

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2017

Carta nº: 11388780

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170407880 ASL-0286997/17
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data Acidente: 28/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2017

Carta nº: 11411339

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Sinistro: 3170407880 ASL-0286997/17
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data Acidente: 28/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2017

Carta nº: 11560925

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Sinistro: 3170407880 ASL-0286997/17
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data Acidente: 28/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000888-5**

Conta: **0000026054-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PI



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Raimundo Nonato da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.228.354

EXPEDIDO POR SSP-PI

EM 08/06/05

CPF 773086393-34 / CNPJ

PROFISSÃO Lavandou

E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Raimundo Nonato da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, critos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0888-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26.054-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

26 JUL 2017

CLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

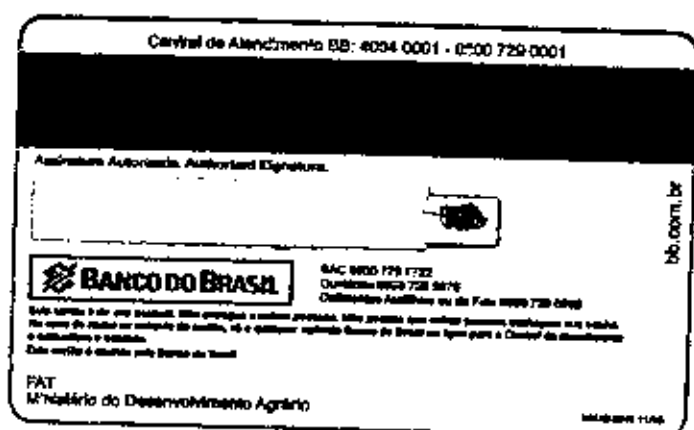
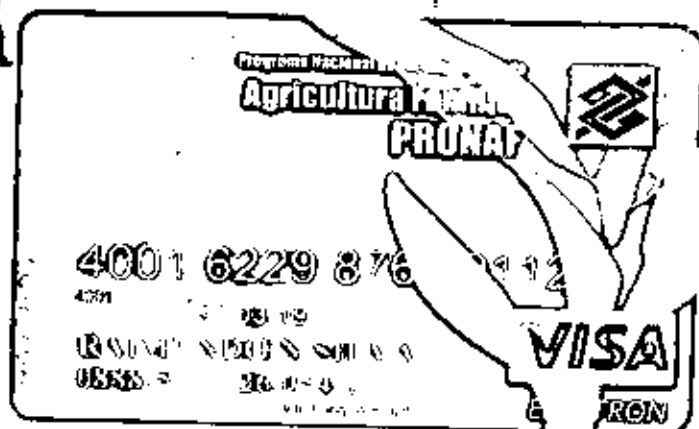
São Pedro 19 de julho de 2017

LOCAL E DATA

Raimundo Nonato da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente à data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



26 JUL 2017



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - SSP
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL - DGPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (Alternativo)

Número do B.O.: 00169

Resp. pelo Registro:

Bel. Gregório Luiz de Sousa

Delegado: Bel. Thiago Damasceno Sousa

DATA: 19/07/2017

HORÁRIO: 09:55

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Horário do fato: 18:30 HORAS DE 28/04/2017 Local: Na estrada vicinal na localidade Olho D'Água

Bairro: Zona Rural Município: São Pedro/PI Ponto de Referência: Próximo a localidade Olho D'Água.

NATUREZA DO FATO

ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTOCICLETA)

DADOS DO INFORMANTE

Nome: RAIMUNDO NONATO DA ILVA Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: São Pedro/PI
Profissão: Lavrador Data de Nascimento 21/05/1972 Endereço: Na localidade Olho D'Água
BAIRRO Zona Rural/ São Pedro/PI Filiação: Roberta Maria da Concelção. Fone: 86 R.G:
1.228.354 SSP/PI CPF: 773.286.393-34.

PESSOAS ENVOLVIDAS

Vítima(s): O Noticiante.

Autor(es): O Estado.

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material: .

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Desc. do(s) veículo(s): Uma motocicleta HONDA NXR 150 BROS ESD , cor preta, placa - OUA - 2109 -
São Pedro do Piauí - PI, ano de fabricação 2013, renavam 00549542531, chassi
9C2KD0540DR144242, PROPRIETÁRIO Ronaldo de Sousa Lima, CPF 010.989.443-05, RG 3.772.332
SSP/PI.

NARRATIVA DO FATO

26 JUL 2017

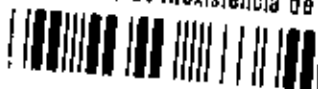
O NOTICIANTE relata que no dia 28/04/2017, por volta das 18:30 hs, estava conduzindo uma motocicleta acima mencionada, na estrada vicinal próximo a localidade Olho D'Água no município de São Pedro do Piauí, que o noticiante colidiu com uma palmeira de babaçu, que havia caído na estrada, o noticiante foi levado para o hospital de Água Branca, foi examinado pelo médico de plantão e transferido para o H.U.T., em Teresina Capital do Estado do Piauí, que o noticiante fraturou a bacia, o noticiante sabendo da gravidade do fato veio até esta Delegacia de Polícia Civil comunicar o fato. Dados e passados em São Pedro do Piauí. Diante do exposto pede providência por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim

Responsável pelo Registro

Bel. Gregório Luiz de Sousa
00169-02-0

Responsável pela Informação

Visto do(a) Delegado(a)



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Raimundo Renato da Silva, portador da carteira de
 identidade nº 1.228.354 e inscrito no CPF/ME sob o nº 773.286.393-34
 residente e domiciliado na Localidade: Olho Negro Sim zona rural
 da São Pedro Ri, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que
 ou impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
 indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município de minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
 prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
 superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de
 lesões permanentes causadas diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração
 seja o prosseguimento e análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico
 Legal - IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a
 avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº
 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
 decisão com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
 laudo.

Raimundo Renato da Silva

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

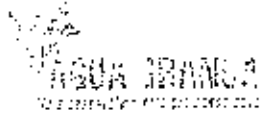
São Pedro Ri 19.07.2017

Local e data

26 JUL 2017

ATO DECLARATÓRIO

Comprovação de ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERDE
CNES - 232392-3 | CNPJ - 03022132/0001-02

USUÁRIO: RAFAEL ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 153

DATA: 28/04/2017 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE HORA: 21:46:34
COD.: 35375 Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA Nasc.: 21/05/1972
Raça: 003 Idade: 44 Anos, 11 meses e 7 dias.
Nome do Pai: 00000000000000000000
Nome da Mãe: ROBERTA MARIA DA CONCEICAO
Sexo: M Telefone: (86)00000-0000 Cep: 64430000
Endereço: RUA PERNAMBUCO Bairro: FIO Número:
Município: SAO PEDRO DO PIAUI UF: PI IBGE Mun.: 2210508
Nacionalidade: BRASILEIRO(A) Município Nascimento: SAO BRAZ DO PIAUI UF: PI
CNS: 700903912006691
RG Nº: 1.228.354 Órgão Emissor: SSP-PI Data Emissão: 08/06/2005
CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 164376 Data: 28/04/2017 21:46:34 Condução: Veículo Proprio ou de Terceiros
Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência Convênio: SUS
QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

por pelvis, acidente de moto após queda de palma, ferida que descolou após acidente há 3 dias

EXAMES FÍSICOS:

Pele alva. Deixa de machucado no osso

A=0 PA

26 JUL 2017

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

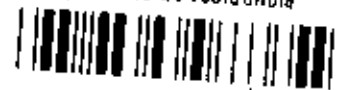
TRATAMENTO SOLICITADO:

obs

Secretaria Municipal de Saúde
Município de Água Branca
28/04/2017



Amaral Antonio 15/07/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raimundo Renato da Silva

RG nº 1.228.354, data de expedição 08/06/05, Órgão SSP. PI

CPF nº 773.286.393-34 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	Localidade Olho Água
Número	511
Apto / Complemento	Pousada Carlos do Santos
Bairro	Zona Rural
Cidade	São Pedro do Piauí
Estado	Piauí
CEP	64.430-000
Telefone de Contato	(86) 99402-2764 / 99441-5193 / 9981-6008
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São Pedro-Pi 19.07.2017

Assinatura do Declarante: Raimundo Renato da Silva

26 JUL 2017

☒ Abertura da Conta
☒ Reservas de Capitalização
☒ Reservas com Fundo do Brasil
☒ Raciocínio do Contas
☒ Licenciamento, IPTU e demais tributos
☒ Documento de Aposentadoria e Pensionistas

Conta com
 saldo em
 MERO

SAU CONSUMO

1300822-6

COMISSÃO DE LICENCIAMENTO DO PIAU
 Rua 10 de Novembro, 115 - Centro - 64.000-000
 CEP: 64.000-000 - Fone: (85) 3241.1111
 Fone: (85) 3241.1111 - Fax: (85) 3241.1111
 E-mail: licenc@piaui.gov.br

Atividade Econômica Principal: 00000000

Atividade Secundária de Ensino Superior - TSEE (Anexo 1)
 pela Lei nº 10.473 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2017	29/06/2017	31	43,31

RAIMUNDO NONATO DA SILVA
 LC OLHO D'ÁGUA S/N B-RURAL

CPF: 00077328639334
 CEP: 64.430-000 - POV. TODOS OS SANTOS ROT: 94.492.14.82.035600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	3090	Atual	22/06/2017
Anterior	3059	Anterior	22/05/2017
Consumo de Multiplicação	1,000	Consumo de Multiplicação	20/07/2017
Consumo Medido	31	Consumo Medido	22/06/2017
Consumo Faturado	31	Consumo Faturado	22/06/2017

3 - NORMAL 31

CONSUMO MÊS DE CONSUMO MÊS

Consumo Medido	Consumo Faturado	Consumo Medido	Consumo Faturado
RURAL	WONG	A1377166	4.1.2.1

Mês/Ano	Consumo	Consumo Faturado	Consumo Medido
MAI/17	27	31 A R\$ 0,406722 =	12,60
ABR/17	44	MULTA POR ATRASO 05/17-00	0,84
MAR/17	30	PARCELAMENTO DE DEBITOS 7/14	20,72
FEV/17	62	JUROS DE MORA DE IMPO 05/17-00	0,14
JAN/17	64	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,26
DEZ/16	63		
NOV/16	49		
OUT/16	99		
SET/16	101		
AGO/16	113		

PREÇO SEM TRIBUTOS:
 R\$ 31 - 0,110084

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISOS DE VENCIMENTO
 DEBITOS JA REAVISADOS

Mês/Ano	Valor R\$	Informações
04/2017	49,68	Informações existentes (debitos) vencidos no valor de R\$ 49,68 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(a) devedor(a) já tenha sido avisado(a), encerrar uma lista de pagamentos de Parcelamento de Debitos (PDD) com o(a) devedor(a).

RESERVADO AO FISCO 06AC.49CF.F1FF.9D14.5944.31BF.992B.620A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	3,58	Base de Cálculo	12,60
Energia	4,28	Alíquota ICMS	20,00%
Transmissão	0,51	Valor do ICMS	2,52
Outros	1,33	Valor do PIS	0,08
Tributos	7,98	Valor do FGFMS	0,38

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,87	13,74	27,48	3,92	7,85	15,70	3,97
0,00			0,00			0,00

SAO PEDRO DO PIAU

04/2017

7,40

26 JUL 2017


TIM

Nota Fiscal - Fatura de Serviços de Telecomunicações
Número: 000.049.006-AA
TIM Celular S.A.
Av. Frei Serafim, 1969 - Sala 6-Teresina-PI
CNPJ: 04.206.060/0001-84 - I.E.: 19.456.732-2
CNPJ da Matriz: 04.206.060/0001-80

Cliente: 51488704
CPF/CNPJ: 54890443350
Emissão: 27/03/17 Período: 01/03/17 a 25/03/17
Referência: 51488704 Período: 01/03/17 a 25/03/17
Débito automático: 5489044335013
CEP: 5307
Número da Fatura: 126105011

Página 1 de 6



CICE FORTALEZA DE PL8
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
R 7 DE SETEMBRO, 244 - CS
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

Endereço Fiscal

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
R 7 DE SETEMBRO, 244 - CS
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

VENCIMENTO
25/03/17

VALOR
R\$ 127,69



7214049716 07329 00000008725 30 140317

T.M.M. é marca dos serviços de telecomunicações do Grupo TIM no Brasil

Nº do Acesso: 86-89981-6008

	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
1- MENSALIDADES E FRANQUIAS						
1.1 M. Saneam. 3003 (Incluído) 1087 PÓS/SMP	1	25			9,25%	13,90
1.2 M. Saneam. Virtual (Incluído) 1087 PÓS/SMP	1	25			9,25%	13,90
1.3 M. Movel (Incluído) 1087 PÓS/SMP	1	25			9,25%	9,90
1.4 Chave Movel (Incluído) 1087 PÓS/SMP	1	25		7,5%	3,55%	15,27
2- PACOTES						
2.1 M. Movel e DDD com 41 - 058-89981-6008	100					
	QUANTIDADE	DURAÇÃO/VOLUME	ICMS	PIS/COFINS	VALOR	
3- CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM						
3.1 Chamadas para outros operadores	111	20s-24s	25%	3,65%	2,00	
3.2 Chamadas recebidas em Roaming Nacional	9	20s-24s	25%	3,65%	0,06	
3.3 Chamadas Longa Distância TIM LD 41	10	20s-24s	25%	3,65%	0,10	
3.4 Chamadas Locais para Outros Celulares	27	10s-24s	25%	3,65%	1,99	
3.5 Chamadas TIM TIM	1	150s-34s	20%	3,65%	1	
4- USO DE SERVIÇOS TIM						
4.1 Conexão para Longa	875	90s-34s	20%	3,65%	1,07	
4.2 M. Movel	1		25%	3,65%	0,30	
4.3 M. Movel	1			3,65%	0,30	
16 TOTAL TIM						
						127,69

Reservado ao Fisco : 0313.9477.F63B.44A7.8F34.708C.0C5D.7B3A

26 JUL 2017

CONTRIB	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST. R\$ 0,83
IMF	25%	R\$ 69,08	R\$ 22,27	FUNTEL R\$ 0,31
Contribuição de Serviço Telecom		R\$ 80,88	R\$ 3,38	
Contribuição de Serviço de Telecom		R\$ 34,70	R\$ 2,30	
Contribuição de Serviço de Telecom		R\$ 127,69	R\$ 5,88	
Em atendimento à Lei 12.741/2012				

As contribuições ao FUST (11%) e FUNTEL (2,5%) não são repassadas ao cliente

Dúvidas na fatura? Acesse Endereço_sua_Conta_na_Area_Exclusiva_do_site_www.tim.com.br
Central de Atendimento TIM: 1056

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Adriana Paula de Sousa Silva, portador(a) do RG nº 1.651.371, expedido por SSP- PI, em 11/04/2017, CPF/CNPJ nº 849.394.433-53,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Raimundo Renato da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Raimundo Renato da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa-se Renda Mensal: R\$ Recusa-se

Documentos comprobatórios: Recusa-se 26 JUL 2017

Adriana Paula de Sousa Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Ronaldo de Sousa Lima
 RG nº 3772332 data de expedição 21/07/12
 Órgão SSPPS, portador do CPF nº 01098944305 com
 domicílio na cidade de São Pedro - PI, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Alto Alegre - s/n.º nº 517,
 complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Raimundo Nonato da Silva cujo o condutor era
da Silva / Raimundo nonato da Silva
 Veículo: Motocicleta
 Modelo: Honda - NXR 150 - BRAS. ESD.
 Ano: 2013
 Placa: OUA-2109
 Chassi: 9C2K054DR144242
 Data do Acidente: 28-07-2017
 Local e Data: S. Pedro - PI - 19.07.2017

* Ronaldo de Sousa Lima
 Assinatura do Declarante

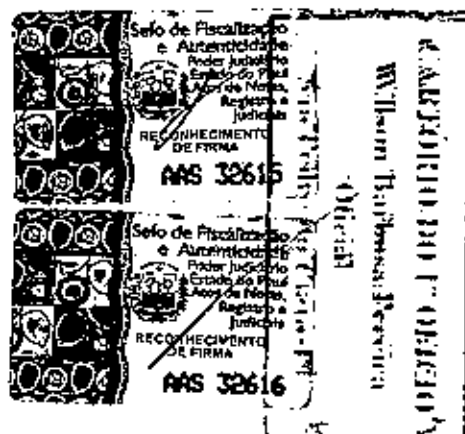
Raimundo nonato da Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

=RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE=
 =====

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE : RONALDO DE SOUSA LIMA e RAIMUNDO NONATO DA SILVA, TENDO OS MESMOS COMPAR-
 CIDOS A MINHA PRESENÇA, APRESENTADOS RG'S e CPF'S E FCI
 FEITOS CARTÕES DE AUTOGRAFOS.-

SÃO PEDRO DO PIAUI-PI, 19 DE JULHO DE 2017

Wilson Barbosa Pereira
 WILSON BARBOSA PEREIRA
 OFICIAL.



26 JUL 2017



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 29/04/17 HORA: 9:50 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: H.M.S.O.M.A MUNICÍPIO: Agua Branca

MÉDICO: Rogério Melo CRM: 9192

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Arismundo Renato do Silva

Data de Nascimento: 21.05.1972 Idade: 44 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 700903912006691

Município de Procedência: Agua Branca

HDA: Enfermeira em regime pleno por acidente automobilístico - limitação de movimentos

HD: Leve em braço (?) CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- (X) Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (X) Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (X) Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação (especificar) Analgesia
- () Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clínica/Posto: Ortopedia Senha: 2017042916648

26 JUL 2017

Nemésio Martins de Castro Neto
 Matrícula: 70891
 Confira com Original

DATA: 1 - 120
ENF: _____
LEITON

E: offered me a job - Nov. 1968

[illegible]

Get no more from ~~him~~ Mr. Zachary



NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 441893

26 JUL 2017

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. Otávio Tito, 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

*ortopedia***BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 29/04/2017 12:42:01

(User: JOSENEIDE)

(Estação: ACCR01)

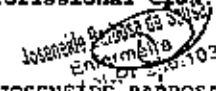
DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA		Prontuário: 441893
Mãe: ROBERTA MARIA DA CONCEICAO	Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: LOCALIDADE OLHO D'AGUA - ZONA RURAL - SAO PEDRO DO PIAUI - PI - CEP: 64430-970		
Nascimento: 21/05/1972	Idade: 44a:11m:8d	Sexo: Masculino Fone: 86-99440-2320
Responsável: JOAO BATISTA	CNS: 700903912006691	
Profissão: TRABALHADOR RURAL	Documento: RG: 1228354 - SSP-PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Concubinato	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 604884	Data: 29/04/2017 12:28:48	Condução: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Id. Trab.: NAO	Acid. Trajeto: NAO	Acid. Trab. Típico: NAO
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Qual/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Mecanismo do trauma significativo	Destino: CIRURGIAO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: PACIENTE ENCAMINHADO DE AGUA BRANCA COM LUXAÇÃO EM BACIA. ECG:15.			Profissional Cias. Risco:  JOSENEIDE BARBOSA DE SOUSA COREN 286102 Em: 29/04/2017 12:42:00

DADOS CLÍNICOS: (Hora:)

Paciente trazido pela ambulância de Agua Branca, vítima de acidente de trânsito. (moto + Amarelo) Paciente relata que Palmeira caiu no momento que parava a andar da Amarelo. Refere dor em Bacia e região pélvica, nega trauma em região da cabeça, nega perda da consciência.

EF: Aus sem alterações, AM morente

ECG: 15

PA X mmHg

Pulso:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Solicito Rx de Bacia

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /

Se Internação, indique o Procedimento e CID

5339
04090240162
Procedimento CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Roberto Norato do Silva IDADE 45 anos DATA 02.05/2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 05 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de Sinus Pterigial CIRURGIÃO João Fre

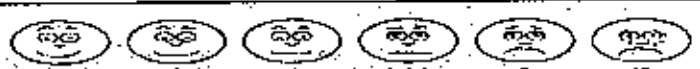
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>79/48</u>	<u>10:20</u>	<u>118/73</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>57</u>	<u>52</u>	<u>52</u>
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>99</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/MATRÍCULA	<u>Paula</u>		

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL 09
 ASS. Ymmyda Meneses Brito
CRON - PI 149441
ENFERMEIRA

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	SONDA () NASOGÁSTRICA	INASOGÁSTRICA
hs	hs	hs	hs	hs	hs
ml	ml	ml	ml	ml	ml

LUCÃO DE ENFERMAGEM:

32.05 admitido no SRPA em pós de tto cirúrgico para fratura em sinus pterigial. Sólido e alerta, de boa aparência, consciente, com saturação de O₂ em 99% de Sol O₂. FC com ritmo sinusal. 12.05 - segue estável, si quitas, tabulado de SRPA.

Cristiane Tiburcio de Mello Brito
CRON - PI 149441
ENFERMEIRA

26 JUL 2017

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Laurindo Raulino Filho
Médico Anestesiologista
CRON - PI 149441
ANESTESIA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. ÚTI. () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA () PED () NEU () CIR () MÉD



Orgão Emissor: M221100001

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

AIH : 221710031356-0
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

NASCIMENTO
21/03/1972

Identificação do Estabelecimento de Saúde

RAIMUNDO NONATO DA SILVA

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

O. LIBERA: 04/05/2017

DT. LAUDO: 29/04/2017

PROCED.: 0408040254

TRATAMENTO CIR. RGICO DE ASSOCIAÇÃO DE FRATURA / LUXAÇÃO

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

OP. SIST: WELLINGTON

CID: 730

Aarão Cruz Mendes
Ass. de Auditoria - ORCAA/FMS
CRM-PI 188167-1 / 11785-43-04
CNS-203853996-ES0008

da
ção:

350

IDENTIFICAÇÃO

5- Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

6 - Prontuário: 441893

7-CNS: 700903912006691

8-Nascimento: 21/05/1972

9-Sexo: Masculino

RG: 1228354- GSP-PI-Exp:

11-Mãe: ROBERTA MARIA DA CONCEICAO

12-Fone: 86-99440-2320

13-Resp: JOAO BATISTA

14-Fone: 86-99440-2320

15-Ende: LOCALIDADE OLHO D'AGUA - ZONA RURAL - CEP: 64430-970

16-Munic: SAO PEDRO DO PIACUI

17-Cod. IBGE: 221050

18-UF: PI

19-CEP: 64430-970

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proc. Anterior
0408040262

18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISSUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO

21-Cod. Mudança Proced.
0408040254

20 - Mudança de Procedimento / Descrição

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISSUNÇÃO DO

27-CID Prin: 26-Diagnóstico:
S730 Luxação da articulação do quadril

28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.:

29.04 a 06.05

38-Profissional Responsável:
RICARDO SOARES VALENÇA40-Tp. Documento:
CPF

39-Data Solicitação:

29/04/2017

40-No. Doc. Med. Solic.:
787.098.575-91

Carimbo Med. Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Trauma em quadril

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da NÃO autorização:

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70891
SABE-HUT
Ass. com Original

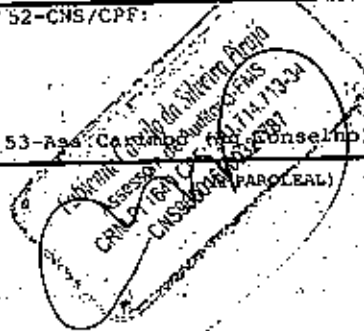
49-Ass. Carimbo (Ass. Conselho)

50- Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass. Carimbo (Ass. Conselho)



SUS

HUT

189350

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Orgão Emissor: H221100001

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORE AIH : 221710031356-0
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

NASCIMENTO
21/05/1972

RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
3- Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

D.LIBERA: 04/03/2017 DT. LAUDO: 29/04/2017
PROCED.: 0408040254 TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIADA FRATURA / LUXA
OP. SIST: WELLINGTON
CID: 5730
Aarão Cruz Mendes
Ass. de Auditoria - ORCAA/FMS
CRM - PI 60810-1/2015
CNS 203833996150008

IDENTIFICAÇÃO

5- Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA		6 - Prontuário: 441893	
7-CNS: 700903912006691	8-Nascimento: 21/05/1972	9-Sexo: Masculino	RG: 1228354 - SSP-PI
11-Mãe: ROBERTA MARIA DA CONCEICAO	12-Fone: 86-99440-2320		
13-Resp: JOAO BATISTA	14-Cor: Parda		
15-End: LOCALIDADE OLHO D'AGUA - ZONA RURAL - CEP: 64430-970		17-Cod. IBGE: 221050	
Munic: SAO PEDRO DO PIAUI		18-UF: PI	19-CEP: 64430-970

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
Mes onel photo

21 - Condições que justificam a internação:
In pty

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

23-Diagnóstico Inicial:
Fratura traumática da sínfise púbica

24-CID Prim: 5334 25-10 Sec.: 26-CID C.Ass.: 7

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27- Procedimento Solicitado: 0408040262	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO		
-Clínica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 787.098.575-91	34-Data Solicitação: 29/04/2017	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA		35-Data Carimbo: (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bônus:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CAE Empresa:	26 JUL 2017
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: <i>04/05/2017</i>
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo: (Rg/ Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>João Antônio</i>		52-Data e Hora da Impressão: 29/04/2017 16:02:16

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/05/12

NOME DO PACIENTE: <u>Reimundo Nave de S.L.</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>441893</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Exaturo de mifele gástrica</u>	CIRURGIA: <u>RAFI de fôme de mifele</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Aledo</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Leo Tai</u>	CPF Nº: <u>Dr. Leo-Tse Frontiers</u>
AUXILIAR:	CPF Nº: <u>Ortopedia e Traumatologia</u>
ANESTESIA: <u>Roguel</u>	CPF Nº: <u>CRM 2680 CPF 746.693.933-72</u>
INSTRUMENTADORA: <u>Leandra</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 710 e 6,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE 27	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	/		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	/	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	/		SERINGA 3CC	UNID.	/	
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	/	
JELCO Nº	UNID.	/		<u>Calpenn</u>		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletrodes - 08</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Dalva</u>			
PROLENE							

Nemésio da Silva de Castro Neto
Matrícula: 70891
SAME-HUT
Conferir com Original

26 JUL 2017



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Raimundo Renato de Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura de tíbia e fíbula fechada</i>		
Operação - Tipo <i>RFE artroscópica de fratura patela (ARTROSCOPIA)</i>		
Cirurgião <i>Dr. Lesley</i>	1º Assinante	
2º Assinante	3º Assinante	
Instrumentador(a)	Anestesiologista <i>Dr. Aldo José da Silva</i>	Anestesia
Anestésico(a)	Medico Anestesiologista	
Data da Operação <i>04/05/17</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
Assinatura do Cirurgião <i>Nelson Martins de Castro Neto</i> Matrícula 70691 CONFIRMAÇÃO Confere com Original		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		

- ① Ponto em 20K sob o abdômen
- ② Balanço com palidez e lipoma
- ③ colocação de corpos estranhos
- ④ incisão Lombar em região hipogástrica ao nível de sínfise púbica
- ⑤ dissecação do plano + hemostase
- ⑥ Redução manual
- ⑦ Ortopedia com uso de placa
- ⑧ Ponto de hemostase
- ⑨ Aproximação de placas com pontos
- ⑩ Curativo

26 JUL 2017

[illegible]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPJ: 05.523.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** (Prontuário: 441893)
Endereço: LOCALIDADE OLHO D'ÁGUA - ZONA RURAL - SÃO PEDRO DO PIAUI - PI CEP: 64430-970
Nascimento: 21/05/1972 Idade: 44a:11m:25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 604884
Requisição: 738387 Solicitação: 29/04/2017 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 919335 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 29/04/2017

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- Disjunção sacro-iliaca esquerda.
- Diastase da sínfise púbica.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 17/05/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Nemato Minha...
Máquina: TCS
SAME-HUT
Confere com Origina

26 JUL 2017



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** (Prontuário: 441893)
Endereço: LOCALIDADE OLHO D'ÁGUA - ZONA RURAL - SÃO PEDRO DO PIAUI - PI CEP: 64430-970
Nascimento: 21/05/1972 Idade: 44a:11m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 604684
Requisição: 738399 Solicitação: 29/04/2017 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 919346 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 29/04/2017

T.C. DE BACIA

Exame realizado através de aquisição helicoidal e reconstruções com 3mm de espessura e 3mm de incremento, evidenciou:

- Disjunção da sínfise púbica.
- Edema em planos adiposos extraperitoniais.
- Articulações coxo-femorais e sacro-íliacas com superfície e espaço articular preservados.
- As relações entre os acetábulos e as cabeças femurais são normais.
- Não há evidência de lesões expansivas ou osteonecrose.

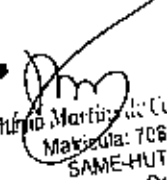
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/04/2017

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável


Nelúcio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70691
SAME-HUT
Confere com Original

26 JUL 2017



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 36 3229 9812

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** (Prontuário: 441893)
Endereço: LOCALIDADE OLHO D'ÁGUA - ZONA RURAL - SÃO PEDRO DO PIAUI - PI CEP: 64430-970
Nascimento: 21/05/1972 Idade: 44a:11m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 189350
Requisição: 738726 Solicitação: 30/04/2017 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 919744 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 217

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 30/04/2017

BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA, os seguintes aspectos observados:

- Disjunção ascre ilíaca a esquerda.
- Diástase da sínfise púbica.

(LUIS CEZAR)

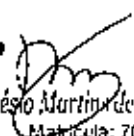
TERESINA - PI 09/05/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF. 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

26 JUL 2017


Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70691
SAME-HUT
Confere com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 06 3224 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** (Prontuário: 441893)
Endereço: LOCALIDADE OLHO D'ÁGUA - ZONA RURAL - SÃO PEDRO DO PIAUI - PI CEP: 64430-970
Nascimento: 21/05/1972 Idade: 45a;1m;28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 189707
Requisição: 739864 Solicitação: 04/05/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 921143 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 217

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 04/05/2017

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- Artrodese na sínfise púbica com presença de placa e parafusos metálicos.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/06/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

26 JUL 2017


Nemeio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70631
SAME-HUT
Confere com Original



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
Av. Presidente Vargas, s/n - Centro - SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI
CNPJ: 06.554.810/0005-08

RECEITUÁRIO

Paciente:

Raimundo Norberto do Silva

Lanolo Médico

Paciente apresenta o diagnóstico de lesão/fratura em sinfise púbica. Submetido a tratamento cirúrgico (osteossíntese com placa e parafusos), evoluiu com infecção pós-operatória. Encontra-se em tratamento conservador (antibioticoterapia oral).

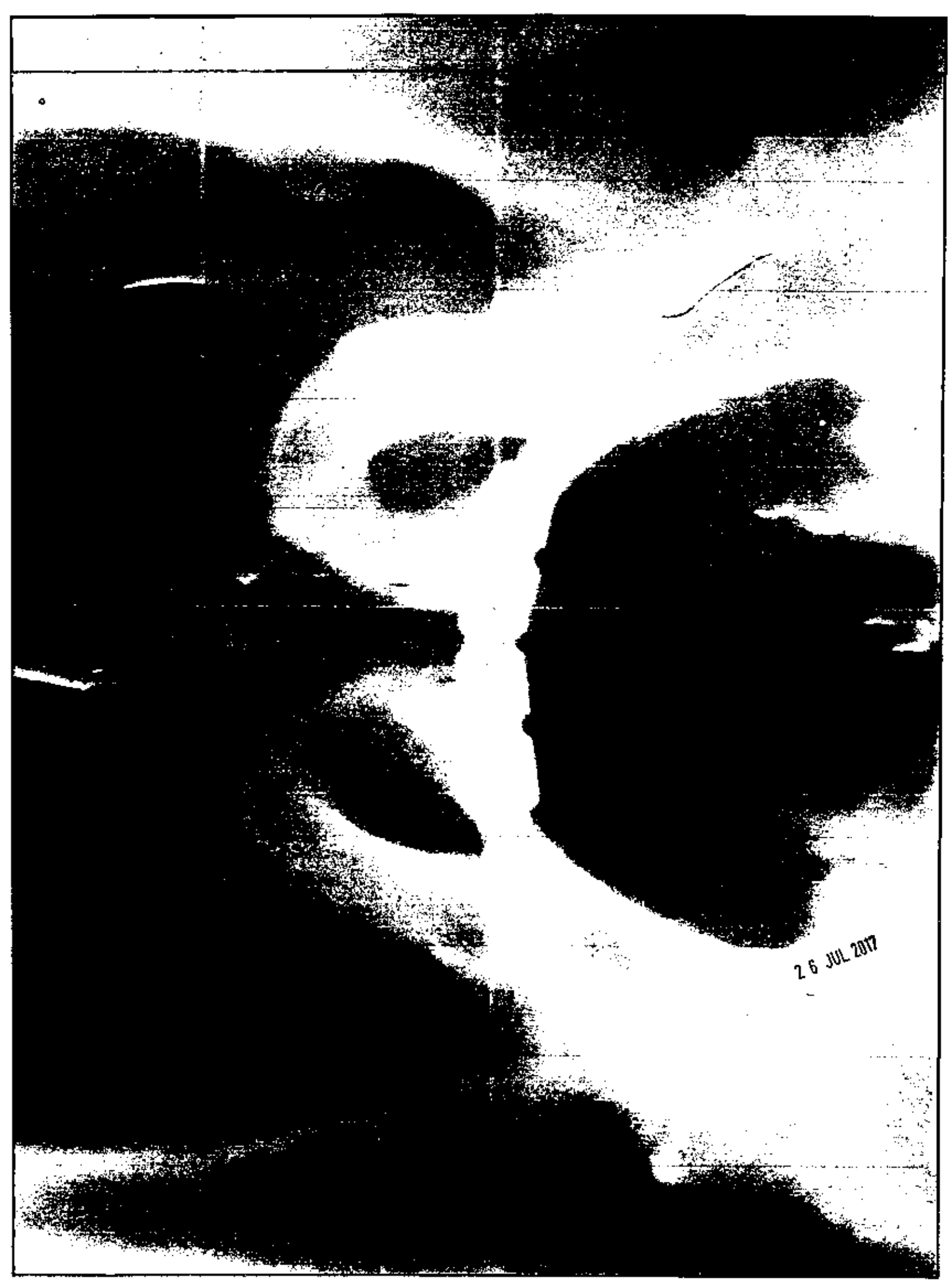
(25) - 532.5
5334

06/07/17

Data:

VOLTANDO À CONSULTA QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.

26 JUL 2017

A high-contrast, black and white portrait of a man's face. The image is heavily shadowed, with the right side of the face (viewer's left) in deep shadow and the left side (viewer's right) more brightly lit. The man has dark hair and is looking slightly to the right. The image has a grainy, high-contrast quality, typical of a photocopy or a low-quality scan. A date stamp is visible in the bottom right corner.

26 JUL 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

RAIMUNDO NONATO DA SILVA

AL. NATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTESTO AGENAL 1.228.354 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/06/05

NOME RAIMUNDO NONATO DA SILVA

FILIAÇÃO ROBERTA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI DATA DE NASCIMENTO 21/05/1972

DOC ORGEM CERT. CASAM. 617 L 3B F 232

CARTEIRA EXP. SÃO PEDRO DO PIAUÍ PI 03/05/00

CERT. 7.116 DE 00-30

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº de Inscrição 773286393-34 Data de Nascimento 21/05/72



26 JUL 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Adriana Carla de Sousa Silva
1357344

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.651.371 DATA DE EMISSÃO 11/04/17

NOME ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RELACÃO MARIA CARMELITA DE SOUSA
JOSÉ MISSIAS DA SILVA

NATURALIDADE REGENERAÇÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 30/07/1977

SOC. ORIGIN. CERT. NASC. 19381 L A38 F 178
EXP ELESBAO VELOSO-PI 22/05/90
849.394.433-53
1357344

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.119 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.280/83

26 JUL 2017

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI Nº 011973393861
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
00014980

1	00549542531	2015
---	-------------	------

[illegible]

RONALDO DE SOUSA LIMA

一

[illegible]

01098944305 OUA-2109

9C2KD0340DR144242

$$-\frac{1}{\gamma} \ln \left(\frac{\cos^2 \theta}{\cos^2 \theta_0} \right) = -\frac{1}{\gamma} \ln \left(\frac{\cos^2 \theta}{\cos^2 \theta_0} \right)$$

ALCOOL/GASOL	MOTOCICLO/NEVEUMA	MARCA/VALOR	VALOR/VALOR
ALCOOL/GASOL	MOTOCICLO/NEVEUMA	MARCA/VALOR	VALOR/VALOR

TDI/NXR150 BROS ESG	2013	2013
---------------------	------	------

014900
PARTIC
PRETA
CARTON

QUESTA LA CACCIA PER IL VANTAGGIO DELLA CACCIA

	—FASZALPVA	Műhely, Áll. Műt. J. 67/8.
2.		
	—LPVA	

00000000	3º PAGO
----------	---------

VALOR TRANSADO POR	100 (100)	1000 TOTAL (1000)	DATA DE PAGAM' N.O.
FURO			PAGO

PAT: 001.21

1 RESTRICTED

1. 1. The first step in the process of the scientific method is to ask a question.

LOCAL: _____ DATA: 29/08/2016

UNITED STATES OF AMERICA
JAMES H. BECK
JAMES H. BECK

11. NUMBER OF TIMES RECALLED

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
COM MOTORES DE VITORES DE JOUPOR SU CARGA. APRESSA-SE
A CONTRATAR A SUA PROTEÇÃO E A SEU SEGURO OBRIGATORIO.

PI Nº 011973393861
BILHETE DE SEGURO DPVAT

01098944305 OUA-2109 2015

ESTÁ É O SEU CILINETE DO SEGURO DPVAT

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.cpvt30junodetransfio.com.br
040 REVIST 02-08 2004

המחיר: 100 ש"ח (כולל מע"מ)

2015-29/08/2016

DATE _____ BY _____ IN CHARGE

1 01098944305 CUA-2109

00549542531	HONDA/NXR150 BROG ESD
-------------	-----------------------

2013 9C2KD0540DR144242

— 1 —

PREMIO TARIFARIO

129,03	014,33	143,36	CONDICION NINGUNA
--------	--------	--------	-------------------

004,15	NET 100	001,10	292,01
--------	---------	--------	--------

INCHIESTO - 27

A. DONALDSON
PARCELADO
04/08/2013

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

NO. 1026 (REV. 12-1-77)

NAME _____

OUT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** Sinistro: **3170407880** Data: **28/04/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Lc Olho D'Água, SN - ZONA RURAL - São Pedro do Piauí - PI - CEP 64430-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **1.228.354**

Data local do exame: [**11/08/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura da sínfise púbica, com disjunção sacro-iliaca esquerda. No exame físico estático tem cicatriz com 9,0 cm na região pélvica, no dinâmico e de força apresenta alteração com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do quadril com a coxa esquerda, com diminuição de aproximadamente 30° da flexão do quadril direito, e não apresenta déficit neurológico.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Fez tratamento com redução cruenta, e cirúrgico com osteossíntese com fixação com placa e 04 parafusos, refere que fez fisioterapia, e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Apresenta no momento alteração com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do quadril com a coxa esquerda, com diminuição de aproximadamente 30° da flexão do quadril esquerdo.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170407880 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 28/04/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE SINFESE PUBICA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170407880

Cidade: São Pedro do Piauí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do acidente: 28/04/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Disjunção da sínfise púbica, com disjunção sacro-ilíaca esquerda.

Descrição do exame médico pericial: No exame físico estático tem cicatriz com 9,0 cm na região pélvica, no dinâmico e de força apresenta alteração com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do quadril com a coxa esquerda, com diminuição de aproximadamente 30° da flexão do quadril, e não apresenta déficit neurológico.

Resultados terapêuticos: Fez tratamento com redução cruenta, e cirúrgico com osteossíntese com fixação com placa e 04 parafusos, refere que fez fisioterapia, e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do quadril devido à limitação da flexão articular. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 4606

UF do CRM do médico: PI

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

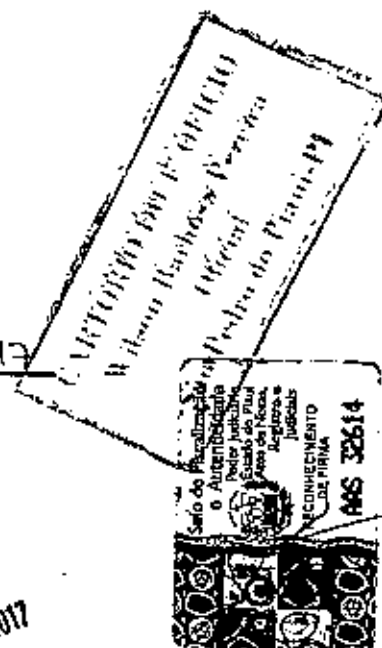
OUTORGANTE: Raimundo Nonato da Silva BRASILEIRO (a) ESTADO
 CIVIL Solteiro PROFISSÃO Licenciado CI RGN. # _____ CPF/ MF
 N° 1228354 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
 RUA Povoada - Olho D'água
 CIDADE DE S. Pedro - Piauí
 ESTADO Piauí CEP 64450000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N° 849.394.433-53 E RG SOB
 Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
 CENTRO NA CIDADE DE ELESSAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
 documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
 acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
 acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
 a Seguradora Lfder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
 apresentados e disponibilizados ao outorgado.

São Pedro do Piauí 19 de Julho de 2017



26 JUL 2017

Raimundo Nonato da Silva

OUTORGANTE

= RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE =

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAIMUNDO NONATO
 DA SILVA, TENDO O MESMO COMPARECIDO A MINHA PRESENÇA, APRESENTADO
 RG. e CPF, E FOI FEITO CARTÃO DE AUTOGRAFO.-

SÃO PEDRO DO PIAUI-PI, 19 DE JULHO DE 2017

WILSON BARBOSA PEREIRA-OFICIAL

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
 Wilson Barbosa Pereira
 Oficial
 São Pedro do Piauí-PI

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00888-5

CONTA: 000000026054-1

Nr. da Autenticação 92F1C4DB0C1C3CD9