGIÃO
O			Eduardo	Lea L
P				

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA		
HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ANOTAÇÕES

ALTA PARA ENFERMARIA		MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA



64260 007, 06, 000, 81
CNPJ: 05553564/00484
TELEFONE: (86) 3276-3362



Page: 17

PACIENTE: 1015112-GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

IDADE: 48 Anos

505

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO:CM0701

ADMISSÃO: 15/09/2018

CLAS INTERNA DO: 7

PRESCRIÇÃO MÉDICA

17/09/2018 - 07:28:55

GIFTA LIVE

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
ACESSO SOROLIZADO	1,00		
TENOXICAN 20MG PO CILINDRO P/ SOLUÇÃO	1,00	FRAMFENDOVANOSA (FV)	12/12H
INJETAVEL			
OMRONA 1G AMP	1,00	UN	ENDOVANOSA (V)
			05/06H

SSV + COGG

$\phi = 35^\circ$ garuda
 $\phi = 30^\circ$ 110/edmunds
 $\phi = 36^\circ$ garuda

F.A.: 120X10mm aff
0

COREN

Dr. Guillermo C. M. M. Torres
Médico
C.R.M.P.: 5338

PROFESSIONAL



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

BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

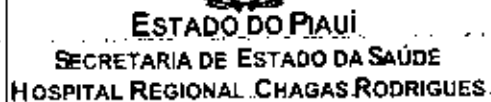
NOME: Celso de Moraes Fontinelle
ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ CIRURGIÃO: Dr. Renato Jorge ANESTESISTA: Dr. Eduardo
CIRURGIA: _____
INÍCIO: 10:30 TÉRMINO: 10:50 ANESTESIA: Cloruro

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	MICROPORÉ	X		FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			ESPÁRADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8			DIOS CIRÚRGICOS			GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12			MONONYLON Nº 0			GLUCONATO DE CÁLCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON Nº 1			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON Nº 2			NITROPRUSSATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON Nº 3	X	01	PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON Nº 4			METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON Nº 5			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON Nº 6			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 1 ML			MONONYLON Nº 7			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML			VICRYL Nº 0			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML			VICRYL Nº 1			ANTIBIÓTICOS		
SERINGA 20 ML	X	02	VICRYL Nº 2			AMPLICILINA		
SERINGA 50 ML			VICRYL Nº 3	X	01	CEFALOTINA	X	01
SERINGA 60 ML			VICRYL Nº 4			CEFALOTINA		
CATETER JELCO Nº 14			VICRYL Nº 5			CEFTRIAXONA		
CATETER JELCO Nº 16			VICRYL Nº 6			GENTAMICINA		
CATETER JELCO Nº 18	X	01	CAT GUT SIMPLES Nº			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO Nº 22			CAT GUT SIMPLES Nº			SÓRIOS		
CATETER JELCO Nº 24			CATGUT CROMADO Nº			FISIOLÓGICO 250ML		
CATETER PERITONEAL			CATGUT CROMADO Nº			FISIOLÓGICO 500ML		
SCALP Nº 19			PREPARAÇÕES			GLUCOSADO 5% 250ML		
SCALP Nº 21			ALCOOL 70%	X		GLUCOSADO 5% 500ML		
SCALP Nº 23			ALCOOL 80%	X		RINGER LACTADO 500ML		
SCALP Nº 25			PVPI TÓPICO	X		MANITOL		
SCALP Nº 27			PVPI DEGERMANTE	X		SEDATIVOS		
EQUIPO INJ. LATERAL			ALCOOL IODADO			MIDAZOLAN 15MG	X	02 ML
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS	X	01	VASELINA LÍQUIDA			DOMOTIDOLISSAL		
EQUIPO MACROGOTAS			FORMOL			FENTANIL FRASCO		
EQUIPO MICROGOTAS			CLOREXIDINA			FENTANIL AMPOLA	X	3 ML
EQUIPO DE SANGUE			ANESTÉSICOS			PROPOFOL		
DRENO DE PENROSE Nº			XYLOCAINA GEL			HALOTANO		
DRENO DE SUÇÃO Nº			XYLOCAINA SPRAY			ENFLURANO		
DRENO DE TORAX Nº			XYLOCAINA 2% SV			ISOFLURANO		
UROFIX SIST. ABERTO			NEOCAINA PESADA	X		SEVOFLURANO 100MG		
UROFIX SIST. FECHADO			NEOCAINA 0,5% SV			SEVOFLURANO 250MG		
ELETRODOS			NEOCAINA 0,5% CV			THIOPENTAL 1g		
LÂMINA Nº 11			BUPRACAÍNA 5 MG			THIOPENTAL		
LÂMINA Nº 15	X	01	MEDICAMENTOS			NARCAN		
LÂMINA Nº 24			ADRENALINA			TAXA EQUIPAMENTO		
LUVA ESTÉRIL 6,5	X	02	AMINOPIRINA			BISTURI ELÉTRICO	X	
LUVA ESTÉRIL 7,5	X	02	ATROPINA			ASPIRADOR		
LUVA ESTÉRIL 8,0	X	02	ÁGUA DESTILADA	X	03	AR COMPRIMIDO (H)		
LUVA ESTÉRIL 8,5	X	02	BUSCOPAN			MICROSCÓPIO		
LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR)	X	02	CECILANIDE			RX EM SALA		
SONDA DE FOLLEY			HIDROCORTISONA 100MG			MONITOR CARDÍACO	X	
TUBO OROTRADUEAL			HIDROCORTISONA 500MG			OXÍMETRO DE PULSO		
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			KCL			CARRO DE ANESTÉSIA		
SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº			NACL 10%			OXIGÊNIO (H)	X	2 L
SONDA GÁSTRICA Nº			NACL 20%			OUTROS		
CERA ÓSSEA			DEXAMETASONA					
SURGICEL			DIPIRONA					
TELA DE PROLENE			DOBUTAMINA					
ATADURA DE CREPON Nº			EFORTIL					
COMPRESSA								
COMPRESSA DE GAZES								
ALGODÃO ORTOPÉDICO								

DATA: 10/03/10

INSTRUMENTADOR: Dr. Estevam

CIRCULANTE: Dr. Henrique e Cleide



DATA: 18/9/18	ENFERMARIA/LEITO:	CLINICA:
---------------	-------------------	----------

DATA:

18/9/21

ENFERMARIA/LEITO:

CLÍNICA:

NONE:

End title in M. Fouilloux

DIAGNÓSTICO:

CD:

A. clausii

CIRURGIA:

PROCEDIMENTO:

Antenna

CIRURGIÃO:

AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

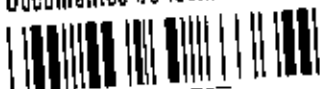
- Anurans
- Salamanders
- Lizards
- Frogs
- Reptiles & birds can
for hibernation
- Winter problems
- Lizards
- Snakes



MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	1.129.856	DATA DE EXPEDIÇÃO	29.03.1989
GIL CELIO DE MENESES FONTENELE			
Firma de Menezes Fontenele			
Francisco Alair de M. Fontenele			
Piripiri-PI		22/NOV/1970	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
NAS. 9.948. LV. 36. PES. 274. EXP.			
Piripiri-PI, 07. DEZ. 1975			
LEI Nº 7.116 DE 28/09/83			
ASSINATURA DO DETENTOR		ASSINATURA DO TITULAR	
GIL CELIO DE MENESES FONTENELE		GIL CELIO DE MENESES FONTENELE	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		CARTEIRA DE IDENTIDADE	

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		MINISTÉRIO DA FAZENDA	
ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS		SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL	
DE USO OBRIGATORIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS		COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE IMPOSTOS E	
PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.		ECONOMICO-FISCAIS - CUF	
CARIMBO DO AGENTE EMISSOR		CPF: 396.211.893-49	
039/0013-2		DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF	
10 FEV 1989		GIL CELIO DE MENESES FONTENELE	
AGRICULTOR		NASCIMENTO	
32412 / 1167		22.11.70	
Assinatura do Agente Emissor		Assinatura do Titular	
Gilcelio de Menezes Fontenele		Gilcelio de Menezes Fontenele	
CHIEFE SETOR		CARTEIRA DE IDENTIDADE	

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA E PESSOAS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE EM QUALQUER SEGURO DPVAT - FRANCO DE VALOR DE SEGURO DPVAT

PI Nº 012877910102 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatseguro.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 - 72685670300 CPF / CNPJ

RENAVAM 01125109243

ANO FAB. 2014

DATA EMISSÃO 16/06/2017

PLACA EIA-1856

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESDI

CHASSI 9C2KCI680ERS18152

PRÊMIO TARIFARIO 00,00 (R\$) 00,00 (R\$) 00,00 (R\$)

VALOR DO BILHETE (R\$) 00,00 (R\$)

PAGAMENTO 00,00 (R\$)

COTA ÚNICA

PARCELADO 20 COTA ÚNICA

SEGURO ADICIONAL DE SEGURO DPVAT

CHPJ 03.243.6300001-04
www.seguradoralider.com.br

SEGURO ADICIONAL DE SEGURO DPVAT

[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072477/19

Vítima: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

CPF: 396.211.893-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2018

Titular do CPF: GIL CELIO DE MENESES
FONTENELE

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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 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 cancela 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019

Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

CPF: 156.118.057-28

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

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

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Estadista Policial Classe Especial

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"

AP. 1010

Francisca Alzaí de Menezes Fontenele
1431846

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Av. Marechal Castello Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.556-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8388
Fatura Mensal

MANTENÇÃO DE MANUTENÇÃO		Hidrometro		FEV/2019																																									
2609662-5		A08E037493																																											
Nome/Ação Social/Endereço FRANCISCA A DE M FONTENELE RUA HORACIO DE SOUSA, 807 CENTRO BRASILEIRA 154265000																																													
NG = 82																																													
Situação Atualizada		Categorias de Uso		Inscrição																																									
3/1	Rev 1	Com	Ind	Pub	121 1 04 0173 0334-1900																																								
09/01/2019				08/02/2019																																									
				30																																									
Histórico de Dúvidas <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Mes/Ano</th> <th>Unidade</th> <th>Código</th> <th>Quantidade</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>08/18</td> <td>095</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>09/18</td> <td>1043</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>10/18</td> <td>1009</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>11/18</td> <td>1017</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>12/18</td> <td>1024</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>01/19</td> <td>1033</td> <td>9</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>02/19</td> <td>1041</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>						Mes/Ano	Unidade	Código	Quantidade	Valor	08/18	095	8	0	0	09/18	1043	8	0	0	10/18	1009	8	0	0	11/18	1017	8	0	0	12/18	1024	7	0	0	01/19	1033	9	0	0	02/19	1041	8	0	0
Mes/Ano	Unidade	Código	Quantidade	Valor																																									
08/18	095	8	0	0																																									
09/18	1043	8	0	0																																									
10/18	1009	8	0	0																																									
11/18	1017	8	0	0																																									
12/18	1024	7	0	0																																									
01/19	1033	9	0	0																																									
02/19	1041	8	0	0																																									
Potência do Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO																																													
Cod. Beneficiário		Código do Fornecedor																																											
911818030		01																																											
Consumo Médio		Consumo Físico		Consumo Estimado																																									
7				10																																									
Consumo		Consumo		Consumo																																									
8																																													
Valor (R\$) 28,7 1,6																																													

14/02/2019 30,30
PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA, JUROS E JÁ
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

	Debitos	Cm	Cmo	PM	Ferro	Colf/Total's	Escherichia Coll
Perímetro	60	15	5,1	6,0 a 9,5	0,3	Aço 1010	Agua 10
Valor Mínimo Permitido							
em Mínimo de Amostras Bacterias							
em Amostras Realizadas							
em Amostra que Atende legislação	1.43	1.00	4.79		0.00	0.00	
Valor Medir							

Preserve a qualidade da água, lave os reservatórios regularmente.

Manutenção

AGES PISA NAD VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE COMTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGES.PISA.COM.BR.

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA
 Água e Esgoto do Faltado
 Av. Almeida Sal. Centro - 01000-000 SP

Inscrição: 121 1 04 0173 0338-000

AC: 02

Matrícula: 260966Z-5

Referência: FLV/2319

Com.: 1 **pub.**

VENCIMENTO: 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.

Data do acidente: 13/09/2018

Titular do CPF: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

CPF de: Próprio

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 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

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

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



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 e 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



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

Nº do sinistro ou AS:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	396.211.893-49	GIL CELIO DE MENESES FONTENELE
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
GIL CELIO DE MENESES FONTENELE	396.211.893-49	
Profissão:	Endereço:	Número:
ASUDANTE DE VENDAS	RS, HERACITO FORTES - Q-02	36
Bairro:	Cidade:	CEP:
	BRASILEIRA	64.265-000
Estado:		
PI		
E-mail:	Tel. (DDD):	
camenegan@hotmail.com	(86) 99823-6360	

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

RECEITA 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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☒ Bradesco (2371) ☐ Itaú (3410) ☐ Banco do Brasil (0010) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 5808	CONTA: 0007043	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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.

Rolo 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) ☐ Divorciado ☐ 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:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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, PIRIPARI-PI, 11/02/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RISCO

Gil Celio de Menezes Fontenele
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	Assinatura
CPF:	
2ª Nome:	Assinatura
CPF:	

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 RISCO, 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.

REDE BRANDESCO - CONSULTA DE SALDOS
 01/01/2019 DE MESES FONTIEMLE
 AGENCIA 5000 CONTA 0007043-2

11:12 HPS
 12/FEV/2019

DISPONIVEL
 = TOTAL DISPONIVEL 16,50-
 + CONTA FACIL (C/D + POUF) 16,50-
 TOTAL DE RECURSOS 16,50-

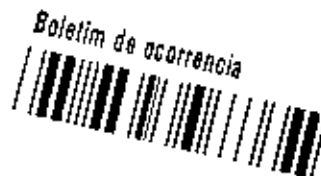
MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/D + POUF)
 DEZEMBRO/2018 VALOR
 DIA HISTORICO 0,00
 28 SALDO ANTERIOR
 12 FEVEREIRO/2019 16,50-
 PARIFA BANCARIA 8110119
 CESTA EXPRESSO
 SALDO TOTAL 16,50-

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

DIA 10 SALDO EM RENDIMENTO(S)
 ANTERESARTO 12/02/2019 0,00
 28 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



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: FIRIMO 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 mesmo 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 15/09/2018 e nos exames realizados ficou ciente que houve fratura na clavícula.

Boletim de Ocorrência nº 177696.000015/2019-84
Chefe de Polícia
Jesuino Soares Caxias
1º DP DE PIRIPIRI
Mat. 0867527

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



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. Jesuino Soares Campos
Chefe de Pol. 2ª D.P. P/2019
Mtr.: 088752-7