



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 DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|----------|--------------------|---|-----------------|
| 95522 04 | 06/05/2020 14:13 | <u>Intimação</u> | Intimação |
| 62071 78 | 18/09/2019 10:27 | <u>Despacho</u> | Despacho |
| 59002 57 | 07/08/2019 12:51 | <u>Certidão</u> | Certidão |
| 58595 28 | 03/08/2019 13:05 | <u>Petição Inicial</u> | Petição Inicial |
| 58595 29 | 03/08/2019 13:05 | <u>Documentos - parte 1</u> | Documentos |
| 58595 30 | 03/08/2019 13:05 | <u>Documentos - parte 2</u> | Documentos |
| 58595 31 | 03/08/2019 13:05 | <u>Documentos - parte 3</u> | Documentos |
| 58595 32 | 03/08/2019 13:05 | <u>Documentos - parte 4</u> | Documentos |
| 58595 33 | 03/08/2019 13:05 | <u>Documentos - parte 5</u> | Documentos |

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
GABINETE DA 3ª Vara da Comarca de Piripiri DA COMARCA DE PIRIPIRI
Rua Avelino Rezende, 161, Centro, PIRIPIRI - PI - CEP: 64260-000**

PROCESSO Nº: 0801680-46.2019.8.18.0033

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro, Seguro]

AUTOR: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

AVISO DE INTIMAÇÃO

De ordem da MM^a. Juíza de Direito, titular desta 3^a Vara, Dr^a. Maria do Rosário de Fátima Martins Leite Dias, sirvo-me do presente para INTIMAR **a parte autora, por seu procurador**, de Despacho proferido nos autos nas folhas (ID 6207178).

PIRIPIRI-PI, 6 de maio de 2020.

**CARLOS ALBERTO FURTADO RODRIGUES
Secretaria da 3^a Vara da Comarca de Piripiri**



Assinado eletronicamente por: CARLOS ALBERTO FURTADO RODRIGUES - 06/05/2020 14:13:49
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005061413226740000009099707>
Número do documento: 2005061413226740000009099707

Num. 9552204 - Pág. 1



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
3ª Vara da Comarca de Piripiri DA COMARCA DE PIRIPIRI
Rua Avelino Rezende, 161, Centro, PIRIPIRI - PI - CEP: 64260-000**

PROCESSO Nº: 0801680-46.2019.8.18.0033

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro, Seguro]

AUTOR: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Nome: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Endereço: Q-02, Casa 16, CENTRO, Residencial Heráclito Fortes, BRASILEIRA - PI - CEP: 64265-000

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Avenida Almirante Barroso, 74, Rua Senador Dantas, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-000

MANDADO

Em cumprimento ao DESPACHO-CARTA(Provimento CGJ nº38/2014) abaixo fica a RÉU:

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ciente do conteúdo abaixo:

DESPACHO-CARTA

Cls,

1. Defiro a gratuidade de justiça.

2. Cite-se o réu, na pessoa de seu representante legal, via mandado, para apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de lhe ser decretada a revelia processual, observada a regra do art. 231, I, do CPC.

3. Apresentada peça de resposta, certifique-se sua tempestividade e, independentemente de nova conclusão, intime-se a parte autora, oportunizando-lhe réplica, no prazo de 15 (quinze) dias.

4. Em seguida, com ou sem manifestação da requerente, voltem-me conclusos para ulteriores deliberações.

5. Deixo de designar audiência de conciliação neste momento, sem prejuízo de fazê-lo oportunamente, se o caso dos autos mostrar que será adequada para abreviar o acesso das partes à melhor solução da lide, porquanto a prática forense autoriza o magistrado a aplicar as regras usuais verificadas à solução do feito, de modo que nas hipóteses envolvendo cobertura securitária, as empresas seguradoras raramente apresentam proposta de acordo.

6. Int. Expedientes necessários.

Servirá o presente como despacho e como mandado/carta, para cumprimento pelos Correios mediante carta ARMP.

Piripiri, 04 de setembro de 2019.

**MARIA DO ROSÁRIO DE FÁTIMA MARTINS LEITE DIAS
Juíza da 3ª Vara da Comarca de Piripiri**





Poder Judiciário do Estado do Piauí
Gabinete da 3ª Vara da Comarca de Piripiri DA COMARCA DE PIRIPIRI
Rua Avelino Rezende, 161, Centro, PIRIPIRI - PI - CEP: 64260-000

PROCESSO Nº: 0801680-46.2019.8.18.0033

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro, Seguro]

AUTOR: GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Certidão de Triagem

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação, todavia, ausente o pagamento das custas iniciais do processo, bem como pedido de concessão do benefício da justiça gratuita.

PIRIPIRI-PI, 7 de agosto de 2019.

GUSTAVO DA COSTA LUZ
Secretaria da 3ª Vara da Comarca de Piripiri



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO DA COSTA LUZ - 07/08/2019 12:51:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080712510651800000005647789>
Número do documento: 19080712510651800000005647789

Num. 5900257 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE PIRIPIRI - PI**

GIL CÉLIO DE MENESES FONTENELE, brasileiro, piauiense, convivente em união estável, motorista, portador do RG nº 1.129.856 SSP-PI, CPF nº 396.211.893-49, residente e domiciliado no Residencial Heráclito Fortes, Q-02, Casa 16, Brasileira - PI, CEP: 64265-000, telefone para contato: 86 99823-6360, vem respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seus advogados, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS SEGUROS DPVAT**, pessoa jurídica portadora do CNPJ de nº. 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº 74, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP 20.031-201, pelas razões fáticas e seus alicerces que ora passa a explanar:

1- DA EXPOSIÇÃO FÁTICA:

O Requerente foi vítima de acidente automobilístico, do qual resultaram sequelas, conforme documentos apensados. De posse da documentação necessária, o demandante protocolou pedido administrativo de pagamento do seguro DPVAT – Processo – sinistro nº 3190176042 não havendo a conclusão do referido processo, devido a falta de ato declaratório.

Ocorre, Nobre Julgador, que o requerente está impossibilitado de juntar a estes autos processuais, o documento exigido pela seguradora demandada (ato declaratório), uma vez que o boletim de ocorrência só foi feito dias depois ao ocorrido, bem como a ida ao hospital.

Desta forma, o requerente encontra-se impossibilitado de conseguir ato declaratório comprovando a data do acidente de fato, sendo este o empecilho/pendência apontada pela demandada para não efetuar o pagamento em favor do requerente.

Em contrapartida, a exigência alegada pela requerida para não efetuar o pagamento do seguro DPVAT, é de cunho meramente burocrático e protelatório, não havendo nenhum respaldo em lei.

A lei 6.194/1974, que rege/regulamenta o seguro DPVAT é bastante clara ao dispor:

Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante **SIMPLES PROVA DO ACIDENTE E DO DANO DECORRENTE**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. *Grifei*

Desta forma, Excelência a documentação acostada aos



autos são bastante claras, contundentes, não havendo margens para dúvidas quanto a ocorrência do acidente automobilístico e dos danos decorrentes.

Não podemos olvidar que o autor juntou aos autos, bem como no processo administrativo junto a seguradora, declaração de residência, cópia de despesas médicas, declaração de proprietário do veículo, boletim de ocorrência.

Ademais, mostra-se necessário a realização de perícia com a qual podemos constatar incapacidade permanente no ombro esquerdo do Requerente.

Desta forma, de acordo com a tabela de pagamento do seguro DPVAT, o autor merece receber o valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), devendo este ser complementado, com o acréscimo de correção monetária e juros moratórios, conforme §7º do artigo 5º da lei 6.194/1974.

II – DO DIREITO

O Seguro Obrigatório tem por finalidade dar proteção financeira às vítimas de acidentes de trânsito, seja condutor, passageiro ou pedestre, compreendido *indenização por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar*.

O direito pátrio amparado no inteiro teor da lei nº 6.194/74, e suas posteriores modificações, ampara o requerente como se vê:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante SIMPLES PROVA DO ACIDENTE E DO DANO DECORRENTE, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Para melhor elucidação do caso em apreço, trazemos o artigo 7º da lei 6.194/74, que reza:

Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Excelência, ao analisar o dispositivo inserto no artigo 7º da lei 6.194/74, verificamos que ele obedece o determinado no artigo 5º do mesmo diploma legal, uma vez que autoriza o pagamento, mesmo nos casos de veículo não identificado. No caso em comento, verificamos que o acidente, os danos decorrentes e até o veículo foram devidamente identificados, restando tão somente um documento (declaração do proprietário do veículo) de



cunho meramente protelatório e burocrático, sem qualquer respaldo em lei.

III – DO RESSARCIMENTO PELOS HONORÁRIOS CONTRATUAIS DESPENDIDOS PELO DEMANDANTE

Os honorários advocatícios provenientes do ato ilícito da parte adversa é INDENIZAÇÃO por perdas e danos, conforme preceitua o art. 389 do CC, NÃO PODENDO SER CONFUNDIDO COM HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS, onde realmente há vedação na esfera dos Juizados Especiais (art. 55 da Lei 9.099/95).

“Art. 389 do CC: Não cumprida à obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e HONORÁRIOS DE ADVOGADO. (grifos nossos)

De fato, há fundadas decisões que *admitem* a cobrança dos honorários advocatícios extrajudiciais pela parte vitoriosa, além das verbas de sucumbência, aplicando a novel sistemática por força da expressa menção a *honorários* contida no bojo dos arts. 389, 395 e 404 do Código Civil vigente, que tratam de indenização.

A melhor doutrina assim preceitua:

HAMIDCHARAF BDINE JR., ao comentar os arts. 389 e 404 do Novo Código Civil, observa que “ao acrescentar a verba honorária entre os valores devidos em decorrência das perdas e danos, parece que o legislador quis permitir que a parte prejudicada pelo inadimplemento possa cobrar o que despendeu com honorários, seja antes de ajuizar a ação, seja levando em conta a diferença entre aquilo que contratou com seu cliente e aquilo que foi arbitrado a título de sucumbência. Não se pode supor que tenha feito menção a essa verba apenas para os casos de ajuizamento da ação, quando houver a sucumbência, pois, nessa hipótese, a solução já existiria no art. 20 do Código de Processo Civil e não é adequada à interpretação que conclui pela inutilidade do dispositivo”.

Verifica-se que a demandada deve ressarcir todas as despesas efetuadas pelo demandante. Ora, se o mesmo contratou um advogado para ajuizar a ação, atinente despesa deverá ser suportada pela empresa demandada. Ressalte-se: não se trata aqui de honorários sucumbenciais (estes vedados pela JECC) e sim de honorários contratuais.

VI - DOS PEDIDOS:

Pelo Exposto, requer:



Assinado eletronicamente por: HIGOR PENAFIEL DINIZ - 03/08/2019 13:05:21
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908031305208280000005609457>
Número do documento: 1908031305208280000005609457

Num. 5859528 - Pág. 3

- a) Seja determinada citação da requerida, via AR, na pessoa de seu representante legal, para responder, querendo, os termos da presente ação, sob as penas da lei;
- b) Seja acolhida a presente ação, condenando a requerida ao Pagamento do Seguro Obrigatório ao requerente, no valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), devidamente corrigido e atualizado na data do pagamento, tomando como parâmetro o valor global do seguro;
- c) Requer a realização de perícia médica a fim de constatar a incapacidade permanente no ombro esquerdo do Requerente;
- d) Requer, desde já, indicação à penhora de dinheiro em espécie, já que trata de instituição financeira;
- e) Requer a aplicação de juros moratórios de 1% ao mês dos honorários contratuais na base de 20% do valor da condenação;
- f) A produção de todos os meios de provas em direito admissíveis.

Dá-se à presente causa o valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nesses termos,
pede deferimento.

Piripiri - PI, 03 de agosto de 2019.

Dra. Carmen Gean Veras de Meneses
Advogada OAB/PI nº. 4119

Dr. Higor Penafiel Diniz
Advogado OAB nº. 8500



Bel. Higor Penafiel

OAB - PI Nº 8500

Fone: 86 99018666

Bela. Carmen Gean

OAB - PI Nº 4119

Fone: 86 99820923

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: **GIL CELIO DE MENESES FONTENELE**, brasileiro, piauiense, convivente de união estável, motorista, portador do RG nº. 1.129.856 SSPPI e portador do CPF nº. 396.211.893-49, residente e domiciliado no Residencial Heráclito Fortes, Q-02, Casa 16, na cidade de Brasileira/PI, CEP.: 64.265-000, Fone para contato: (86) 99823-6360.

OUTORGADOS: **Dra. Carmen Gean Veras de Meneses**, brasileira, piauiense, solteira, CPF 420.604.273-04, advogada inscrita na OAB-PI 4119 e **Dr. Higor Penafiel Diniz**, brasileiro, piauiense, solteiro, CPF 003.162.413-85, advogado inscrito na OAB-PI sob o nº 8500, e com escritório na Rua Avelino Resende, nº. 191, Centro, Piripiri - PI, telefones nº. (86) 99982-0923/ 99901-8666.

PODERES: a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad judicia", em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-o, conferindo-lhes ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Piripiri - PI, 15 de março de 2019.

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE
GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Rua Avelino Rezende, 191, Piripiri - PI

Bairro - Centro, CEP: 64260-000

Fone: (86) 3276 - 1622



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

GIL CELIO DE MENESES FONTENELE, brasileiro, piauiense, convivente de união estável, motorista, portador do RG nº. 1.129.856 SSPPI e portador do CPF nº. 396.211.893-49, residente e domiciliado no Residencial Heráclito Fortes, Q-02, Casa 16, na cidade de Brasileira/PI, CEP.: 64.265-000, Fone para contato: (86) 99823-6360, **DECLARA**, para os fins de obtenção de **BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA**, que em função de sua condição financeira, não pode arcar com despesas decorrentes de serviço judicial sem que se prive do sustento próprio e de sua família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50. E por ser expressão da verdade, firma e assina a presente declaração, sob as penas da lei.

Piripiri-PI, 15 de março de 2019.

x Gil Celio de Meneses Fontenele
GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

Rua Avelino Rezende, 191, Piripiri – PI
Bairro – Centro, CEP: 64260-000
Fone: (86) 3276 – 1622









Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0792978-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série 6-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ OG/92.

Nº da Nota Fiscal 008878211

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

| CONTA/MES | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JULHO/2018 | 31/07/2018 | 59 | 53,37 |

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

ROT: 337.315.17.55.021700

| DADOS DA LEITURA | KWH | DATAS DA LEITURA |
|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| Atual: | 4352 | 24/07/2018 |
| Anterior: | 4293 | Atual: |
| Constante de Multiplicação: | 1.000 | Anterior: |
| Consumo Medido: | 59 | Próxima Leitura: 22/08/2018 |
| Consumo Faturado: | 59 | Emissão: 19/07/2018 |
| | FCAM | A apresentação: 24/07/2018 |

Forma de Faturamento: NORMAL | Cálculo: Cálculo regularizada | Dia de Consumo: 29

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Poste | Código Fat. | Média 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL | MONO | A1445143 | | 1.1.1.1 | 60 |

| HISTÓRICO kWh | DESCRIPÇÃO DA CONTA |
|----------------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo | |
| JUN/18 | CONSUMO 59 A R\$ 0,832309 = 49,10 |
| MAI/18 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,27 |
| ABR/18 | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 2,94 |
| MAR/18 | |
| FEV/18 | |
| FEV/18 | |
| JAN/18 | |
| DEZ/17 | |
| NOV/17 | |
| OUT/17 | |
| SET/17 | |
| SET/17 | |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: | |
| 0 A 59 - 0,604090 | |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 19/07/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 156E.CF08.3EEB.B9AD.83AF.EB91.125E.9358

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição: | 10,18 | Base de Cálculo: | 49,10 |
| Energia: | 19,35 | Alíquota ICMS: | 22,00% |
| Transmissão: | 3,04 | Valor do ICMS: | 10,80 |
| Encargos: | 3,08 | Valor do PIS: | 0,47 |
| Tributos: | 13,45 | Valor do COFINS: | 2,18 |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| | DÍC | | | FÍC | | | DMC | | EFCR | |
|----------|--------|---------------|-------|--------|------------|-------|--------|--------|--------|--------|
| | Mensal | Intermediária | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Mensal | Mensal | Mensal |
| Limite | 6,03 | 12,06 | 24,12 | 3,49 | 6,98 | 13,95 | 3,54 | | | |
| Atendido | | | | 0,00 | | | 0,00 | | | |

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GIL CÉLIO DE MENESES FONTENELE,
RG nº 1 129 856, data de expedição 29/03/89, Órgão SSPPI,
CPF nº 396.243.893-49, 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) | RS HERACKITO FORTES - Q-02 |
| Número | CASA 16 |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | |
| Cidade | BRASILEIRIA |
| Estado | PIAUI |
| CEP | 64.265 000 |
| Telefone de Contato | (86) 99823-6360 |
| E-mail | camurageean@hotmail.com |

Por ser verdade, firme-me.

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

Assinatura do Declarante: Gil Célio de Menezes Fontenele





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

Rio de Janeiro, 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

000650152
Pág. 093/0900304 - carta_03 - INVALIDEZ

Carta nº 14038266





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 10:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE BRASILEIRA

13/09/2018 - 15:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BRASILEIRA

Endereço

RUA PROJETADA, Nº:

Bairro

Complemento

PREJUDICADO

BAIRRO FREXEIRAS

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GIL CELIO DE MENESES GONTENELE

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1129856 PI

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE MENESES FONTENELE

Pai: FIRMO DE MENESES FONTENELE

Endereço: QUADRA 02 DO CONJUNTO HERÁCLITO FORTES, Nº 16

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: BRASILEIRA

Telefone(s): 86-9823-7360

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 Frexeiras, 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 Feixeiras 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.

Jesuino Soares Caxias
Delegado 1º D.P. Piripiri
Jesuino Soares Caxias - Mat. 0867527
Chefe do 1º D.P.
AGENTE DE POLÍCIA

Heitor Cadeira

Gil Célio de Meneses Fontenele
GIL CELIO DE MENESES GONTENELE - Noticiante
Responsável pela Informação



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

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: HIGOR PENAFIEL DINIZ - 03/08/2019 13:05:21
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080313052104600000005609458
Número do documento: 19080313052104600000005609458

Num. 5859529 - Pág. 8



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. Jepônio Soares Caxias
Chefe da Cant. 2º D.P Parnaíba
Mai. 088752-7





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

| | | | |
|---|----------------------------|---------------------------------|----------------|
| Nº do sinistro ou AS: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: | |
| | 396.218.893-49 | GIL CELIO DE MENESES FONTENELLE | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BBENEFICIÁRIO CIRCULAR SUSEP N° 445/2012 | | | |
| Nome completo: | | CPF: | 396.218.893-49 |
| Profissão: | Endereço: | Número: | Complemento: |
| ATUANTE DE VENAS RS HERCILIO FORTES - Q-02 | | 16 | |
| Bairro: | Idade: | Estado: | CEP: |
| | BRASILEIRIA | PI | 64.265.000 |
| Email: | Tel.(DDD): (86) 99823-6360 | | |
| Carimengean@hotmail.com | | | |

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

| | | | |
|--|--|---|---|
| RENDIMENTO MENSAL: | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |
| DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA | | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Nome do BANCO: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | |
| AGÊNCIA: 5808 | CONTA: 0007043 | 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) 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

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.

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

Nome: _____

CPF: _____

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 RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COM PROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

FPS001 V001/2018



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): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para clientes auditórios e de fala): 0800 022 12 06
Ouvintoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da viúva e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/viúvas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/viúvas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/viúvas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/viúvas e assinada pelos beneficiários/viúvas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.





()

Buscar no site

A COMPANHIA ▼ SEGURO DPVAT ▼ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) ▼ CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▼ SALA DE IMPRENSA ▼ TRABALHE CONOSCO ▼ CONTATO ▼

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190176042 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO GIL CELIO DE MENESES FONTENELE

CPF/CNPJ: 39621189349

Posição em 13-03-2019 12:02:23

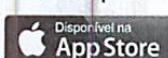
Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a emissão do parecer final. Por favor, encaminhe a documentação que está pendente para a entrega no ponto de atendimento escolhido para a entrega.

| Descrição | Tipo | Status | Nome |
|-----------------------------------|--------|----------|------|
| → Comprovação de ato declaratório | Vítima | Pendente | |

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
|---------------|----------------------|---|
| 12/03/2019 | Exigência Documental | Download |
| 12/03/2019 | Aviso de Sinistro | Download |

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

w.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=EA1aIQobChMlwLGGjbH_4AIVgcDICh3ieA3hEA... 1/3



Assinado eletronicamente por: HIGOR PENAFIEL DINIZ - 03/08/2019 13:05:21
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908031305215400000005609459>

Num. 5859530 - Pág. 4

Número do documento: 1908031305215400000005609459

ACESSIBILIDADE

 (</Pages/Acessibilidade.aspx>)  (</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)
Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)
Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)
Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Documentos/IndenizacaoOficial/>)
| %C3%ADder-
dpvat)

SERVIÇOS

> Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
> Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
> Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
> Pontos de Atendimento ([Pontos-de-Atendimento](#))
> Como Pedir Indenização ([Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

Dúvidas e Reclamações

> A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
> Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
> Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
> Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
> Dicionário do Seguro DPVAT ([Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT](#))
> Perguntas Frequentes ([Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes](#))

Atendimento

> Chat - Atendimento On-line ([Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
> Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
> Telefones de Contato ([Contato/telefones-de-contato](#))



13/03/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

- Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))
- Baixar o aplicativo do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Download](#))

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))

http://seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=EA1aIQobChMlwLGGjbH_4AIVgcDICh3ieA3hEA... 3/3



Assinado eletronicamente por: HIGOR PENAFIEL DINIZ - 03/08/2019 13:05:21
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908031305215400000005609459>
Número do documento: 1908031305215400000005609459

Num. 5859530 - Pág. 6



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: P0212030
 Data: 16/09/2018
 Funcionario: ERALDO
 Senha 38

Registro: 82019
 Hora: 08:57:00
 Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
 SUS



GIL CELIO DE MENESSES FONTINELE

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

End.: HERACLITO FORTES, 16 -

Cor: SEM

Telefone: () -

CPF: - RG: - SUS:

Profissão: Civil: CEP: 642650

Bairro:

Cidade: BRASILEIRA/PI

Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE

Pai:

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 1 - HRCR

Responsavel: GIL CELIO DE MENESSES FONTINELE - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

16/09/2018 8:57 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: CONSULTA ORTOPEDICA

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Procedimentos

Anotação de enfermagem

CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
 GIL CELIO DE MENESSES FONTINELE - O MESMO

16/09/2018 8:57

Assinado eletronicamente por: GIL CELIO DE MENESSES FONTINELE

PROFISSIONAL



Assinado eletronicamente por: HIGOR PENAFIEL DINIZ - 03/08/2019 13:05:21
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908031305215400000005609459>
 Número do documento: 1908031305215400000005609459

Num. 5859530 - Pág. 7

**RETORNO ORTOPÉDICO**

NOME:

Cpt Celio de Amorim

RETORNO COM DR.

*Renato*EM 3, 10, 18

OU + ____ DIAS

Trat. clavícula

DIAGNÓSTICO

RECOMENDAÇÕES

*curativo diário
exercício americano
últimos 10 dias em + 12 + 5 de*

PIRIPIRI,

20, 9, 18*Dr. Felipe Verner PAGNONCINI
Ortopedia e Traumatologia
CRM PI 4427*



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI
E-mail: hcr@saude.pi.gov.br

RECEITUÁRIO

NOME:

Alfredo

Alfredo que Gil César de Souza
fotunho esteve internado des-
de 16/09/18. A sua conta de
Mais 120 (Centos e Vinte) dias
de apartamento de hos-
pitalizad

5420.

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

20/09/18

(Fazenda assinatura e selinho)

Ligar

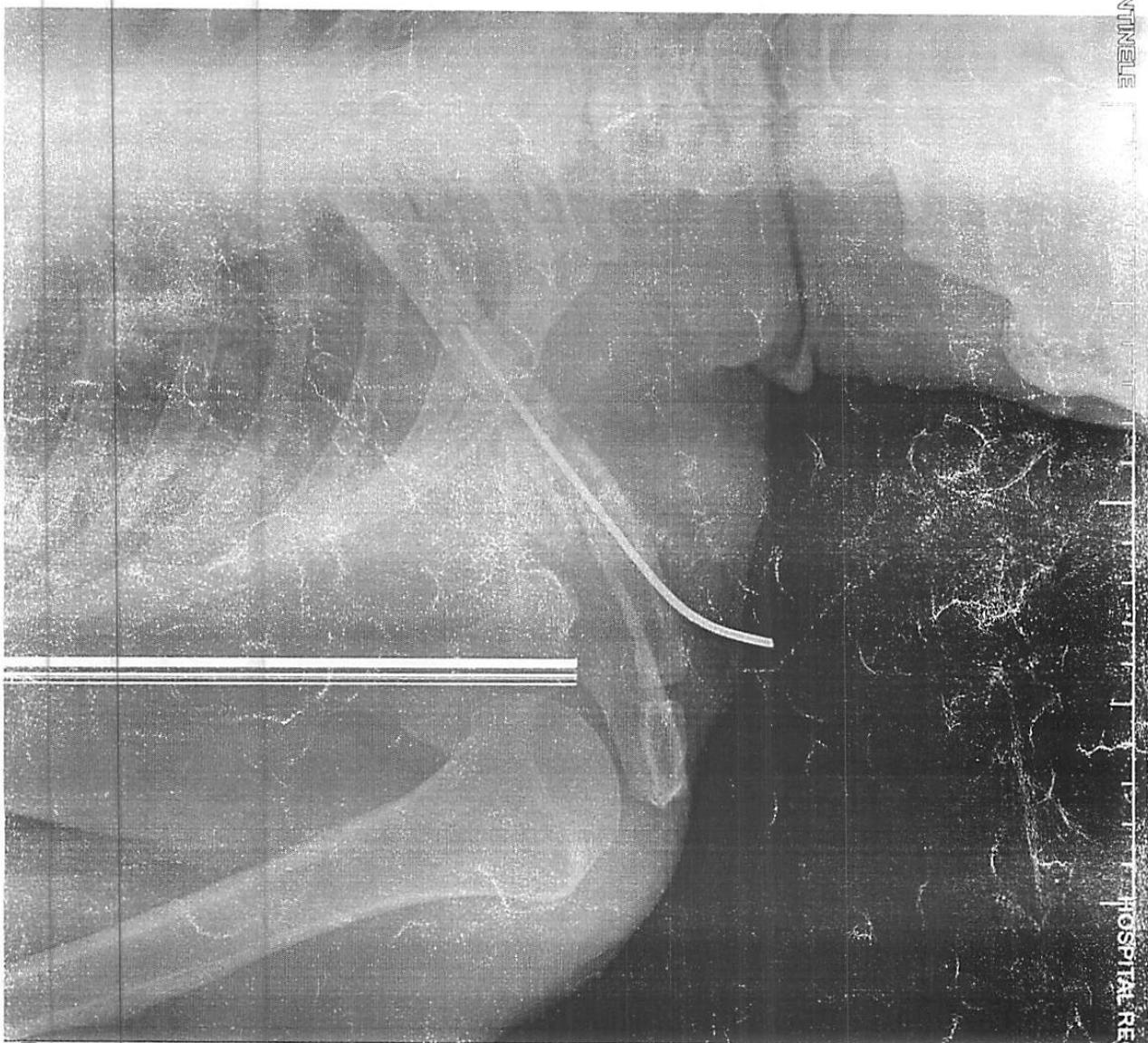
135 Central ~~INSS~~

Avaliação do Benefício
Governo.



GIL GREGÓRIO DE MENESES FONTENELE
PS 80022 INT

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
FELDROS
PA



Level: 950
Window: 1900

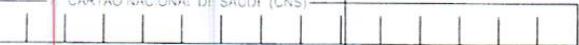
Fecha: 18/09/2018
Hora: 11:26

Tac: JAYRA
Tac: JAYRA
Hora: 11:26



Assinado eletronicamente por: HIGOR PENAFIEL DINIZ - 03/08/2019 13:05:22
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080313052189300000005609460>
Número do documento: 19080313052189300000005609460

Num. 5859531 - Pág. 3

| | | | |
|--|--|--|--|
|  SUS Sistema Único de Saúde | | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | |
| 1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE AFRCR | | 2. CNIS 2177777416 | |
| 3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE AFRCR | | 4. CNIS 2177777416 | |
| Identificação do Paciente | | | |
| 5. NOME DO PACIENTE Gil Célio de Menezes Fontenelle | | 6. NPI DO PRONTUÁRIO | |
| 7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  | | 8. DATA DE NASCIMENTO 22/11/170 | |
| 9. NOME DA MÃE Maria Alzair de Menezes Fontenelle | | 10. SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> 3 | |
| 11. RESPONSÁVEL | | 12. FONE DE CONTATO <small>DDD</small> <input type="text"/> N. DO TELEFONE | |
| 13. ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO) Q2, n.º 16 | | 14. FONE DE CONTATO <small>DDD</small> <input type="text"/> N. DO TELEFONE | |
| 15. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Brasília | | 16. COD. IBGE MUNICÍPIO | |
| 17. COD. IBGE MUNICÍPIO | | 18. UF | |
| 19. CEP | | | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | |
| 20. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Haver náuseas devido a dor de cabeça de nível alto | | | |
| 21. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Ocasional | | | |
| 22. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Analises f&F + b | | | |
| 23. DIAGNÓSTICO INICIAL otoporite flexível | | 24. CID 10 PRINCIPAL | |
| 25. CID 10 SECUNDÁRIO | | 26. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| 27. DOCUMENTO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Outros | | 28. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | |
| 29. CNIS | | 30. CARTA HUA DE INTERNAÇÃO | |
| 31. CNIS | | 32. DOCUMENTO | |
| 33. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Fábio Verry Aguiar | | 34. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 159919 | |
| 35. DATA DA SOLICITAÇÃO | | 36. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) DR. FELIPE VERNER PAUNIUS ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - RJ 4477 | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | |
| 37. () ACIDENTE DE TRÂNSITO 38. () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 39. () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | 40. CNPJ DA SEGUROADORA | |
| 41. () EMPREGADO 42. () EMPREGADOR | | 43. N.º DO BILHETE | |
| 44. () AUTÔNOMO 45. () DESEMPREGADO | | 46. () APOSENTADO | |
| 47. () NÃO SEGURO | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | |
| 48. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 49. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | |
| 50. DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 51. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
|  | |  | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---------------|-----------|--|--------------------------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|--------------------------|--------------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|
| Identificação | 1015112 | HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES AV. DR. PADUA MENDES, 300 PIRIPIRI/PI | Nº AIH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 15/09/2018 | | OTAVIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hora | 19:56 | BOLETIM DE ADMISSÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 82019 - GIL CELIO DE MENESES FONTINELE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Sexo: MASCULINO - 22/11/1970 - 47 ANOS. 9 MESES. 23 DIAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Clínica: CLINICA MEDICA | Enfermaria: OB02- OBSFRVACAO 02 | Leito: OB0204 | Naturalidade: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escolaridade: | Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF: | RG: | C/N: | CNS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço: Q 2. N° 16 - CEP: 64265000 | Bairro: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cidade: 2201960 - BRASILEIRA/PI | Profissão: | Telefone () - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável: GIL CELIO DE MENESES FONTINELE - () - O MESMO | Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico inicial: 9999-CID NAO INFORMADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico Definitivo: | <p><i>FNU - dícteal</i> O X</p> <table> <tr> <td colspan="2">Resu tado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Curado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Melhorado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Inalterado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Piorado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Removido</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pedido</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Evasão</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Indisciplina</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>-48 Hras</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>+48 Horas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Obito</td> </tr> </table> <p><i>Transferido</i></p> | | | Resu tado | | <input type="checkbox"/> | Curado | <input type="checkbox"/> | Melhorado | <input type="checkbox"/> | Inalterado | <input type="checkbox"/> | Piorado | <input type="checkbox"/> | Removido | <input type="checkbox"/> | Pedido | <input type="checkbox"/> | Evasão | <input type="checkbox"/> | Indisciplina | <input type="checkbox"/> | -48 Hras | <input type="checkbox"/> | +48 Horas | <input type="checkbox"/> | Obito |
| Resu tado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Curado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Melhorado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Inalterado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Piorado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Removido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Pedido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Evasão | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Indisciplina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | -48 Hras | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | +48 Horas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Obito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| História Clínica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><i>Entregue a Dr. Felipe Verner Pagnoncelli Dr. Mot, Dr. Odair de Moraes Claudio</i> O</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico Provável: | <p><i>FNU - dícteal</i></p> <p><i>DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PROFISSIONAL</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |





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
Senha: 83
SUS



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

GIL CELIO DE MENESES FONTINELE

Nasc.: 22/11/1970 Idade: 47 ANOS, 9 MESES, 23 DIAS Profissão: Civil: CEP: 642650
End.: Q 2, 16 - Bairro: Cidade: BRASILEIRA/PI
Cor: SEM Telefone: () - Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELE Pai:

Clínica: 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 MÉDICO)

15/09/2018 14:17 0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: DOR NO BRAÇO

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

- Maua em omho E.

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Anotações de enfermagem

| | |
|---------------------------|---|
| - Raio X no Dmho E. | <i>Hospital Regional Chagas Rodrigues TÉCNICA DE ENFERMAGEM COHEN-PI 001 126/06 Lembre-se</i> |
| - Diclofenaco - 1 AMP, IM | <i>17.50</i> |
| - Dipirona - 1 AMP, IM | <i>17.50</i> |
| - Parecer da Ortopedico | <i>Tranum por opção da Motice Dor de Mão, levado a pál: frias. clavícula col: doloroso</i> |

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

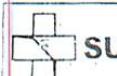
Dr. Bruno Raphael Bastos Coelho
Médico
CRM-PI 7257

Gil Célio de M. Fontinele

PROFISSIONAL

Assável: 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

HR CR

2. CNIS

2777741

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXCELENTE

HR CR

4. CNIS

2777741

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE

Gil Célio de Menezes Fontenelle

6. NÍMBO PRONTUÁRIO

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8. DATA DE NASCIMENTO

22/11/70

9. SEXO

Masc Fem 3

10. NOME DA MÃE

Maria Alzair de Menezes Fontenelle

11. TELEFONE DE CONTATO

DDD 000 N. DO TELEFONE

12. RESPONSÁVEL

13. TELEFONE DE CONTATO

DDD 000 N. DO TELEFONE

14. ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

Q2, n.º 16

15. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brasília

16. COD. IBGE MUNICÍPIO

17. UF

18. CEP

19. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS (SÍNOS)

Malas no peito devido a dor de cabeça

20. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Operação de

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

Analises F&F + b

Final - devido

22. CID 10 PRINCIPAL

23. CID 10 SECUNDÁRIO

24. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ortopedista flavio de mello

26. CID 10 PROCEDIMENTO

27. CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Ortopedista

28. CID 10 PROCEDIMENTO

29. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Ortopedista

30. DOCUMENTO

31. N.º DOCUMENTO (CNS/CPI) DO PROFISSIONAL

CNS

CPI

32. CÓDIGO DO PROFISSIONAL

33. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34. DATA DA SOLICITAÇÃO

35. ASSINATURA E CARIMBO

DR. FELIPE VERNER FRANCO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-F-1367

36. CÓDIGO DA SIGUARABA

37. CÓDIGO DA EMPRESA

38. CÓDIGO DA EMPRESA

39. CÓDIGO DA EMPRESA

40. N.º DO BILHETE

41. SERVIÇO

42. CÓDIGO DA EMPRESA

43. CNAE DA EMPRESA

44. CEP

45. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46. EMPREGADO

47. EMPREGADOR

48. CÓDIGO DA EMPRESA

49. CÓDIGO DA EMPRESA

50. CÓDIGO DA EMPRESA

51. CÓDIGO DA EMPRESA

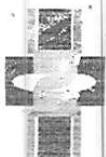
52. N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53. DATA DA AUTORIZAÇÃO

54. ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

55. ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO 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 MENESSES FONTINELLE

Nasc.: 22/11/1970 Idade: 47 ANOS, 9 MESES, 23 DIAS Profissão: Civil: CEP: 642650
 End.: Q 2, 16 - Bairro: Cidade: BRASILEIRA/PI
 IBGE: 2201960 Cor: SEM Mãe: FRANCISCA ALZAIR DE M FONTINELLE Pai:

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 7257 - HRCR
 Responsável: GIL CELIO DE MENESSES FONTINELLE - O MESMO

1

Procedimentos

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

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

Motivo do 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

Responsável: GIL CELIO DE MENESSES FONTINELLE

Gisélia Amorim - autana
 Enfermeira
 COREN-PI 352314

PROFISSIONAL



**PACIFICO: (015112-GL) CELIO DE
LOS SUELOS**

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA
CONTINÉLE
LE.

ADMISSÃO: 15/09/2018 IDADE: 48 Anos

PRESCRIÇÃO MÉDICA

85:55:10 - 8102/60/02

DIETA LIVRE

ALTA HOSPITALARIA 1.000

PRESCRIÇÃO MÉDICA

85:55:10 - 8102/60/02

111

111

~~DR. FRITZ VERNER INGWERSEN
ORTHOPEDIC SURGEON
CRM. F. V. IN~~





HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO

64260-000, PIRIPIRI/PI

CNPJ: 06553564000480

TELEFONE: (86)



Impresso: 19/09/2018 - 11:25:03

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1015112-GIL CELIO DE MENESES FONTINEL
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA
LEITO:CM0701

IDADE: 48 Anos
ADMISSÃO: 15/09/2018
SUS

DIAS INTERNADO: 4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

19/09/2018 - 11:25:56

DIETA ZERO

| | | | |
|--|----------------------------|-----------|-----------------|
| ACESSO SORONILADO | 1,00 | | |
| TI-NOXICAN 70MG PÓ LIQUIDO P/SDUCAÇÃO INJETÁVEL | 1,00 FRAMPOENDOVENOSA (EV) | 12/12/18 | <i>06/09/18</i> |
| DIPRORNA 1G AMP | 1,00 UN ENDOVENOSA (EV) | 06/09/18 | <i>06/09/18</i> |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO | 2,00 AMP ENDOVENOSA (EV) | 35GTS/MIN | <i>06/09/18</i> |
| SORO GLICOSADO 50MG/ML 500ML | 1,00 FRA ENDOVENOSA (EV) | 35GTS/MIN | <i>06/09/18</i> |
| TRALOTINA 1G (4) | 1,00 FRAMPOENDOVENOSA (EV) | 06/09/18 | <i>06/09/18</i> |
| GL INTAMICINA 80MG/ML 2ML | 1,00 AMP ENDOVENOSA (EV) | 08/09/18 | <i>08/09/18</i> |
| S+V + CCC | | | |

9:30: PA: 110/60 mmHg
P: 36s/Min
F: 120/60 Min
T: 36,5°C

M - 127

PROFISSIONAL





HISTORICAL CHANGES IN BODIES

HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA
AV. D. B. RADIÁ MENDES 300 - CENTRO

AN: LABOR LAW

CNPJ: 08333000401

111

PACIENTE: 1015112-GIL CELIO DE MENESES FONTINELA
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO:CM07

IDADE: 48 ANOS
ADMISSÃO: 15/09/2018

DIAS INTERNADO: 3

Impresso: 18/09/2018 - 10:59 03

Pág. 1/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/09/2018 - 10:31:00

DILIMONO

TRONICIAN 20MG PÓ HOFHO P/S/G
INITIAVEL
DIPRONIA 1G AMP
SCHELESTISTODIGICLO 0,9% 500ML SIS
SOKRI GLICOSASO 50MG/ML 5% 50
CITAFI 1000 1G INJ.
GENIPIAMINA 80MG/ML 20ML
SSV 4 CL 6G

St. Nevers - Oissey - Louv. 4030 *in Bidaux*

P.A = 120 x 80 mm & g
T_{ax} = 36.1° C
Teritudin

PROFISS)





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

RELATÓRIO DE ANESTESIA

| | | | | | | | |
|---|---|----------------------------------|-----------|--------------------|--------|----------------------------------|--|
| NOME | | <i>Ed Glio de Oliveira Viana</i> | | | | | |
| DATA | | ENFERMARIA | | | | CLÍNICA | |
| IDADE | SEXO | COR | PESO (KG) | ALTURA (CM) | ASA | MALLAMPATTI | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Patr. de dacônia</i> | | | | | | | |
| TIPO DE CIRURGIA <i>Trat. cínguis</i> | | | | | | | |
| MEDICAMENTOS EM USO <i>N</i> | | | | | | | |
| TEMPERATURA | PRESSÃO ARTERIAL | FREQ. CARDIACA | HTM | HTC | HB | LEUCOMETRIA | |
| GLICEMIA | URÉIA / CREATININA | SÓDIO / POTÁSSIO | PLAQUETAS | TAP / TTPA / RNI | OUTROS | | |
| ALERGIAS <i>N</i> | | | | | | | |
| COMPlicações em anestesias anteriores | | | | | | | |
| TEMPO DE JEJUM | ESTADO FÍSICO | ECG | Rx TÓRAX | ANESTESIA PROPOSTA | | ELETIVA <input type="checkbox"/> | URGÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> |

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

| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | DOSE | HORA | EFEITO |
|--------------------------|------|------|--------|
| | | | |

| A G E N T E S | OXIGÉNIO L/MIN | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|--|--|--|--|--|------------|
| | ÓXIDO NITROSO L/MIN | | | | | | |
| | HALOTANO | | | | | | VOL TOTAL: |
| | ISOFLURANO | | | | | | VOL TOTAL: |
| | SEVOFLURANO | | | | | | VOL TOTAL: |
| | | | | | | | |

| LÍQUIDOS ENDOVENOSOS | | | |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| | <i>sf</i> | <i>sf</i> | <i>sf</i> |



| SIMB. | T.C. ^s | F.C. | F.R. | P.A. | | |
|-------------------|-------------------|------|------|------|-----|--|
| P.I.A. | 40 | 240 | | 240 | | |
| X | | | | 220 | | |
| | | | | 220 | | |
| ANE. | | | 200 | 40 | 200 | |
| X | 38 | 180 | | | 180 | |
| OP. | | | | | 160 | |
| ● | | | | | 160 | |
| T.C. [•] | | | 30 | | | |
| ★ | 37 | 120 | | | 140 | |
| F.C. | | | | | 140 | |
| ● | | | | | 120 | |
| F.R. | | | | | 120 | |
| ▲ | 36 | 60 | | | 80 | |
| SPO ₂ | | | | | 60 | |
| ▲ | | | | | 60 | |
| 35 | | | | | | |
| P.A. | | | | 20 | | |
| X | 34 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| ESPONTÂNEA | | | | | | |
| ASSISTIDA | | | | | | |
| CONTROLADA | | | | | | |
| LEGENDA | | | | | | |
| POSIÇÃO | | | | | | |

| DROGAS/CONCENTRAÇÃO/VIA | | DOSE | TÉCNICA ANESTÉSICA | MONITORIZAÇÃO | |
|-------------------------|-----------|------------------------|---|--|--------|
| A | Cetotetra | 2g | Bloq plexo braq. lidocaina 1,5% c/v 30ml | <input checked="" type="checkbox"/> E.C.G. <input type="checkbox"/> SPO ₂ <input type="checkbox"/> P.I.A. <input checked="" type="checkbox"/> P.N.I. <input type="checkbox"/> CO ₂ <input type="checkbox"/> AGENTES | |
| B | | | | | |
| C | | | | INTERCORRÊNCIAS | |
| D | | | | | |
| E | | | | | |
| F | | | | | |
| G | | | | | |
| H | | | <input type="checkbox"/> T.O.T. N.º: <input type="checkbox"/> T.N.T. N.º: | <input type="checkbox"/> M. LARÍNGEA N.º: <input type="checkbox"/> M. FACIAL: | |
| I | | | INÍCIO | FIM | |
| J | | | | DURAÇÃO | |
| K | | SF: | RL: | TOTAL DE LÍQUIDOS: | |
| L | | RS: | SG: | URINA | SANGUE |
| M | | CH: | PL: | | |
| N | | ANESTESISTA Eduardo | | CIRURGIAO Lima L | |
| O | | | | | |
| P | | | | | |

| | |
|----------------------|--|
| ALTA PARA ENFERMARIA | MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA |
| |  |
| | |
| | |



PROFISSIONAL
AV. DR. PAUWELS, 3000 - CENTRO
64260-000, PIACARA/PI
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (86) 3276-3362

PACIENTE: 1015112-GIL CELIO DE MENESES FONTINEL
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA
LEITO: CM0701

IDADE: 48 Anos
ADMISSÃO: 15/09/2018

SUS

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

17/09/2018 - 07:28:55

DIETA LIVRE

| | | | |
|--|------|----------------------|-----------------|
| ACESSO SOROLIZADO | 1,00 | | |
| TENOKICAN 20MG PÓ LIQUÍDICO/SOLUÇÃO INJETÁVEL | 1,00 | FRAMFENDOVENOSA (EV) | 12/12H |
| DIPIRONA 1G AMP | 1,00 | UN | ENDOVENOSA (EV) |
| SSVV + CCGG | | | 06/06H |

16:30: PA: 110/60mmHg
F: 35°C axilas

P.A: 120/80mmHg
F: 36°C axilas

P.A: 120/80mmHg
F: 36°C axilas
Tec. de Enfermagem
COREN-PI 001.1001

Dr. Guilherme C. M. M. Gonçalves
MÉDICO
CRM-PI: 5386

PROFISSIONAL



http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080313052227900000005609461

Pág: 1/1



PACIENTE: 1015112-GIL CELIO DE MENESES FONTINELA
ENFERMARIA: OB02-OBSERVACAO 02
IDADE: 48 Anos
LEITO:OB0204
ADMISSÃO: 15/09/2018

DIAS INTERNADO: 1 SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

10/03/2018 - 07:21:58

1

**TENOXICAN 20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO
INJETÁVEL
DIPIRONA 1G AMP**

1.00 FRAMFENDOVENOSA (EV) 12/12
1.00 UN ENDOVENOSA (EV) 06/06

| | | | |
|--|----------------------------|--------|--------------------------------------|
| ACESSO SORORIZADO | | | |
| TENOXICAN 20MG PÓ LIOFILO P/SOLUÇÃO INJETAVEL | 1.00 FRAM:ENDOVERNOSA (EV) | 12/12H | 10:00 <i>10:00</i> 10:00 10:00 10:00 |
| DIPIRONA 1G AMP | 1.00 UN ENDovenosa (EV) | 05/06H | 10:00 <i>10:00</i> 10:00 10:00 10:00 |
| SSV + CCGG | | | |

At 16:00 hrs 55 min
PA = ~~50~~ 80 mm Hg
T_{TX} = 36.2°C

DR. H. W. VERNER PACHMANN
OBERARZT E. P. R. AMMATORLOGIE



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

BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

| ENFERMARIA | | LEITO | CIRURGIA | ANESTESISTA |
|----------------------------|------------------|----------------------|------------------------|-------------|
| | | | Dr. Renato Souza | Dr. Eduardo |
| CIRURGIA | | | | |
| INÍCIO 10:10 | TERMINO 10:50 | ANESTESIA bloquio | | |
| MATERIAL DE CONSUMO | UNIDADE | QUANTIDADE | MATERIAL DE CONSUMO | UNIDADE |
| AGULHA 13 X 4,5 | | | ATADURA GESSADA | |
| AGULHA 25 X 7 | X | 0,2 | MICROPORE | X |
| AGULHA 30 X 7 | | | ESPARADRAPO | X |
| AGULHA 30 X 8 | | | | |
| AGULHA 40 X 12 | | | | |
| AGULHA DE RAQUE 20G X 3 | | | | |
| AGULHA DE RAQUE 22G X 2 | | | | |
| AGULHA DE RAQUE 22G X 3 | | | | |
| AGULHA DE RAQUE 25G X 3 | | | | |
| AGULHA DE RAQUE 26G X 3 | | | | |
| AGULHA DE RAQUE 27G X 3 | | | | |
| SERINGA 1 ML | | | | |
| SERINGA 5 ML | | | | |
| SERINGA 10 ML | X | 0,2 | | |
| SERINGA 20 ML | | | | |
| SERINGA 50 ML | | | | |
| SERINGA 60 ML | | | | |
| CATETER JELCO N° 14 | | | | |
| CATETER JELCO N° 16 | X | 0,1 | | |
| CATETER JELCO N° 18 | | | | |
| CATETER JELCO N° 22 | | | | |
| CATETER JELCO N° 24 | | | | |
| CATETER PERIDURAL | | | | |
| SCALP N° 19 | | | | |
| SCALP N° 21 | | | | |
| SCALP N° 23 | | | | |
| SCALP N° 25 | | | | |
| SCALP N° 27 | | | | |
| EQUIPO INJ. LATERAL | | | | |
| EQUIPO POLIFIX 2 VIAS | | | | |
| EQUIPO POLIFIX 4 VIAS | | | | |
| EQUIPO MACROGOTAS | X | 0,1 | | |
| EQUIPO MICROGOTAS | | | | |
| EQUIPO DE SANGUE | | | | |
| DRENO DE PENROSE N° | | | | |
| DRENO DE SUÇÃO N° | | | | |
| DRENO DE TÓRAX N° | | | | |
| UROFIX SIST. ABERTO | | | | |
| UROFIX SIST. FECHADO | | | | |
| ELETRODOS | | | | |
| LÂMINA N° 11 | | | | |
| LÂMINA N° 15 | X | 0,1 | | |
| LÂMINA N° 24 | | | | |
| LUVA ESTÉRIL 6,5 | | | | |
| LUVA ESTÉRIL 7,0 | | | | |
| LUVA ESTÉRIL 7,5 | X | 0,2 | | |
| LUVÁ ESTÉRIL 8,0 | X | 0,2 | | |
| LUVÁ ESTÉRIL 8,5 | | | | |
| LUVÁ DE PROCEDIMENTO (PAR) | X | 0,5 | | |
| SONDA DE FOLEY | | | | |
| TUBO OROTRAQUEAL | | | | |
| CÂNLULA TRAQUEOSTOMIA | | | | |
| SONDA DE ASPIRAÇÃO N° | | | | |
| SONDA GÁSTRICA N° | | | | |
| CERA ÓSSEA | | | | |
| SURGICEL | | | | |
| TELA DE PROLENE | | | | |
| ATADURA DE CREPOM N° | | | | |
| COMPRESSA | | | | |
| COMPRESSA DE GAZES | | | | |
| MATERIAL DE CONSUMO | UNIDADE | QUANTIDADE | MATERIAL DE CONSUMO | UNIDADE |
| ATADURA GESSADA | | | EFEDRINA | |
| MICROPORE | X | | FUROSEMIDA PROMETAZINA | |
| ESPARADRAPO | X | | GLICOSE 25% | |
| | | | GLICOSE 50% | |
| | | | GLUCONATO DE CALCIO | |
| | | | HEPARINA | |
| | | | NITROPRUSSIATO | |
| | | | PROSTIGIMINE | |
| | | | METOCLOPRAMIDA | |
| | | | SUCCINICOLINA | |
| | | | SULFATO DE MAGNESIO | |
| | | | METILPREDNISOLONA | |
| | | | DICLOFENACO | |
| FIOS CIRÚRGICOS | | | ANTIBIÓTICOS | |
| MONONYLON N° 0 | | | AMPLICILINA | |
| MONONYLON N° 1 | | | CEFALOTINA | |
| MONONYLON N° 2 | | | CEFAZOLINA | X 0,2 |
| MONONYLON N° 3 | X | 0,1 | CEFTRIAXONA | |
| MONONYLON N° 4 | | | GENTAMICINA | |
| MONONYLON N° 5 | | | METRONIDAZOL | |
| MONONYLON N° 6 | | | | |
| MONONYLON N° 7 | | | | |
| SOLUÇÕES | | | SOROS | |
| ALCOOL 70% | | | FISIOLÓGICO 250ML | |
| ALCOOL 90% | | | FISIOLÓGICO 500ML | |
| PVPI TÓPICO | | | GLICOSADO 5% 250ML | |
| PVPI DEGERANTE | | | GLICOSADO 5% 500ML | |
| ALCOOL IODADO | | | RINGER LACTADO 500ML | |
| ÁGUA OXIGENADA | | | MANITOL | |
| VASELINA LÍQUIDA | | | | |
| FORMOL | | | | |
| CLOREXIDINA | | | | |
| ANESTÉSICOS | | | PSICOTROPICOS | |
| XYLOCAÍNA GEL | | | MIDAZOLAN 15MG | |
| XYLOCAÍNA SPRAY | | | MIDAZOLAN 50MG | |
| XYLOCAÍNA 2% SV | | | DOMOTIDOLASSAL | |
| NEOCÁINAS 0,5% SV | | | FENTANIL FRASCO | |
| NEOCÁINAS 0,5% CN | | | FENTANIL ÂMPOLA | |
| NEOPACINA 5 MG | | | PROPOFOL | |
| | | | HALOTANO | X 0,2ML |
| | | | ENFLURANO | |
| | | | ISOFLURANO | |
| | | | SEVOFLURANO 100MG | |
| | | | SEFURANO 250MG | |
| | | | THIOPENTAL 1G | |
| | | | THIOPENTAL | |
| | | | NARCAN | |
| MEDICAMENTOS | | | TAXA EQUIPAMENTO | |
| ADRENALINA | | | BISTURI ELÉTRICO | X |
| AMINOFILINA | | | ASPIRADOR | |
| ATROFINA | | | AR COMPRISSIMO (H) | |
| ÁGUA DESTILADA | | | MICROSCÓPIO | |
| BUSCOPAN | | | RX EM SALA | |
| CEDILANIDE | | | MONITOR CARDIÁCO | |
| HIDROCORTISONA 100MG | | | OXÍMETRO DE PULSO | X |
| HIDROCORTISONA 500MG | | | CARRO DE ANESTESIA | |
| KCL | | | OXIGÉNIO (H) | X 3L |
| NACI 10% | | | | |
| NACI 20% | | | | |
| DEXAMETASONA | | | | |
| DIPRORNA | | | | |
| DOBUTAMINA | | | | |
| EFORTIL | | | | |
| | | | OUTROS | |

DATA 12/12/18

INSTRUMENTADOR

Yuri Estevam

CIRCULANTE Jonatka e Leide





RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 18/7/18 ENFERMARIA/LEITO: CLÍNICA:

NOME: Gil Lito M. Fontenelle

DIAGNÓSTICO: f claudio CID:

CIRURGIA: PROCEDIMENTO: artm

CIRURGIANO: AUXILIAR:

ANESTESISTA: INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

- Amput
- sev
- laco
- tric
- Reduzce a press co
or fio Kelme
- fio gom
- ent
- m

M

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, FRANCISCA ALTAIR DE MENGES FONTEENE
113

RG nº 93 654 data de expedição 24/08/57

Órgão SSPPS, portador do CPF nº 726.856.703-00,

com domicílio na cidade de BRASILEIRIA, 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 CÉRIO DE MENESES PONTENRE, cujo o condutor era

GIL CELIO DE MENESES FONTELE

1. [View](#) [Edit](#) [Delete](#) [Details](#) [Print](#) [Email](#) [Share](#) [Report](#) [Help](#)

Data do Acidente: 23/03/2008

Local e Data: PIRIPIRI - PI, 31/08/2019

Francisco Algar de Meneses Fontenelle

Assinatura do Declarante

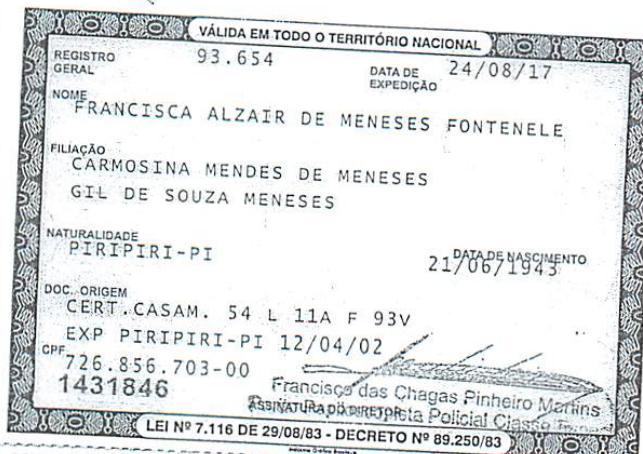
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO | JÔNATAS MELO
Tabelionato de Notas de Pirenópolis-PI
Tabelião Público = Tabelião Público =
Av. Presidente Dutra, 71 - Centro - Pirenópolis-PI - CEP 64260-000
Tel.: (86) 3276-4167 - Fax (86) 3276-4167 - Email: cartoriojoni@gmail.com

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCA ALZAIR DE
MENESES FONTELE, DOU FE. EM TESTE. ~~DEclaro~~ DA VERDADE.
PIRIPIRI-PI, 11/02/2019. Emol.:3,85 TJ:0,7 FMT:0,10 Selos:0,26
Total:4,98 Selos:ABO-3022 (F390P76)

PARA A CONCEITUAÇÃO DAS DIAIS DA SILVA—Tabalia Substituta







Av. Marechal Cartelo 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: 08000 86 8888

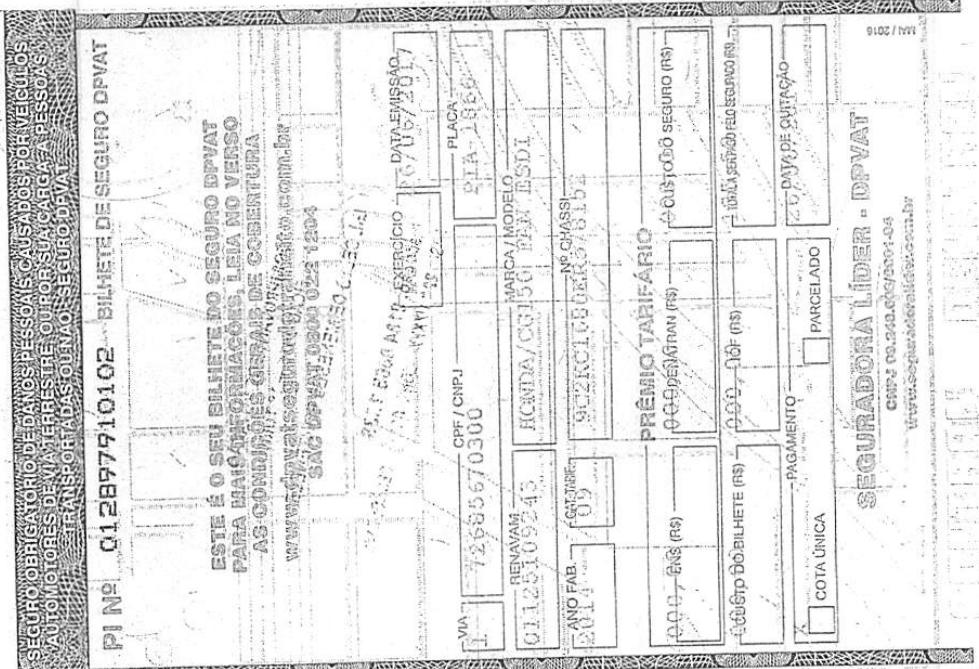
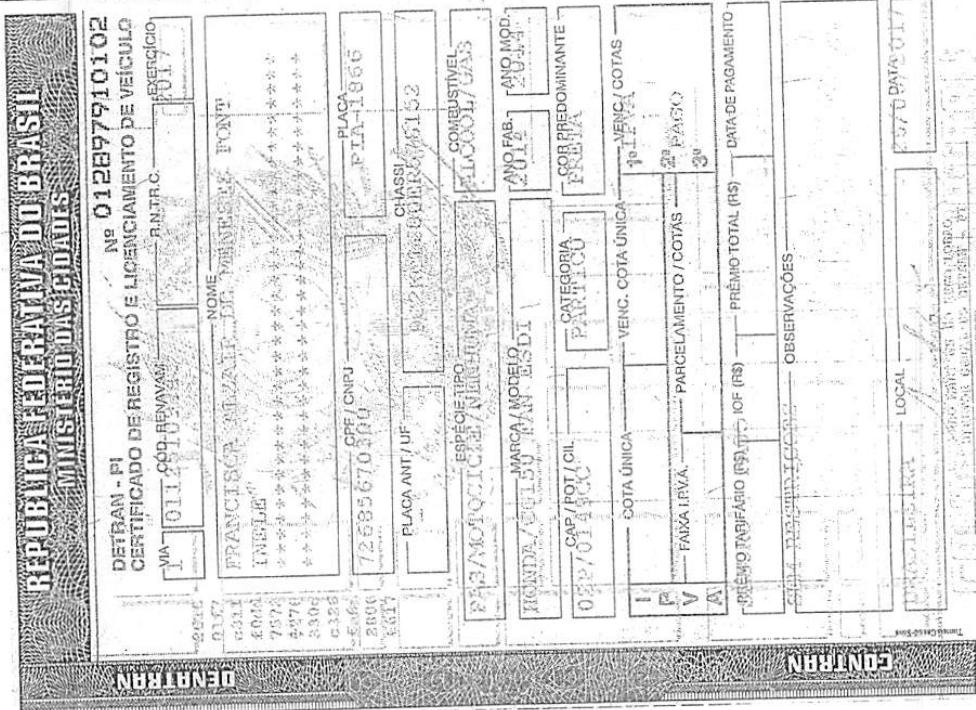
Fatura Mensal

| | | | |
|--|--|---|--|
| MATRÍCULA 2609662-5 | Hidrômetro A081057493 | Referência JAN/2019 | |
| Nome/Razão Social/Endereço FRANCISCA A DE M FONTENELE RUA HORACIO DE SOUSA, 807 CENTRO BRASILEIRA 64265000 | | | |
| Situação Água/água 3/1 | Res. 1 | Categorias de Uso Con. Ind. Pub | Inscrição 121 1 04 0173 0338-000 |
| Período de Consumo 07/12/2018 | | 09/01/2019 | 33 |
| Histórico de Consumo | | Forma de Faturamento FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO | |
| Mês/Ano 07/18 08/18 09/18 10/18 11/18 12/18 01/19 | Lerida 986 995 1003 1009 1017 1024 1033 | Consumo 9 9 8 6 8 7 9 | Ocor. 0 0 0 0 0 0 0 |
| Cód. Responsável 911818030 | | Coletor da Várzea 01 | |
| Consumo Média 7 | Consumo Fixa Água 9 | Consumo Fixa Esgoto 10 | |
| DESCRICAÇÃO DA FATURA | | | |
| Cod. AGUA | Nome do Serviço MANUTENCAO HIDROMETRO | Valor (R\$) 28,72 1,60 | |

VENCIMENTO 14/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 30,32
PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

| | | | | | | | |
|--|----------|------|-------|---------|--------|--------------|------------------|
| CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME LEGISLAÇÃO | | | | | | | |
| Parâmetros | Turbidez | Cor | Cloro | Ch | Ferrro | Colif. Total | Escherichia Coli |
| Valor Máximo Permitido | 5,0 | 15 | 5,0 | 6,0/9,5 | 0,3 | Ausente | Ausente |
| Nº Mínimo de Amostras Exigidas | | | | | | | |
| Nº Amostras Realizadas | | | | | | | |
| Nº Amostra que Atende Legislação | 1.43 | 1.00 | 4.79 | | 0.00 | 0.00 | |
| Valor Médio | | | | | | | |
| RESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE. | | | | | | | |
| Conclusão | | | | | | | |
| Mantenha a ÁGUA PIA NA MESA, NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. | | | | | | | |
| EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL. | | | | | | | |





Assinado eletronicamente por: HIGOR PENAFIEL DINIZ - 03/08/2019 13:05:22
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080313052270900000005609462>
Número do documento: 19080313052270900000005609462

Num. 5859533 - Pág. 6