

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 37357474/000106 - E.S. 19/965574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Edifício os Sertões - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1,38
20170802113024

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 152393609
MÊS/ANO 8/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00041-005270 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁRIFA	
MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	1 Residencial - Normal	
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	02	10		

DATA LEITURA
ANTERIOR 02/07/2019 146
ATUAL 02/08/2019 147

CONSUMO MÊS M3 10 LER 12.7410002
R\$ PASSAR 5,1941,60M+ 0,91
COPINS 55,19M7,60M+ 4,19

TABELA DE TÁRIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)	DESCRIÇÃO	VALOR
10	25 5.7120 80	VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,56	
25	99599 9.8610 50	> Residencial-Normal 10,0 m3	30,66
		VALOR DE ESGOTO - 24,53	
		> Residencial-Normal 10,0 m3	24,53

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)

VENCIMENTO 14/08/2019 TOTAL A PAGAR 55,19

IRREGULARIDADES / INICIALIDADES

MESSAGEM
Nossos Arquivos acusa(m) 1 debito(s). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Este é um documento de caráter informativo e não constitui uma cobrança.
Este documento é emitido em conformidade com a Lei nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e Art. 8º, 1º, 2º, 3º e 4º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS 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	UNID. / 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 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Kelly Hanna de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wagner Venancio de Alcantara inscrito (a) no CPF sob o Nº 664.645.793.04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Wagner Venancio de Alcantara

inscrito (a) no CPF sob o Nº 664.645.793.04, 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: Uente e Quatro de maio</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.018.650</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 994725591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 04.09.19

Kelly Hanna de Oliveira
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

12 SET 2019

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 69 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOÃO VINÍCIUS 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 PIAUÍ
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: MACAAS FELTO, 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 Venancio de Alencar, cujo o condutor era
Wagner Venancio de Alencar
Veículo: MOTO Modelo: HONDA/BI2 150 I Ano: 2019
Placa: ORT-1611 Chassi: 9C2JC7000KR203262
Data do Acidente: 19/05/19

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

Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio Nogueira, 1221 - Centro - CEP: 64001-000 - Teresina-PI - Fone: (06) 3273-0190 - E-mail: atendimento@cartoriosantossilva.com.br
Titular: Aurlécia Gonçalves de Santana Freitas

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO VINÍCIUS DA SILVA BARROSO, DOU FE, EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 13/06/2019. **Selo: AAD20192-IXP6**
www.tjpi.jus.br/portalextra

AUREA LETICIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE
Eml:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:339
DECLARAÇÃO PI/DPVAT

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

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

INVESTPREV

12 SET 2019

Alton



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 REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 20/05/2019 00:15:10

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
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/m2	Pulso: bpm	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 pervias, estável hemodinamicamente, MV bilateralmente, BNF 2T, abdome semigloboso, indolor à palpação sup e prof, sem sinais de irritação peritonela. Pelve estável, GCS 15/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, com deformidade em terço sup de perna dir, com pulsos poplíteos 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

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

CID: 5821

PROC: 0408050551

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra

CRM: 3918 TEOT: 1215

Dr. Marcelo Cordero
CRM: 3963 / CRM-MA 7305



**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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 239397
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050551		30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL		
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030040		32 - Descrição do Procedimento Especial: ARRUELA LISA		Quant. Soli- cidata: 2
Fornecedor da OPM: PIMMES				
38-Profissional Responsável: CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA		40-Tp. Documento: CPF		
39-Data Solicitação: 20/05/2019		40-No.Doc. Med. Solic.: 000.058.973-00		
41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)				

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fract. platô tibial

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO		GENTE SEGURADORA S.A.
46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF: Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
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 Venancio de Alcantara

Nº AIH: 239397

Nº do Prontuário: 511660

Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408050551

Indicador de Compatibilidade:

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Flavio

CRM Nº

CPF Nº

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

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

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: Anaílea



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE	Foguer Vi de Alcantara		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:	HORÁRIO				
Rx de Plots de	ORTOPEDIA		OBSERVAÇÕES				
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
Dra. Joeli Nutricionista							
1 - Dieta geral		1033674					
2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h		03300					
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h		03300					
4 - Tenocorm 20mg + ADEV 12/12h		03300					
5 - Ranitidina 5mg + ADEV 6/6h		03300					
6 - Plasil 01 amp + FCFV 8/8h		03300					
7 - CEGG + SSIV		03300					
@ Plavix 400mg 01 amp de 1x/d		03300					
Dra. Joeli		03300					
Ortopedia e Traumatologia		03300					
CRM: 3918 / EOE: 13136		03300					



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20/05/19

NOME DO PACIENTE:	Raqueu Venancio de Oliveira	PRONTUÁRIO Nº:	533660
DIAGNÓSTICO:	Fract. platô tibial dir	CIRURGIA:	Osteomielite
ANESTESIA:	Raqueu	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Raqueu	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Raqueu	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Raqueu	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Raqueu	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	300		SERINGA 20CC	UNID.	-	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		extra do 05	ml		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				placema de			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				cepom: 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 <i>Rafael Venancio de Santana</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Frat. platô tibial L2</i>		
Operação - Tipo <i>Osteonites</i>		
Cirurgião <i>Flávio Maciel B. de S. Coutinho</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Rafael</i>	Anestesista <i>Pauliano</i>	Anestesia <i>Rafael</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>30.05.19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Raquiocentese, DDA, fixa de esmochi
oprimida, anti-rupto, corpos, sugar
latero, RAFT e perfuro, suturo-
por plano, curativo e retiro de
fios*

Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

239397

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

<u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u>			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u>			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u>			
<u>23-Diagnóstico Inicial:</u>			
Fratura da extremidade proximal da tíbia			
24-CID Prim:		25-CID Sec.:	26-CID Terc.:
S821			(D.C.Ass.)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050551		27-Procedimento Solicitado: 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: CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA		34-Data Solicitação: 20/05/2019		35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-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: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Waldineu Venancio de Alcantara</i>	Usuário: (ELIENE SILVA) Consulta Local: 722460 Consulta SUS: Impressão: 20/05/2019 01:09:23	

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Fagner Venancio de Alcantara

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Flavio

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050551

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

Fract. platô tibial dir.
Neumólio profundo e orruela

Teresina, 20/05/19

Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista

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

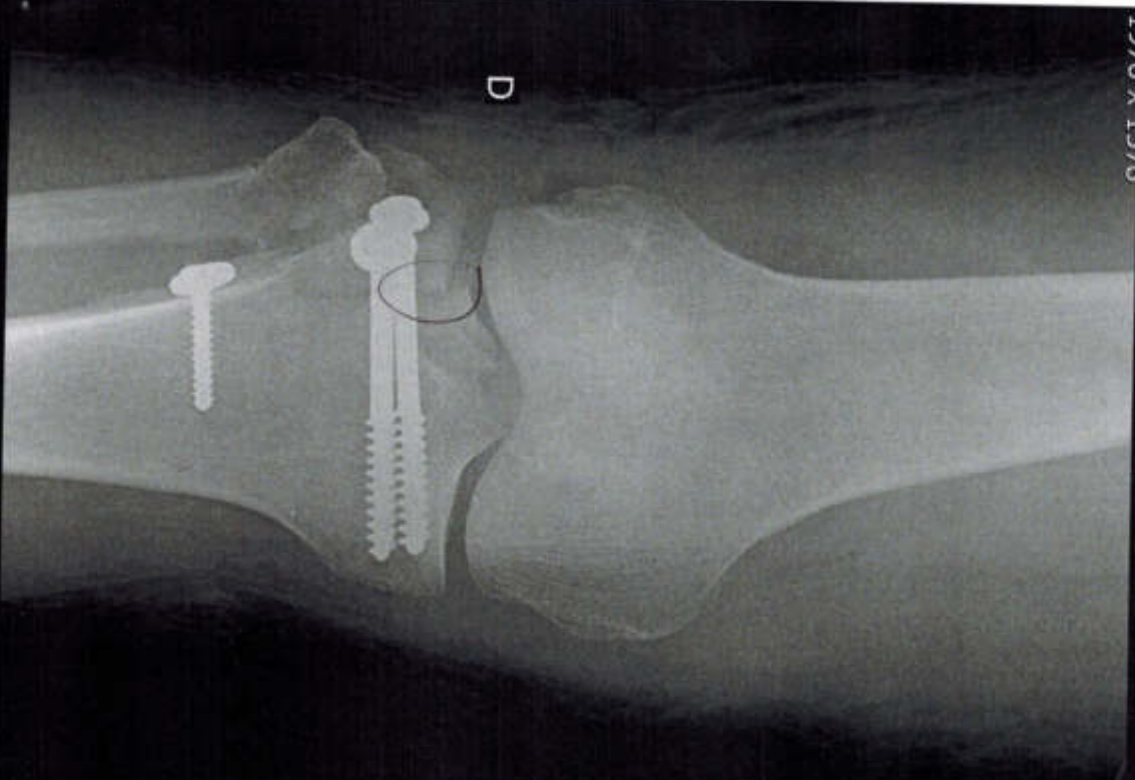
Data do laudo: 05-06-2019

Raio X de Joelho Direito

- O steossíntese 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
JOELHO
LOW_EXM
Im: 1 / 2
1976 X 1576



31/05/2019 039Y M LA418366
09:58:36 Nasc: 31/08/1979
JOELHO,LAT
LOW_EXM
Im: 2 / 2
1976 X 1576



31/05/2019
09:58:36

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE FABRIN VILANO DE ARAUJO		Nº DE REGISTRO	
DATA: 20/05/19	P. ARTERIAL 150x80	PULSO 80 bpm	RESPIRAÇÃO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA
EXAMES DE URINA		HEMATOCRITOS	GLICEMIA
		DOS. URÉIA	

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

SISTEMA CRICULATÓRIO

SISTEMA RESPIRATÓRIO

SISTEMA DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO

PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)

ELETROCARDIOGRAMA

ASMA

BRONQUITE

SISTEMA URINÁRIO

CORTICOIDES

ATARAXICOS

OUTROS

FÍSICOS

APLICADO AS

EFEITOS

AGENTES ANESTESICOS

OXIGÊNIO
1
2
3

TOTAL DE DOSES

LÍQUIDOS

SO-UTO 500
SANGUE 400
200
OUTROS 100

TEMPERATURA T

Cº 260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
10

P. ARTERIAL
V O
PULSO

38

INÍCIO E FIM ANESTESIA X

INÍCIO E FIM OPERAÇÃO

RESPIRAÇÃO O

SÍMBOLOS

SEQUÊNCIA

DURAÇÃO

TÉCNICAS

OPERACÕES

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

INCIDENTE - ACIDENTE

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

PARITICULARIDADES

Dr. Adriano Camilo
Anestesiologista
CRM 4033

ORTOPEDIA

01:00h

Paciente vítima de acidente de motocicleta,
refere uso de bebida alcoólica, com dor no
joelho R;

Rx de joelho D: Rx de Roto Total

(D) Deferenciar

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 ROR RJ 13135



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



Wagner Venâncio de Alcântara

1043353

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.978.961 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/03/18

NOME 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

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



INVESTPREV

12 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0501401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.120

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/11

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO
18/12/1979

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 39753 V 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA-PI
839.502.303-00

ASSINATURA DO DIRETOR

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

INVESTPREV

12 SET 2019

Wagner Venancio de Alcantara

CPF: 664.645.193-04

Sinistro: 31901536699

Eu, Wagner Venancio de Alcantara,
venho através desta carta para explicar,
meu caso, eu já algum tempo atrás
sofri um acidente e fracturei o 5º metatarso
do pé direito 3.375,00 reais por eu não
lembrar, agora dia 19.05.19 sofri um
outro acidente e quebrei minha tibia e
cirurgia estou encionado em rx e laudo
para mostra minha sequelas, agora você
responda meu processo dizendo que eu
quebrei meu mesmo dedo então quero que
sofrem uma readmissão novamente do meu
processo pois estou com invalidez, mas quero minha
perícia para que eu possa ser melhor avaliada.
Atenciosamente e agradeço

* Wagner Venancio 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
Total			0 %	R\$ 0,00

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
Total			0 %	R\$ 0,00

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

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

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: 664.645.793-04 4 - Nome completo da vítima: Wagner Venancio 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 Venancio de Alcantara 6 - CPF: 664.645.793-04
7 - Profissão: Circulador de boia 8 - Endereço: Rua Welfino Vaz 9 - Número: 2496 10 - Complemento:
11 - Bairro: Primavera 12 - Cidade: Tuma 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.002-630
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

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:

☒ RECUSAR INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0009 03 CONTA: 39155 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

22 - 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 ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(vaincer)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias 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

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a logo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a logo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a logo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina Piauí 04.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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 **Resp pelo Registro:** Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA ARTUR DE VASCONCELOS, Nº:

Complemento

Bairro

ITAPERU

Data/Hora

19/05/2019 - 21:30

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

RG: 19787961 SSP PI

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

Endereço: RUA DELFINO VAZ, Nº 2496

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

Tipo Envolv.: VITIMA

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.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce R. Lebre Carlos
Escrivão de Polícia

Wagner Venancio 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 Venancio de Alcantara

Wagner Venancio de Alcantara

Averbante

CClaudio

Claudio Costa de Sousa

Ag. de policia

108516-6



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: 664.645.793-04 4 - Nome completo da vítima: Wagner Venancio 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 Venancio de Alcantara 6 - CPF: 664.645.793-04
7 - Profissão: Circulador de boia 8 - Endereço: Rua Welfino Vaz 9 - Número: 2496 10 - Complemento:
11 - Bairro: Primavera 12 - Cidade: Turma 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.002-630
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

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:

☒ RECUSO A INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0009 03 CONTA: 39155 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

22 - 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 ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(vaincer)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias 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

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a logo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a logo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a logo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina Piauí 04.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



Dados do Chamado	01 N° do chamado 3260	02 Data do chamado 19/05/19	03 PRO (código) 2904	04 Saída do PA 22 15 15	05 Chegada ao local 23 10 17
	06 Saída do local 23 12 12	07 Chegada ao 1° hospital 23 13 17	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Arthur de Vasconcelos				
	11 Bairro Itaperiá		12 Município-UF Tere - PI		Código IBGE
	13 Ponto de referência Frente Convento				
Dados do Paciente	14 Nome Wagner Vazancio de Alcantara			15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	
	16 Idade 39 21.08.79			17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta		21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta		22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança
	23 Glasgow = 7/4 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 109 Resp. 18 PA 120x80 TAX. SatO2 98%		25 Local da lesão		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 Dor 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa		
Assistência	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		
	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
Observações Interdisciplinar	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não				
	35 Observações Interdisciplinar Colisão entre motocicleta e carro, vítima condutor apresentando sinal de trauma em HD, cotovelo esquerdo e polegar direito de mão esquerda. Condição com sinais sugestivos de ingestão de bebida alcoólica, eufórico, irado, imobilizado em prancha longa. 1° atendimento realizado por uma equipe (28/98) que chegou para remoção. Capacete foi removido para a cabeça (SI). Removido de cena com vida. Regulação médica orientou remoção ao HUT.				
Responsável pela recepção Socorristas Médico AE/TE Almir 663984		Enfermeiro Condutor Edivaldo Pereira			

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

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 PIAUI**

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