

ÁGUAS DE  
TERESINA

CNPJ 073357474000106 - IE 119965574  
Av. Prof. Camilo Filho, 1980, Edifícioor Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 233 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA FATURA Nº  
13428373-2 MÊS/ANO 152393609  
20190802113026 8/2019

NOME / ENDERECO  
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA Vinte e Quatro DE  
JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO	GRUPO	NÚMERO DO HIDRÔMETRO
001-02041-005270	001	Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO DE TARIFA	
MÊS / ANO	TIPO	USO	FATURADO	
07/2019	1.140	01	10	
06/2019	1.140	02	10	
05/2019	1.140	01	10	
04/2019	1.140	06	10	
03/2019	1.140	02	10	
02/2019	1.140	03	10	

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	REF.
ANTERIOR 02/07/2019	146	10	LEI 12.741/06/02
ATUAL 02/08/2019	147		REF. PIS/PASEP 05.1941.684-0.91

COFINS 05.1941.684-0.91 4.19

TABELA DE TARIFAS		DESCRÍCION		VALOR
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E [R]	VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66	REF.	30,66
0 10	3,9868 0,01	> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
10 25	5,7120 0,02	VALOR DE ESGOTO - 24,53		24,53
25 99999	9,8610 0,02	> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E [R]

INSCRIÇÕES / INSCRIÇÕES		DESCRÍCION		VALOR
VENCIMENTO	14/08/2019	REF.	TOTAL A PAGAR	55,19

INSCRIÇÕES / INSCRIÇÕES

MENSAGEM  
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇAO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

CHARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342/1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	UNIDA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2561	2538	23	1.35	0,2-5,0 mg/l

INVESTPREV

12 SET 2019

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kaylley Oliveira de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wagner Venâncio de Alcantara inscrito (a) no CPF sob o Nº 664.645.193-04

do sinistro de DPVAT cobertura Incidente da Vítima Wagner Venâncio de Alcantara

inscrito (a) no CPF sob o Nº 664.645.193-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: Centro e Centro de Pneus</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>PI</u>	CEP:	<u>64.018-650</u>	
E-mail:							Tel.(DDD):	<u>(86)994725591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 04.09.19

Kaylley Oliveira de Oliveira  
Assinatura do Declarante

**INVESTPREV**

12 SET 2019

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, JOÃO VENÍCIUS DA SILVA BARROSO

RG nº 4.183.817, data de expedição 10/02/15,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 079.430.993-38,

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PI,

rua: Macolhaes Fazto, nº 2593,

complemento AEROPORTO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Wagner Vencio de Alcántara, cujo o condutor era

Wagner Vencio de Alcántara.

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/BIZ 150 I Ano: 2019

Placa: QRT-1611 Chassi: 9C23JC7000KR203262

Data do Acidente: 19/05/19

Local e Data: TERESINA-PI 13-06-19

João Vinícius da Silva Barroso

Assinatura do Declarante

**INVESTPREV**

12 SET 2019

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Luís de Queiroz, 1221 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3225-0100 - E-mail: [cartoriosoterinapb.com.br](mailto:cartorio3@cartoriosoterinapb.com.br)

Assinatura: Aurea Letícia Santos da Silveira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO VINÍCIUS DA SILVA BARROSO, DOU FÉ, EM TESTE, DA VERDADE.  
Teresina-PI, 13/06/2019.  
Selo: AAD20192-IXP6  
[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra)

Aurea Letícia Santos  
AUREA LETÍCIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE  
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:339  
DECLARAÇÃO P/OPVAT

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Aurea Letícia Santos Silva  
Escrivente Autorizada

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
**CONSULTE O SELO  
DIGITAL**



INVESTPREV

12 SET 2019

NOME DO PACIENTE:

Wagner Venancio de Alcantara

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

511 660



**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".



- CIV 062

- JM top

Imp: 20/05/2019 00:15:10  
 (User: WILLIAM MACHADO)  
 (Estação: CONSULPA03)

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: <b>FAGNER VENANCIO DE ALCANTERA</b>	Prontuário: <b>511660</b>		
Mãe: <b>MARIA DO ROSARIO DE FATIMA VENANCIO DE</b>	Pai:		
End. Resid.: <b>RUA DEOFINO VAZ 2496 - PRIMAVERA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000</b>			
Nascimento: <b>31/08/1979</b>	Idade: <b>39a8m19d</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	Fone: <b>86-32142-397</b>
Responsável: <b>O MESMO</b>	CNS:		
Profissão: <b>FISCAL DE LOJA</b>	Documento: <b>Reg.Nasc: 000000000000</b>		
G. Instrução: <b>Não informado</b>	E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: <b>722460</b>	Entrada: <b>19/05/2019 23:41:29</b>	Convênio: <b>S U S</b>	Proced: <b>0301060029</b>
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>			
Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>			

**TIPOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

Final/Sintoma de Apresentação: <b>QUEDAS</b>	Classificação: <b>Dor moderada</b>	Cor: <b>Amarelo</b>
Breve História Clas. Risco: relato de queda de moto com trauma em hipocondrio e membros		IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES CRN 157540 Em: 19/05/2019 23:51:33

**SSVV:** (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Peso: **0,00 Kg** Altura: **0,00 M** IMC: **0,00 Kg/m<sup>2</sup>** Pulso: **bmp** Pressão: **mmHg**

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

QP: acd motociclistico + dor em perna dir

HDA: pct relata acidente motociclistico há 40 min aproximadamente, relata uso de capacete, nega desmaios, náuseas, vômitos. Relata ingestão de bebida alcoólica Trazido ao serviço pelo samu com colar cervical e em prancha rígida.

EF: vias aéreas pérviias, estável hemodinamicamente, MV bilateralmente, BNF 2T, abdome semigloboso, indolor à palpação sup e prof, sem sinais de irritação peritoneal. Pelve estável, GCS 15/15, pupilas isocôricas e fotorreagentes, com deformidade em terço sup de perna dir, com pulsos popliteos e distais dir presentes.

Diagnóstico Inicial:

CID:

**Exames Complementares:**

(1220935) - T.C. DE TORAX  
 (1220936) - T.C. DE Perna DIREITA

**Prescrição Médica:**

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS

DATA: 19/05/2019 HORA: 23:51:33 FONE: 086-32142-397

**Motivo da Alta/Encerramento:**

Internação nesta Unidade

DATA: / / HORA: :

010: 5821

Assinatura Paciente ou Responsável

PROC: 040PO50551 Dr. Celso de ALMEIDA MACHADO  
 Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 3918 TEOT 12122



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>239397</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>FAGNER VENANCIO DE ALCANTERA</b>	6 - Prontuário: <b>511660</b>		
7-CNS:	8-Nascimento: <b>31/08/1979</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: . . .
11-Mãe: <b>MARIA DO ROSARIO DE FATIMA VENANCIO DE ALCANTERA</b>		12-Fone: <b>86-32142-397</b>	
13-Resp: <b>O MESMO</b>		14-Fone: <b>86-32142-397</b>	
15-Ender: <b>RUA DEOFINO VAZ 2496 - PRIMAVERA - CEP: 64000-000</b>		17-Cod. IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>		19-CEP: <b>64000-000</b>	

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050551</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL</b>	
31-Cod.Procedimento Especial <b>0702030040</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>ARRUELA LISA</b>	Quant. Sollicitada: <b>2</b>

**Fornecedor da OPM: PIMMES**

38-Profissional Responsável: <b>CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA</b>	40-Tp. Documento: CPF	<i>Flávio Maciel B. de S. Carimbo Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 102</i>
39-Data Solicitação: <b>20/05/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>000.058.973-00</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS**

*Fret. plato tibial*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	<b>GENTE SEGURADORA S.A.</b>
	/	<b>Centro-Norte CEP: 64.002-470</b> <b>Teresina-PI</b>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	____/____/____	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(LAIANE NUNES)

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

**PACIENTE** - Nome: Fagner Benacio de Alcantara

Nº AIH: 239397

Nº do Prontuário: 511660 Data da Internação:   /  /  

Procedimento Médico Realizado: 040805051

Indicador de Compatibilidade:   

**MÉDICO RESPONSÁVEL** - Nome: Dr. Flávio

CRM Nº    CPF Nº   

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 20/05/19 DATA DA ALTA:   /  /  

Código Ropm Nº	DESCRIPÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx-44	02 parafusos esponjosos nº 70 nº 75
	01 parafuso cortical nº 28
	03 arreuelas lisas

Flávio  
Médico  
CRM-PI  
3102  
Cirurgião  
Ortopedista  
Cirurgião  
Plástico

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 20 de maio de 2019  
Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: \_\_\_\_\_

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

Cargo: \_\_\_\_\_

Nome: Ana Léa



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
Fagner V. de Melo et al.					
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
Rx da Plata Dr.	DR TOPÉDIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
1 - Dieta geral Nutricionista		10:30 AM	03:30 Pm Funcionário AV Dr. Non		
2 - SF 0,9% 500ml FV de 12/12h		03:30 PM	03:30 PM noite. A alimentação		
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 1/4h		03:30 PM	analgesico		
4 - Terodil 25mg + ADEV 12/12h		03:30 PM	Dra. D.		
5 - Ranitidina 50mg + ADEV 12/12h		03:30 PM	03:30 PM. Posto		
6 - Plastil 01 amp + FTEV 8/8h		03:30 PM	Dra. E. ENFERMEIRA		
7 - CEGG + SSI/IV					
⑧		20/6/19			
⑨		07:30 - 08 15. EXPRECO			
⑩		08:30 - 09:30			
⑪		10:00 - 11:00			
⑫		11:00 - 12:00			
⑬		12:00 - 13:00			
⑭		13:00 - 14:00			
⑮		14:00 - 15:00			
⑯		15:00 - 16:00			
⑰		16:00 - 17:00			
⑱		17:00 - 18:00			
⑲		18:00 - 19:00			
⑳		19:00 - 20:00			
㉑		20:00 - 21:00			
㉒		21:00 - 22:00			
㉓		22:00 - 23:00			
㉔		23:00 - 00:00			
㉕		00:00 - 01:00			
㉖		01:00 - 02:00			
㉗		02:00 - 03:00			
㉘		03:00 - 04:00			
㉙		04:00 - 05:00			
㉚		05:00 - 06:00			
㉛		06:00 - 07:00			
㉜		07:00 - 08:00			
㉝		08:00 - 09:00			
㉞		09:00 - 10:00			
㉟		10:00 - 11:00			
㉟		11:00 - 12:00			
㉟		12:00 - 13:00			
㉟		13:00 - 14:00			
㉟		14:00 - 15:00			
㉟		15:00 - 16:00			
㉟		16:00 - 17:00			
㉟		17:00 - 18:00			
㉟		18:00 - 19:00			
㉟		19:00 - 20:00			
㉟		20:00 - 21:00			
㉟		21:00 - 22:00			
㉟		22:00 - 23:00			
㉟		23:00 - 00:00			
㉟		00:00 - 01:00			
㉟		01:00 - 02:00			
㉟		02:00 - 03:00			
㉟		03:00 - 04:00			
㉟		04:00 - 05:00			
㉟		05:00 - 06:00			
㉟		06:00 - 07:00			
㉟		07:00 - 08:00			
㉟		08:00 - 09:00			
㉟		09:00 - 10:00			
㉟		10:00 - 11:00			
㉟		11:00 - 12:00			
㉟		12:00 - 13:00			
㉟		13:00 - 14:00			
㉟		14:00 - 15:00			
㉟		15:00 - 16:00			
㉟		16:00 - 17:00			
㉟		17:00 - 18:00			
㉟		18:00 - 19:00			
㉟		19:00 - 20:00			
㉟		20:00 - 21:00			
㉟		21:00 - 22:00			
㉟		22:00 - 23:00			
㉟		23:00 - 00:00			
㉟		00:00 - 01:00			
㉟		01:00 - 02:00			
㉟		02:00 - 03:00			
㉟		03:00 - 04:00			
㉟		04:00 - 05:00			
㉟		05:00 - 06:00			
㉟		06:00 - 07:00			
㉟		07:00 - 08:00			
㉟		08:00 - 09:00			
㉟		09:00 - 10:00			
㉟		10:00 - 11:00			
㉟		11:00 - 12:00			
㉟		12:00 - 13:00			
㉟		13:00 - 14:00			
㉟		14:00 - 15:00			
㉟		15:00 - 16:00			
㉟		16:00 - 17:00			
㉟		17:00 - 18:00			
㉟		18:00 - 19:00			
㉟		19:00 - 20:00			
㉟		20:00 - 21:00			
㉟		21:00 - 22:00			
㉟		22:00 - 23:00			
㉟		23:00 - 00:00			
㉟		00:00 - 01:00			
㉟		01:00 - 02:00			
㉟		02:00 - 03:00			
㉟		03:00 - 04:00			
㉟		04:00 - 05:00			
㉟		05:00 - 06:00			
㉟		06:00 - 07:00			
㉟		07:00 - 08:00			
㉟		08:00 - 09:00			
㉟		09:00 - 10:00			
㉟		10:00 - 11:00			
㉟		11:00 - 12:00			
㉟		12:00 - 13:00			
㉟		13:00 - 14:00			
㉟		14:00 - 15:00			
㉟		15:00 - 16:00			
㉟		16:00 - 17:00			
㉟		17:00 - 18:00			
㉟		18:00 - 19:00			
㉟		19:00 - 20:00			
㉟		20:00 - 21:00			
㉟		21:00 - 22:00			
㉟		22:00 - 23:00			
㉟		23:00 - 00:00			
㉟		00:00 - 01:00			
㉟		01:00 - 02:00			
㉟		02:00 - 03:00			
㉟		03:00 - 04:00			
㉟		04:00 - 05:00			
㉟		05:00 - 06:00			
㉟		06:00 - 07:00			
㉟		07:00 - 08:00			
㉟		08:00 - 09:00			
㉟		09:00 - 10:00			
㉟		10:00 - 11:00			
㉟		11:00 - 12:00			
㉟		12:00 - 13:00			
㉟		13:00 - 14:00			
㉟		14:00 - 15:00			
㉟		15:00 - 16:00			
㉟		16:00 - 17:00			
㉟		17:00 - 18:00			
㉟		18:00 - 19:00			
㉟		19:00 - 20:00			
㉟		20:00 - 21:00			
㉟		21:00 - 22:00			
㉟		22:00 - 23:00			
㉟		23:00 - 00:00			
㉟		00:00 - 01:00			
㉟		01:00 - 02:00			
㉟		02:00 - 03:00			
㉟		03:00 - 04:00			
㉟		04:00 - 05:00			
㉟		05:00 - 06:00			
㉟		06:00 - 07:00			
㉟		07:00 - 08:00			
㉟		08:00 - 09:00			
㉟		09:00 - 10:00			
㉟		10:00 - 11:00			
㉟		11:00 - 12:00			
㉟		12:00 - 13:00			
㉟		13:00 - 14:00			
㉟		14:00 - 15:00			
㉟		15:00 - 16:00			
㉟		16:00 - 17:00			
㉟		17:00 - 18:00			
㉟		18:00 - 19:00			
㉟		19:00 - 20:00			
㉟		20:00 - 21:00			
㉟		21:00 - 22:00			
㉟		22:00 - 23:00			
㉟		23:00 - 00:00			
㉟		00:00 - 01:00			
㉟		01:00 - 02:00			
㉟		02:00 - 03:00			
㉟		03:00 - 04:00			
㉟		04:00 - 05:00			
㉟		05:00 - 06:00			
㉟		06:00 - 07:00			
㉟		07:00 - 08:00			
㉟		08:00 - 09:00			
㉟		09:00 - 10:00			
㉟		10:00 - 11:00			
㉟		11:00 - 12:00			
㉟		12:00 - 13:00			
㉟		13:00 - 14:00			
㉟		14:00 - 15:00			
㉟		15:00 - 16:00			
㉟		16:00 - 17:00			
㉟		17:00 - 18:00			
㉟		18:00 - 19:00			
㉟		19:00 - 20:00			
㉟		20:00 - 21:00			
㉟		21:00 - 22:00			
㉟		22:00 - 23:00			
㉟		23:00 - 00:00			
㉟		00:00 - 01:00			
㉟		01:00 - 02:00			
㉟		02:00 - 03:00			
㉟		03:00 - 04:00			
㉟		04:00 - 05:00			
㉟		05:00 - 06:00			
㉟		06:00 - 07:00			
㉟		07:00 - 08:00			
㉟		08:00 - 09:00			
㉟		09:00 - 10:00			
㉟		10:00 - 11:00			
㉟		11:00 - 12:00			
㉟		12:00 - 13:00			
㉟		13:00 - 14:00			
㉟		14:00 - 15:00			
㉟		15:00 - 16:00			
㉟		16:00 - 17:00			
㉟		17:00 - 18:00			
㉟		18:00 - 19:00			
㉟		19:00 - 20:00			
㉟		20:00 - 21:00			
㉟		21:00 - 22:00			
㉟		22:00 - 23:00			
㉟		23:00 - 00:00			
㉟		00:00 - 01:00			
㉟		01:00 - 02:00			
㉟		02:00 - 03:00			
㉟		03:00 - 04:00			
㉟		04:00 - 05:00			
㉟		05:00 - 06:00			
㉟		06:00 - 07:00			
㉟		07:00 - 08:00			
㉟		08:00 - 09:00			
㉟		09:00 - 10:00			
㉟		10:00 - 11:00			
㉟		11:00 - 12:00			
㉟		12:00 - 13:00			
㉟		13:00 - 14:00			
㉟		14:00 - 15:00			
㉟		15:00 - 16:00			
㉟		16:00 - 17:00			
㉟		17:00 - 18:00			
㉟		18:00 - 19:00			
㉟		19:00 - 20:00			
㉟		20:00 - 21:00			
㉟		21:00 - 22:00			
㉟		22:00 - 23:00			
㉟		23:00 - 00:00			
㉟		00:00 - 01:00			
㉟		01:00 - 02:00			
㉟		02:00 - 03:00			
㉟		03:00 - 04:00			
㉟		04:00 - 05:00			
㉟		05:00 - 06:00			
㉟		06:00 - 07:00			
㉟		07:00 - 08:00			
㉟		08:00 - 09:00			
㉟		09:00 - 10:00			
㉟		10:00 - 11:00			
㉟		11:00 - 12:00			
㉟		12:00 - 13:00			
㉟		13:00 - 14:00			
㉟		14:00 - 15:00			
㉟		15:00 - 16:00			
㉟		16:00 - 17:00			
㉟		17:00 - 18:00			
㉟		18:00 - 19:00			
㉟		19:00 - 20:00			
㉟		20:00 - 21:00			
㉟		21:00 - 22:00			
㉟		22:00 - 23:00			
㉟		23:00 - 00:00			
㉟		00:00 - 01:00			
㉟		01:00 - 02:00			
㉟		02:00 - 03:00			
㉟		03:00 - 04:00			
㉟		04:00 - 05:00			
㉟		05:00 - 06:00			
㉟		06:00 - 07:00			
㉟		07:00 - 08:00			
㉟		08:00 - 09:00			
㉟		09:00 - 10:00			
㉟		10:00 - 11:00			
㉟		11:00 - 12:00			
㉟		12:00 - 13:00			
㉟		13:00 - 14:00			
㉟		14:00 - 15:00			
㉟		15:00 - 16:00			
㉟		16:00 - 17:00			
㉟		17:00 - 18:00			
㉟		18:00 - 19:00			
㉟		19:00 - 20:00			
㉟		20:00 - 21:00			
㉟		21:00 - 22:00			
㉟					

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20/05/19

NOME DO PACIENTE:	Fagner Venceslau de Matos 533660		
DIAGNÓSTICO:	Frat plato tibial da Osteoartrose		
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	02
CIRURGÃO:	Thaís C. J. Guanha	CPF N°:	
AUXILIAR:	Paulo V. V. V. 3102	CPF N°:	
ANESTESIA:	paciente	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Raque	CPF N°:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N° 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	00	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	DPVAT	ML	300
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS	ML	
COMPRESSA	PAC.	300		SERINGA 20CC	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	UNID.	-
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	GENTE SEGURADORA	UNID.	02
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	Rua Coelho de Resende, 165 Loja C Centro-Norte CEP: 64002-420 Teresina-PI	UNID.	01
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N°	UNID.	-		estofados 05	UNID.	-	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				paciente de			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				cupom: 02			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	02			CIRCULANTE:			
PROLENE							

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Fagner Venâncio de Oliveira		
Diagnóstico pré-operatório	Frat. platô tibial dir.		
Operação - Tipo	Osteoníte		
Cirurgião	Flávio Maciel B. de S. Coutinho CRM-PI 3102	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Rapael	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)	Kapui		
Data da Operação	20-05-09	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<b>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
Requi o reto, DDK, liso de esporos ósseos, subnervo, espesso, rígido labial, RAPT e profundo, suturado por plástico. Ajustado e retrado de lado			
 Flávio Maciel B. de S. Coutinho Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3102			

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

206894

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES

**5828856**Código da  
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

4-CNES

**5828856**

239397

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **FAGNER VENANCIO DE ALCANTERA**6 - Prontuário: **511660**

7-CNS:

8-Nascimento: **31/08/1979**9-Sexo: **Masculino**11-Mãe: **MARIA DO ROSARIO DE FATIMA VENANCIO DE ALCANTERA**12-Fone: **86-32142-397**13-Resp: **O MESMO**14-Cor: **Sem Informação**15-Ender: **RUA DEOFINO VAZ 2496 - PRIMAVERA - CEP: 64000-000**16-Munic: **TERESINA**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-000**

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

**Fratura da extremidade proximal da tibia**

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

ID.C.Ass.:

S821

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

6-Cod.Proced.: **27-Procedimento Solicitado:****0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL**

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: **Ident.:** 31-Docum.: **32-Doc. Méd. Solic.:****02 01 CPF 000.058.973-00**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

**CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA**

20/05/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

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

36-(  ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-(  ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-(  ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

 Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: 49-Num. Documento:

 CNS  CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ELIENE SILVA)

Consulta Local: 722460

Consulta SUS:

Impressão: 20/05/2019 01:09:23

*Waldinei Venâncio de Alcântara*

**SOLICITAÇÃO DE OPME**  
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Fagner Renanico de Alcantara

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Flávio

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050551

CÓDIGO OPME: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA:**

Fraque platão tibial dir.  
Neonorio profuso e orvalho

Teresina, 20/05/19

Flávio Maciel B. de S. Coutinho  
Ortopedista e Traumatologista  
CR 3102

Assinatura do Médico Solicitante

**AUDITOR:**

**AUDITOR:**

Teresina, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante



**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**  
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

**Unidade:** CIS Lineu Araújo

**Nome:** WAGNER VERANCIO DE ALCANTARA

**Data do exame:** 31/05/2019

**Id Paciente:** LA418366

**Data do laudo:** 05-06-2019

**Raio X de Joelho Direito**

- Osteossíntese do platô tibial lateral com parafusos metálicos de fixação.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

---

Dra. Lara Medeiros  
Médica Radiologista  
CRM-PI: 3373

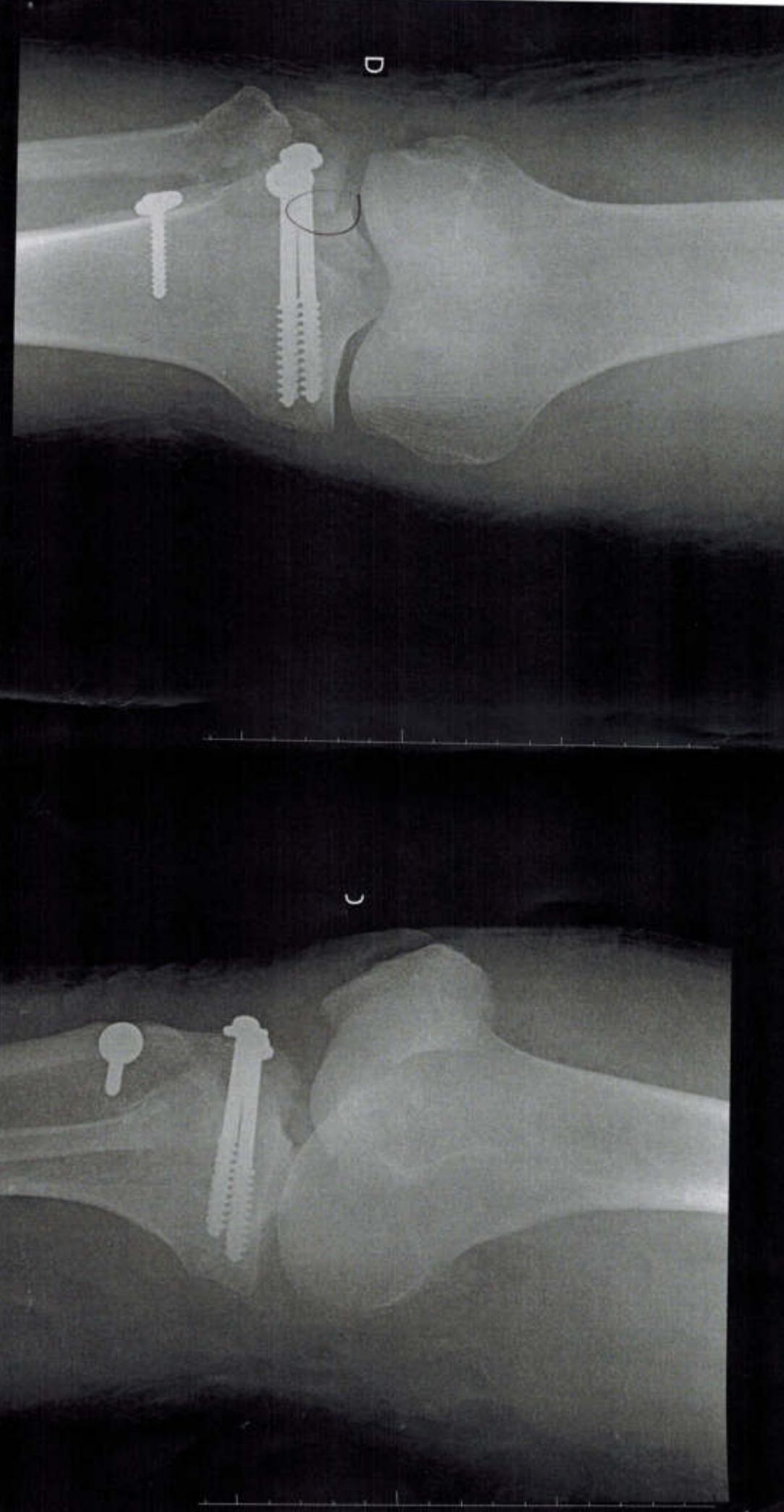
WAGNER, VERANCIO DE ALCANTARA FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA  
039Y M LA418366  
Nasc: 31/08/1979

31/05/2019 039Y M LA418366  
09:58:36 Nasc: 31/08/1979

31/05/2019  
09:58:36

JOELHO  
LOW EXM  
Im: 1 / 2  
1976 X 1575

JOELHO, LAT  
LOW EXM  
Im: 2 / 2  
1976 X 1576



# FOLHA DE ANESTESIA



## UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA: 20/05/19	P. ARTERIAL 100 x 70	PULSO 80 BPM	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CRICULATÓRIO							
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
SISTEMA DIGESTIVO							
ESTADO MENTAL							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							
			APLICADO AS	EFEITOS			
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					PROVANESTES 1- Povidona 15 Dex 200 mg Metformina 800	
TEMPERATURA T	C° 260 240 38 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					PROTECA 2021/02 SEQUENCIA 1. Dexmeto 100 mg 2. Pivona 150 mg 3. Dex 200 mg 4. Metformina 800 mg 5. Xefra 400 mg	
P. ARTERIAL V O PULSO	2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					DURAÇÃO	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	99.0. 09.0. 99.0.					INCIDENTE - ACIDENTE	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS							
OPERADORES	RABUZANESTES						
CIRURGIÕES	Intervento cirúrgico de fraturas de						
ANESTESISTAS	Dr. PLACIDO MACIEL + IBM						
Dr. Adriano Corrêa Anestesiologista CRM-PI 4033							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
PARTICULARIDADES							

ORTOPEDI'A

01:00h

# Paciente vítima de óbito de euforética,  
referido de Unidade Alcoólica, com dor em  
faixa R;

Rx de faixa D: Rx de Pectoral

(d) Intervenção

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3919 / EDF: 13135

2013/02/20 10:54:47	2013/02/20 10:54:47



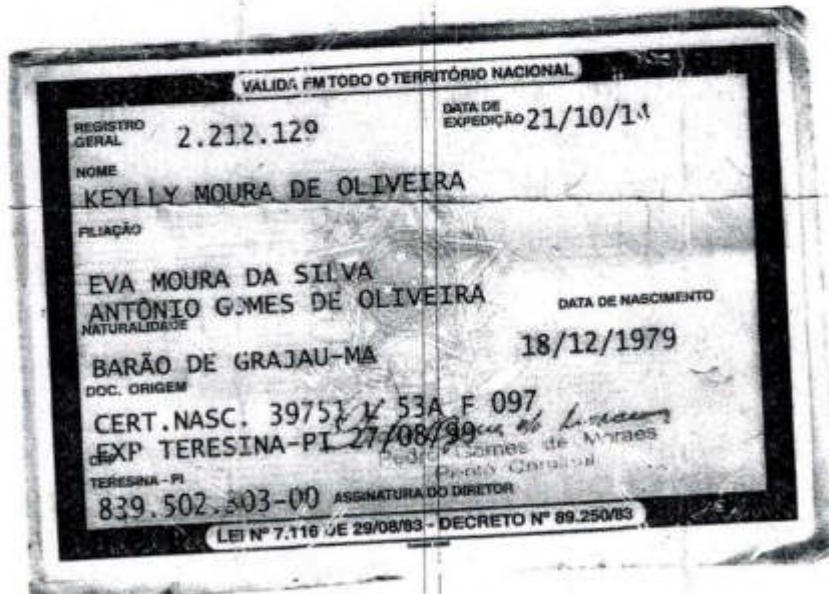


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.978.961	DATA DE EXPEDIÇÃO	02/03/18	
NAME	WAGNER VENÂNCIO DE ALCÂNTARA			
FILIAÇÃO	MARIA DO ROSÁRIO DE F.V. DE ALCÂNTARA VALDINAR SANTANA DE ALCÂNTARA			
NATURALIDADE	TERESINA-PI	DATA DE NASCIMENTO		31/08/1979
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 43862 L 27A F 72			
CPF	EXP TERESINA-PI 17/09/79 664.645.793-04			
1043353				Francisco das Chagas Pinheiro Martins Assinatura do Diretor
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83				

INVESTPREV

12 SET 2019



INVESTPREV

12 SET 2019

Wagner Vencio de Alcantara

CPF: 664.645.193-04

Simetro: 31901536699

Eu, Wagner Vencio de Alcantara  
unho atuais desti carta para explicar,  
meu caso, eu cai algum tempo atrás  
sofrer um acidente e Fraturi o 5º metatarso  
do pé recebi 3.375,00 reais por si eu nem  
lembro, agora dia 19.05.19 sofrer um  
outro acidente e quebrei minha tibia e  
cirurgia estou encurvado em rx e laudo  
para mostrar minha sequelas. agora veis  
nospm meu processo dizendo que eu  
quebrei meu mesmo diaon entao quem que  
sofrer uma reanexis novamente do meu  
processo peis estou com inabilitas, mesmo minha  
pericia para que seu possa ser melhor resultado.  
Assim e agradeço

\* Wagner Vencio de Alcantara

INVESTPREV  
12 SET 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190530465      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA      **Data do acidente:** 19/05/2019      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.  
P 6/7/9/10/11/12

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3140026567 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO INFERIOR DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190530465      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA      **Data do acidente:** 19/05/2019      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.  
P 6/7/9/10/11/12

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3140026567 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO INFERIOR DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

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

---

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190530465**

**Vítima: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA**

**Data do Acidente: 19/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190530465**

**Vítima: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA**

**Data do Acidente: 19/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA**

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

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

664.645.493-04 Wagner Verancio de Alcantara

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

5 - Nome completo:

Wagner Verancio de Alcantara

6 - CPF:

664.645.493-04

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

9 - Bairro:

11 - Cidade:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Tel. (DDD):

18 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSOU INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0029 03

CONTA: 39155 8

(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.

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

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

 Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IMI 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 permanente decorrente 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.

INVESTPREV

12 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vaincêncio)?

 Sim

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

pais/avós vivos?

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Ingresse a  
digital da  
última ou  
beneficiária  
deletada

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina Piauí 04.09.19

Wagner Verancio de Alcantara

Keyly Maia ob

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (defuntarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

NAO ALFABETIZADO

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002315/2019-78

Complementar ao BO Nº: 100203.002287/2019-99

**Unidade de Registro:** DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

**Data/Hora:** 18/06/2019 - 14:08

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

19/05/2019 - 21:30

**Município**

TERESINA

**Bairro**

**Endereço**

RUA ARTUR DE VASCONCELOS, Nº:

ITAPERU

**Complemento**

**Ponto de Referência**

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA**

RG: 19787961 SSP PI

**Tipo Envolv.:** VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA DO ROSARIO DE F. V. DE ALCANTARA

Endereço: RUA DELFINO VAZ, Nº 2496

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

**Tipo Envolv.:** VITIMA

**Nome: TELMA FERNANDES DA SILVA**

RG: 1495547

Mãe: GIZELDA ALVES DA SILVA

Endereço: RUA DELFINO VAZ, Nº 2496

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9453-0105

**INVESTPREV**

12 SET 2019

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA PELA RUA ARTUR DE VASCONCELOS CONDUZINDO O VEICULO MOTOCICLETA HONDA/BIZ DE PLACA QRT 1611 DE PROPRIEDADE DE JOÃO VITOR DA SILVA BARROSO QUANDO UM VEICULO AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL PROVOCANDO COLISÃO, ONDE CONDUTOR E PASSAGEIRA FORAM LESIONADOS, QUE WAGNER FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DE Nº 511660, QUE A PASSAGEIRA FOI LESIONADA, SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 511657. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

Escrivão de Polícia

*Wagner Venâncio de Alcantara*  
WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

**AVERBAÇÃO B.O. 100203.002315/2019-78**

O Sr. Wagner Venacio de Alcantara, noticiante do B.O., compareceu a esta Especializada para informar que a moto de placa QRT-1611 é de propriedade de João Vinicius da Silva Barroso. É o relato.

Teresina, 25/06/2019

Wagner Venâncio de Alcantara

Wagner Venâncio de Alcantara

Averbante

CGam

Claudio Costa de Sousa

Ag. de polícia

108516-6



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

664.645.493-04 Wagner Verancio de Alcantara

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

5 - Nome completo:

Wagner Verancio de Alcantara

6 - CPF:

664.645.493-04

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

9 - Bairro:

11 - Cidade:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSOU INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0029 03

CONTA: 39155

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

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

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

 Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IMI 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 permanente decorrente 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.

INVESTPREV

12 SET 2019

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vaincêncio)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

Ingresse a  
digital da  
última ou  
beneficiária  
devidamente

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina Piauí 04.09.19

Wagner Verancio de Alcantara

Keyly Mauro de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHAS



Dados do Chamado	01 N° do chamado 3260	02 Data do chamado 19/05/119	03 PRO (código) 2904	04 Saída do PA 22 515	05 Chegada ao local 23 107											
	06 Saída do local 23 1212	07 Chegada ao 1º hospital 23 1317	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital												
Local da Ocorrência	10 Endereço <i>Rua Arthur de Vancou Celer</i>															
Dados do Paciente	11 Bairro <i>ITapera</i>	12 Município-UF <i>the-PI</i>	Código IBGE													
Tipos de Ocorrência	13 Ponto de referência <i>Frete Convento</i>															
Acidente de Transporte	14 Nome <i>Itagoin Velázquez de Alcantara</i>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado														
Exame Físico	16 Idade 39	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input checked="" type="checkbox"/> 9 - Ignorado													
Assistência	18 Tipo de ocorrência <i>Hurt</i>	<table border="0"> <tr><td>01 - Acidente de transporte</td><td>06 - Tentativa de suicídio</td></tr> <tr><td>02 - Agressão física-espancamento</td><td>07 - Envenenamento</td></tr> <tr><td>03 - Agressão física-FAF</td><td>08 - Afogamento</td></tr> <tr><td>04 - Agressão física-FAB</td><td>09 - Quelmadura</td></tr> <tr><td>05 - Urgência psiquiátrica</td><td>10 - Choque elétrico</td></tr> </table>				01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	02 - Agressão física-espancamento	07 - Envenenamento	03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	04 - Agressão física-FAB	09 - Quelmadura	05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	18
01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio															
02 - Agressão física-espancamento	07 - Envenenamento															
03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento															
04 - Agressão física-FAB	09 - Quelmadura															
05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico															
Hospital de Destino	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/>	20 Meio de locomoção <i>3</i>	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança												
Observações Interdisciplinar	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacetes <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	23 Glasgow = <i>14</i>										
	23 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	23 RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	23 RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <i>109</i> Resp. <i>18</i> PA <i>120x80</i>	24 DEPARTAMENTOS DE CONVÉSTROS SAT02 CONVÉSTROS CONTATO NÃO VERIFICADO	25 Local da lesão 										
	26 Pupilas <i>1</i> 1 - Iguais 2 - Desiguais	26 Dor <i>03</i>	26 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 	26 Glicemias <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> 26 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cueto de Resende, 400 Teresina - PI CNPJ: 42.000.247/0001-27 26 Fechada <input type="checkbox"/> 26 Suspeito <input type="checkbox"/>												
	27 Pulso Radial <i>1</i> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	27 Central <input type="checkbox"/>	27 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Exposta <input type="checkbox"/> 3 - Fechada <input type="checkbox"/> 4 - Suspeito <input type="checkbox"/>	27												
	28 Sangramento <i>1</i> 1 - Sim 2 - Não	28														
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	31 Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	31 Glicemias <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>	31 CONFERE COM O ORIGINAL <i>Marília Veloso Cantanhede</i> Gerate Administração SAÚDE												
	32 Hospital de Destino <i>HUT</i>	32	32 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Antes do socorro <input type="checkbox"/> 4 - Antes do transporte <input type="checkbox"/> 5 - Durante o transporte <input type="checkbox"/>	32 Não Removido <input type="checkbox"/>												
	33 Condições de entrada <i>1</i> 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	33														
	<p><i>Colisão entre motocicleta e carro, vítima condutor apresentando sinais de trauma (1 a 4) dia, leve em HD, cinto de segurança e face intorno de joelhos direito. Concomitantemente, apresentava suspeita de ingestão de bebida alcoólica, espasmos, fálico, imobilizada em prancha longa. Foi atendimento realizada por uma equipe (28/05) que deslocou para remoção. Capacete foi recolhido para a polícia (SIC). Removido desacompanhado. Regularizações médicas e orientam remoção ao HUT.</i></p>															
	Socorristas Médico <i>Almínio 663984</i> AE/TE	Enfermeiro Condutor <i>Edivaldo Pereira</i>														
	Responsável pela recepção <i>José</i>															



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

## ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 22489602

**INES S DE ALCANTARA**

R. DELFINO VAZ, 2496 ,

PRIMAVERA

64002630 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
581836	05/2019	01/11/2015 a 31/10/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
7396	06/08/2019	R\$ 7.545,88

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

## ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

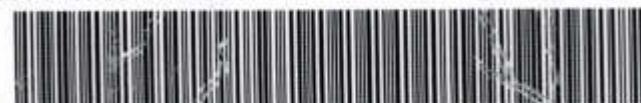
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
581836	05/2019	R\$ 7.545,88

836100000758.458800170003.000000000588.183605190150



INVESTPREV

12 SET 2019