



400157  
Inscrição

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JULIA DOS SANTOS SILVA

RG nº 3.338.435, data de expedição 1/1/1, Órgão SSP-PE

CPF nº 055.906.093-99, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. QUINTINO BOCATUVA</u>
Número	<u>780</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>B. VERANO</u>
Cidade	<u>UNIAO</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64120.000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 9.95521450</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: União - PE 23/12/2016

Assinatura do Declarante: A Julia dos Santos Silva



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.900.000/0001-91 Inscrição Estadual: 12.501.981-5  
Nota Fiscal / Guia de Recolha de Impostos - Série 6-1  
Documento especial de arrecadação para o SEFIP 06/08

Unidade de Nota Fiscal: 000373099  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEF foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

DEZEMBRO/2016 12/12/2016 77 57,73

JOSEFA PATRICIO DOS SANTOS  
R. QUINTINO BOCAIUA 780 2060 B-URBANO  
CPF: 00069747873320  
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 107.070.07.09.552400

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
12/12/2016	12/12/2016	12/12/2016
Atual:	2643	10/11/2016
Anterior:	2566	11/01/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	12/12/2016
Custo de Mercado:	77	Emissão:
Custo de Mercado:	77	12/12/2016
Custo de Mercado:	77	Apresentação:
Custo de Mercado:	77	12/12/2016

Descrição	Quantidade	Valor	Valor Total
CONSUMO	77 A R\$	0,604787	46,56
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)			6,25
CORRECAO MONETARIA IGPW (2X)			0,33
MULTA POR ATRASO (2X)			1,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER			2,55
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA		0,71	

Mês	Consumo	Valor
NOV/16	91	7,66
OUT/16	77	15,32
SET/16	140	30,65
AGO/16	69	3,73
JUL/16	62	7,47
JUN/16	71	14,95
MAI/16	61	4,31
ABR/16	63	0,00
MAR/16	67	0,00
FEV/16	56	0,00

TARIFA DE TRIBUTOS:  
B A 77 - 0,451475

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONFIEUO NAO VERIFICADO  
07 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

RESERVAÇÃO AO FISCO 8C85.B6CD.5877.E0AF.0F19.588Z.20A9.17B8  
A COMPANHIA DE SERVIÇOS DE MERCADO, INCLUSIVE EM SUA EMISSÃO, PODE SER  
CANCELAÇÃO DESEMPENHADA TEMPORARIAMENTE, CASO SEJA DE ATENDIMENTO DE EXATOS 2016  
RESERVAÇÃO AO FISCO 8C85.B6CD.5877.E0AF.0F19.588Z.20A9.17B8  
LIGUE 0800 046 0500 E FAÇA O SEU PAGAMENTO

COMPONENTE	Valor	Valor Total
Distribuição:	12,63	46,56
Energia:	15,47	20,00%
Transmissão:	1,86	9,31
Gravidade:	4,81	0,44
Tributos:	11,79	2,04

Valor	Valor Total
7,66	15,32
30,65	3,73
7,47	14,95
4,31	0,00
0,00	0,00

UNIAO 10/2016 18,58  
ROT: 107.070.07.09.552400

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0176284-2	57,73
MES FATURADO	VENCIMENTO
12/2016	12/12/2016
Nº da Nota Fiscal	FCAM
000373099	FCAM

836900000000 8 57730017000 5 00000000176 8 28421216000 9  
0176284-2



Autenticação no pagamento

## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

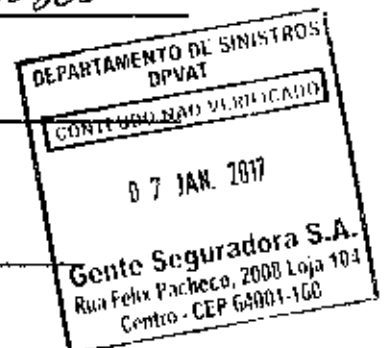
Pelo exposto, eu JULIA DOS SANTOS SILVA, portador(a) do RG nº 3.338.435, expedido por SSP-RJ, em 15/09/09, CPF/CNPJ nº 055.906.093-99

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) RAIMUNDO NOEMIO DOS SANTOS SILVA do sinistro de DPVAT da natureza AVARIA DOZ da vítima RAIMUNDO NOEMIO DOS SANTOS SILVA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RG, CPF

Júlia dos Santos Silva  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Contorno da residência



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE:

*Renato Pereira de Sá*

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

*384160*     *Sa VR*  
*Sim*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
07 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

**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".

#NEURO

SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 12/12/2015 20:55:47

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA	Prontuário:	384167
Mãe:	JOSEFA PATRICIO DOS SANTOS SILVA	Pai:	ANTONIO PEREIRA DA SILVA
End. Resid.:	RUA QUINTINO BOCAIDUA, 5/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento:	15/02/1977	Idade:	38a:10m:27d
Sexo:	Masculino	Fone:	86- 3265-1116
Responsável:	JOSE ANTONIO SOARES ALVES	CNS:	209514525970008
Profissão:	PEDREIRO	Documento:	CPF:
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	511338	Data:	12/12/2015 20:55:47	Condução:	ASSISTÊNCIA PRESTADA DO INTERIOR
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
CID Secundário:	V299				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Mecanismo de trauma significativo	SALA DE TRAUMA	Laranja
Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EM QCM. APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM OSSO FRONTAL. CONSCIENTE, ORIENTADO (P).  Ass. Profissional Acolhimento:			Jacilene Aguiar da Silva Enfermeira COREN-PI 07.684

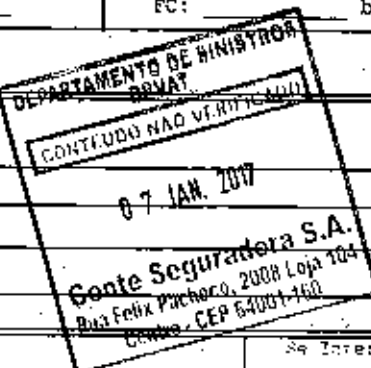
DADOS CLÍNICOS: (Hora: : )

Paciente vítima de queda da própria altura há 07 horas, com trauma craniano, levando lesão com sangramento ativo na testa. Sangramento de caráter pulsátil. Glóbulos 15, pupila isocórica e reativa, sinal de Gussakovski positivo. AC e AP fisiológicos, aleitamento irrelevante. Paciente desorientado.

PA X mmHg Pulso:            FC:            bpm Temp:           

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Rx Torax.



MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: 12/12/2015 HORA: 20:55:47

Procedimento            CID           

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional Médico

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 001/287, 001/196  
001/193, 001/194

<b>Nome:</b> RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA		<b>Prontuário:</b> 384167
<b>Mãe:</b> JOSEFA PATRICIO DOS SANTOS SILVA		<b>Pai:</b> ANTONIO FERREIRA DA SILVA
<b>End.Resid.:</b> RUA QUINTINO ROCATUVA, S/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
<b>Nascimento:</b> 15/02/1977	<b>Idade:</b> 38a:10m:27d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86- 3265-1116
<b>Responsável:</b> JOSE ANTONIO SOARES ALVES		<b>CNS:</b> 209514525970006
<b>Profissão:</b> PEDREIRO		<b>Documento:</b> CPF: -
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)
<b>End.Local.:</b> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 511338	<b>Data:</b> 12/12/2015 20:55:47	<b>Condução:</b> POLÍCIA CIVIL DO RJ
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
<b>Acid.Trab.:</b> Não	<b>Caso Policial:</b> Não	<b>Pl.Saúde:</b> Não
	<b>Trauma:</b> Não	<b>Convênio:</b> S U S
		<b>Maus Tratos:</b> Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: # com - PRTE 23 de fev  
com 20 mot  
TODOS os dias  
PRTE 1001  
Carimbo/Assinatura Solicitante  
Wenceslau  
COE PCR m  
Carimbo/Assinatura Recb. Parecer

DADOS DO PARECERISTA:

DECLARACÃO DE SINISTROS  
CONTIENDO NÃO VERIFICADO  
07 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2088 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

Data/Hora Solicitação: 13/12/15 08:35 ESPECIALISTA: Abadia

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Sem testes ortopédicos por quem  
seu nome: Alô ortoped

**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_:

Carimbo: Dr. Elton Maciel de S. Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 3192

Assinatura: [Assinatura]

Carimbo: [Carimbo]

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13 / 12 / 15

NOME DO PACIENTE: <u>Raimundo Nonato dos S. Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>3842.62</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>local</u>	Nº DA SALA: <u>01</u>
CIRURGIÃO: <u>Ferreira</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Machado</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Fabiana</u>	CPF Nº: _____

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	—	—	LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	—
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>	—	LUVA Nº <u>710</u>	PAR	<u>01</u>	—
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>	—	LUVA Nº <u>715</u>	PAR	<u>01</u>	—
AGULHA RAQUE	UNID.	—	—	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>03</u>	—
ALCOOL 70%	ML	—	—	PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	—
ALGODÃO	BOLA	—	—	PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	—
ÁGUA OXIGENADA	ML	—	—	PVPI TINTURA	ML	—	—
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>	—	SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	—
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—	—	SERINGA 10CC	UNID.	—	—
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>	—	SERINGA 5CC	UNID.	—	—
ESCALPE Nº	UNID.	—	—	SERINGA 3CC	UNID.	—	—
FORMOL	ML	—	—	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>01</u>	—
GASES	PAC.	—	—	SONDA URETRAL	UNID.	—	—
JELCO Nº	UNID.	—	—				
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<div><p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</p><p>CONTÉUDO NÃO VERIFICADO</p><p>07 JAN. 2017</p><p>Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2009 Loja 104 Centro - CEP 64001-100</p></div>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>3-0</u>	<u>02</u>			ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Silvia</u>			
VICRYL							
PROLENE							



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A 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 12/12/15 HORA: \_\_\_\_\_ Nº DO TELEFONE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL SOLICITANTE Hosp. Dr. José da Rocha Coutado MUNICIPIO União (PI)

MÉDICO: Dra. Beatriz Sáez CRM: 6015

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Wesimundo Viana

Data de Nascimento 15/01/77 Idade: 38 anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

CPF: \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_

Município de Procedência: \_\_\_\_\_

HDA: Lesão intima de acidente de arto, apresentando fratura exposta de osso frontal e sangramento artrodial. Ressonância nuclear de quadril. Decisão de avaliação especializada a exames de imagem.

HD: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

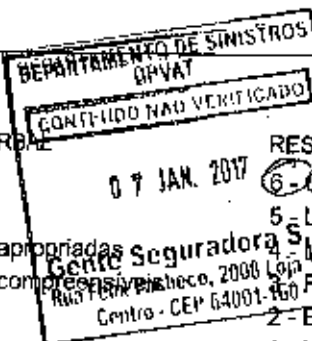
- (4) Espontânea  
3 - Comandos  
2 - À dor  
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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



SINAIS VITAIS

Tax: 36°C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mrm PA: 120x72 mmHg Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Glicemia: 104 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) Oxigênio (X) Hidratação Venosa  
( ) Aspiração ( ) Medicação (especificar) \_\_\_\_\_  
( ) Curativo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Hospital Assunção Rio de Janeiro

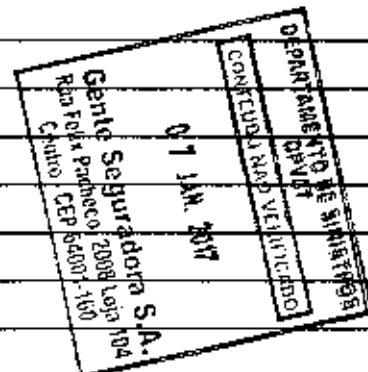
Dra. Beatriz Sáez Cruz  
MÉDICA

CRM-PI 6015

Assinatura e carimbo do Médico



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENT. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RMO NOVARO DO SANTO						
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
13.12.15	# ALIMENTE SE MODO			Glicemia Capilar 79 mg/dL		
10/10h	# ICE					
	1. DIETA COMUM					
	2. SFO 91 1500ml EV, 216ml/min		10:20			
	3. Ombro 40mg + 100mg EV 24/24h					
	4. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h		10:40 17			
	5. Glicemia capilar agora e 6/6h					
	6. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h		10:40 17			
	7. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	8. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	9. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	10. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	11. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	12. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	13. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	14. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	15. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	16. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	17. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	18. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	19. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	20. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	21. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	22. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	23. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	24. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	25. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	26. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	27. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	28. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	29. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	30. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	31. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	32. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	33. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	34. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	35. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	36. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	37. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	38. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	39. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	40. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	41. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	42. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	43. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	44. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	45. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	46. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	47. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	48. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	49. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	50. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	51. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	52. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	53. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	54. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	55. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	56. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	57. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	58. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	59. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	60. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	61. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	62. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	63. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	64. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	65. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	66. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	67. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	68. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	69. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	70. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	71. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	72. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	73. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	74. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	75. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	76. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	77. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	78. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	79. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	80. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	81. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	82. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	83. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	84. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	85. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	86. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	87. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	88. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	89. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	90. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	91. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	92. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	93. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	94. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	95. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	96. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	97. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	98. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	99. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					
	100. DILATA 200mg IV - 1amp + 100mg EV, 6/6h					





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1828 - Redenção - Fone: 35 3229 4032  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.522.917/0027-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO MONATO DOS SANTOS SILVA** (Frontisório: 384167)  
 Endereço: **RUA QUINTINO BOCAIUVA, S/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000**  
 Nascimento: **15/02/1977** Idade: **353:10m:27d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **511339**  
 Requisição: **590544** Solicitação: **12/12/2015** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
 Controle: **743285** Convênio: **S U S**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 12/12/2015

### T.C. DE CRÂNIO

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano parieto-mental.

### RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

**CONCLUSÃO:** EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(UNIAO ANTONIO)

TERESINA - PI 12/12/2015



**CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES**

CPF: 335.907.393-34 CRM: 2000  
 Profissional Responsável

Dr. Carlos Eduardo Viana Fernandes  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PI 34102



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Ottoni Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4972

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0027-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA** (Prontuário: 384167)  
Endereço: **RUA QUINTINO BOCAIUVA, S/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000**  
Nascimento: 15/02/1977 Idade: 38a:10m:27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 511338  
Requisição: 590544 Solicitação: 12/12/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 743286 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 12/12/2015

### T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

#### RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 12/12/2015

**CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES**

CPF: 395.907.393 34 CRM: 2000

Profissional Responsável



Wenderson  
Raimundo Nonato dos Santos  
Carla  
Cristina



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1826 Redenção Fone: 66 3229 4877

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002 02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA** (Prontuário: 384167)  
Endereço: RUA QUINTINO BOCAIUVA, S/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000  
Nascimento: 15/02/1977 Idade: 38a:11m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 511338  
Requisição: 590664 Solicitação: 13/12/2015 Solicitante: MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA  
Controle: 743438 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 13/12/2015

### TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

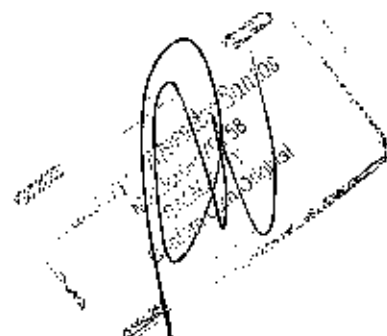
ANTONIO

TERESINA - PI 15/01/2016

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF. 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1320 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002 02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA** (Prontuário: 384167)  
Endereço: RUA QUINTINO BOCAIUVA, S/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000  
Nascimento: 15/02/1977 Idade: 38a:11m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 511338  
Requisição: 590664 Solicitação: 13/12/2015 Solicitante: MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA  
Controle: 743439 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 13/12/2015

### COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(ANTONIO

TERESINA - PI 15/01/2016

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Wanderley A. Moura  
Médico Radiologista  
CRM PI 1341  
CNPJ 08.000.000/0001-00



# 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 DOS SANTOS SILVA** (Prontuário: 384167)  
Endereço: RUA QUINTINO BOCAIUVA, S/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000  
Nascimento: 15/02/1977 Idade: 38a:11m:4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 511338  
Requisição: 590664 Solicitação: 13/12/2015 Solicitante: MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA  
Controle: 743440 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 13/12/2015

### BACIA

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

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/01/2016

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



*[Handwritten signature]*

**RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA****RELATÓRIO MÉDICO**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA, PORTADOR DE RG Nº 4.098.282 SSP-PI, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 12/12/15 "SIC" COM TRAUMATISMO CRÂNIO-FACIAL GRAU MÉDIO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, DATA DA ALTA MÉDICA 10/05/16. APRESENTA-SE COM ASSIMETRIA FACIAL, DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL EM 50% E DIMINUIÇÃO DA CAPACIDADE COGNITIVA EM GRAU LEVE.

Teresina, 20/12/2016

*Lucas Lopes Bezerra*  
DR. LUCAS LOPES BEZERRA  
MÉDICO DO TRABALHO - CRM 3932  
Dr. Lucas  
Médico do  
CRM - PI 3932/AM





Cópia em Grátis SUSEP 44512

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 4.098.282 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/08/14

NOME RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

RELACÃO JOSEFA PATRÍCIO DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE ANTONIO PEREIRA DA SILVA

UNIAO-PI DATA DE NASCIMENTO 15/02/1977

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 23096 L A77 F 492V

EXP UNIAO-PI 07/12/95

TERESINA - PI

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.110 DE 26/05/83 - DECRETO Nº 89.250/83

ÓDIGO DE CONTROLE  
CEAD.AAF1.9E72.B28C

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

As 10:52:18 do dia 25/04/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

REPARTIAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTIÚO NÃO VERIFICADO

07 JAN. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104  
Centro - CEP 64001-100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - I.D. DE IDENTIFICAÇÃO

COLEVAR DIRETAMENTE

RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

15/02/1977

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 079.039.543-69

NOME RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

Nascimento 15/02/1977

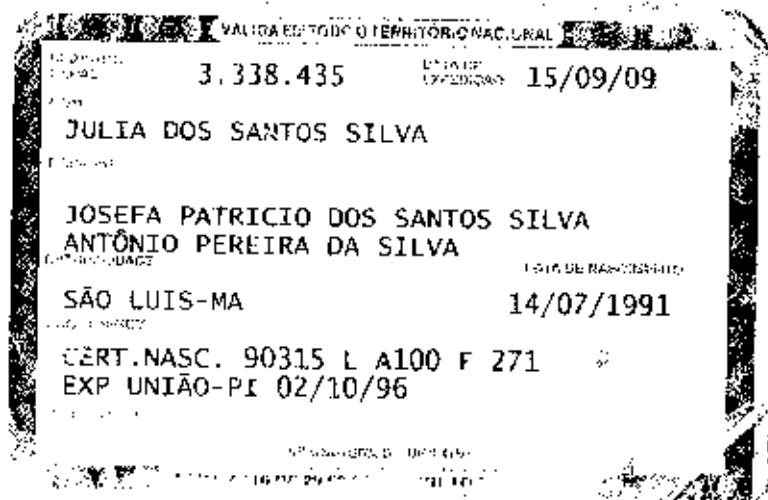
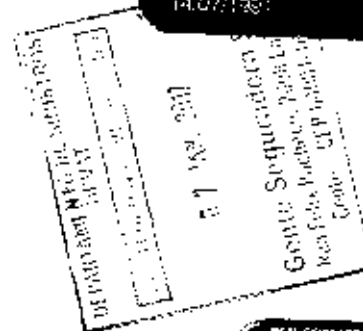
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





00001-000

Documento de identidade





-00007

Doc. nº 1000 000000 000000

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

011121553600

1 01041550200

2015

JULIA DOS SANTOS SILVA

05540603399

000000000

PASSADINHA DO MIMBIA

LIVRO 0000

HABITACAO/EDIFICIO

LIVRO 0000

0025/000000

PAGAR

PAGAR

000000000

PAGAR

SEGURO

1

PAGO

PBT: 000.25

ALICUOTA PROVISORIA

ADMINISTRADORA DE CONSUMO HIGIENICO

UNTERO

100000000

*Assinatura*  
MARCOS CARLOS DE OLIVEIRA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
COM MOTORES DE FORÇA MOTRIZ OU FORÇA CARGA, APESAR DE  
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

011121553600

05540603399

010-1312

2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
COM MOTORES DE FORÇA MOTRIZ OU FORÇA CARGA, APESAR DE  
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
COM MOTORES DE FORÇA MOTRIZ OU FORÇA CARGA, APESAR DE  
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

2015 11 05 2015

05540603399

010-1312

01041550200

HABITACAO/EDIFICIO

2015

0025/000000

PREMIOS

100,52

011,84

119,46

004,15

000,92

244,03

X 100000000

PAGAR

13/01/2015

ADMINISTRADORA LIDER - DPVAT

LIDER - DPVAT

LIDER - DPVAT

JAN-2015

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA  
DPVAT  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Teófilo Pires, 2005 Lapa 104  
Cidade - CEP 04031-100

**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 DOS SANTOS SILVA** Sinistro: **3170027703** Data: **12/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA QUINTINO BOCAIUVA, 780, 2060 - URBANO - União - PI - CEP 64120-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PI** ] **4098282**

Data local do exame: [ **13/02/2017** ] **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 exposta do osso frontal. sem alterações na marcha e arco de movimentos dos mmii e mmss. sem alterações no exame físico. refere cefaleia esporádica e vista turva (sic)**

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.  
**tratamento: sutura simples.**

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

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

( **X** ) "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):

% 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

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.

**LAUDO DE TOMOGRAFIA: EXAME NORMAL. SEM FRATURAS !!**



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170027703 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 12/12/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 26/01/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO-FACIAL

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170027703

**Cidade:** União

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS  
SILVA

**Data do acidente:** 12/12/2015

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do osso frontal

**Descrição do exame médico pericial:** Sem alterações na marcha e arco de movimentos dos MMSS e MMII, sem alterações no exame físico.

Refere cefaleia esporádica e vista turva (sic)

**Resultados terapêuticos:** Tratamento: sutura simples.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 13/02/2017

### Conduta mantida:

**Observações:** LAUDO DE TOMOGRAFIA: EXAME NORMAL. SEM FRATURAS !!

Nota do revisor: ratificamos a conclusão do examinador.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho

**CRM do médico:** 4369

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

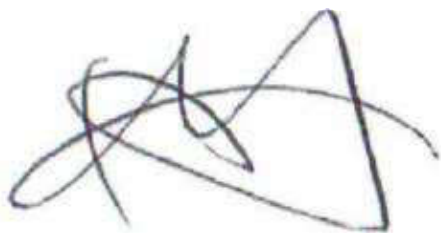
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**





loop length

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Lucinete Oliveira Vieira  
*Escrevente*

**FLS. 144 LIVRO nº 117 PROCURAÇÃO**

Procuração bastante que faz em Notas: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS  
SILVA.

**SAIBAM** quantos este público instrumento de procuração virem que aos Vinte e Dois dias do mês de Dezembro do ano dois mil e dezesseis nesta cidade e comarca de União, Estado do Piauí, em meu Cartório, à rua Anfrísio Lobão - centro em União-Piauí. Perante mim, Tabelião, compareceu como Outorgante Constituinte: **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA**, Brasileiro, Solteiro, Pedreiro, Portador do RG nº 4.098.282/PI e do CPF nº 079.039.543-69, residente e domiciliado à Rua Quintino Bocaiúva, 780, Bairro Cruzeiro, União, Estado do Piauí, o presente identificado por mim Escrivã, pelos documentos apresentados. Então, pelos outorgantes me foi dito que por este público instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui seu bastante Procurador(a): **JULIA DOS SANTOS SILVA**, Brasileira, Solteira, Lavradora, Portadora do RG nº 3.338.435/PI e do CPF nº 055.906.093-99, residente e domiciliada à Rua Quintino Bocaiúva, 780, Bairro Cruzeiro, União - PI, a quem confere poderes especiais para assinar formulários para recebimento do Seguro **DPVAT Seguradora Líder**, a que tem direito o Outorgante Constituinte, podendo requerer, dar entrada e acompanhar processos, requerer benefícios, receber, assinar termos, contratos, declarações, termos ou quaisquer outros documentos necessário para recebimento do referido benefício, onde a outorgada declara sob a pena da lei que o veículo abaixo mencionado é de sua propriedade, que na data do acidente ocorrido com o outorgante (vitima), cujo condutor era vítima, Veículo: Marca / Modelo HONDA / POP 100, CHASSI 9C2HB0210FR018598, Renavam 01041550208, Placa PIC - 7372, Cor Preta, Ano - 2015, com data do acidente ocorrido em 12/12/2015 que a vítima era o outorgante, assinar termos de quitação, representá-lo inclusive junto a quaisquer Repartições Públicas, Federais, Estaduais, Municipais ou Autarquias em geral, inclusive junto ao **BANCO DO BRASIL, agência 0243-7, nesta cidade**, podendo abrir e movimentar conta poupança ou corrente, abrir e movimentar conta, junto a qualquer agência bancária, sacar, fazer transferências, requerer saldos, extratos ou quaisquer outros, atualizar cadastros, resolver todo e quaisquer assuntos referente ao referido Seguro, assinar quaisquer documentos que necessário for, enfim praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato, a que tudo feito dará por bom, firme e válido. Assim o disse, do que dou fé. Pediu-me, lavrei a presente Procuração, a qual depois de feita e lida em voz alta e clara outorgou, aceitou e assina. Eu, Maria Delina Pinheiro do Nascimento, Escrivã do 2º. Ofício, dispensadas as testemunhas instrumentárias de acordo com o Art.134 § 5. Do código civil Brasileiro, com redação na Lei nº6952/81. Eu Maria Delina Pinheiro do Nascimento Pública do 2º. Ofício, a digitei e assino em público e raso.

União-PI, 22 de Dezembro de 2016.

Em test. Q da verdade

Maria Delina Pinheiro do Nascimento  
Tabela

LOMARCA  
 ART. 1.º  
 MARIA DELGADIN  
 Teófilo Fábrega  
 LUCINETE O  
 Esc.  
 Fone/Fax: 32

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
07 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104  
Centro - CEP 64001-100

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10393721

A/C: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170027703 ASL-0009514/17  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA  
**Data Acidente:** 12/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JULIA DOS SANTOS 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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 GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10411252

A/C: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

Sinistro: 3170027703 ASL-0009514/17  
Vítima: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA  
Data Acidente: 12/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JULIA DOS SANTOS 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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, 14 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10516214

A/C: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

Sinistro: 3170027703 ASL-0009514/17  
Vitima: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA  
Data Acidente: 12/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JULIA DOS SANTOS SILVA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





0014

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Carimbo de homologação de IML

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 DOS SANTOS SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.098.282

EXPEDIDO POR 559-PI

EM 07 / 08 / 14 E

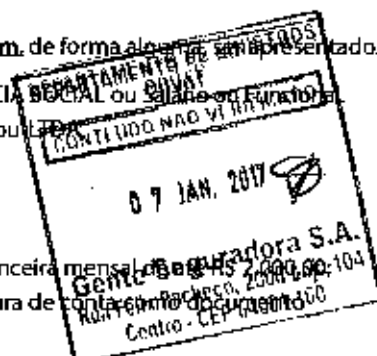
CPF 049039543-69 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECUSON

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSON (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS 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 Benefício;
- 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta sem apresentação de comprovatório 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](http://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, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0843-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27-307-4

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

Vamos RE 23 de Dezembro de 2016

LOCAL E DATA

Julia dos Santos 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 na 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

05/01/2017 - BANCO DO BRASIL - 11:37:49  
024311456 0139  
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA  
EM DINHEIRO

CLIENTE: RAIMUNDO N. SANTOS SILVA  
AGENCIA: 0243-7 CONTA: 27.387-4 VAR: 51

DATA 05/01/2017  
NR. DOCUMENTO 2.431.145.600.139  
VALOR DINHEIRO 0,50  
VALOR TOTAL 0,50

NR. AUTENTICACAO 8.986.530.286.418.078

Creditos a partir de 04-05-2012 estao  
disciplinados pela Lei 12.783

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,  
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENIDO NAO VERIFICADO  
07 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160



329585

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001948/2016-00**

Unidade de Registro: 20ª DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Alberto Alves De Sales

Data/Hora: 01/12/2016 - 13:29

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

20ª DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

ANEL VIÁRIO DE UNIÃO, Nº:

Complemento

PRÓXIMO AO CEMITÉRIO DAS AREIAS

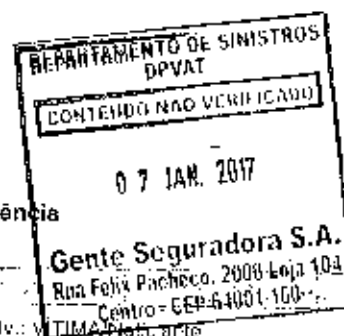
Data/Hora

12/12/2015 - 17:30

Bairro

CRUZEIRO

Ponto de Referência



**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Tipo Envolv.: VITIMA PARTICIPANTE

Nome: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

Mãe: JOSEFA PATRÍCIO DOS SANTOS SILVA

Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA QUINTINO BOCAIUVA, Nº 780

Bairro: CRUZEIRO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9582-6803

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA:**

QUE NO DIA, LOCAL E HORA ACIMA MENCIONADOS, O NOTICIANTE CONDUZIA A MOTOCICLETA MARCA HONDA POP 100, COR PRETA, ANO 2015/2015, PLACA PIC-7372 UNIÃO-PI, CHASSI Nº 9C2HB0210FR018598, RENAVAM Nº 01041550208, DE PROPRIEDADE DA SENHA JULIA DOS SANTOS SILVA, QUANDO ATROPELOU UM ANIMAL SUÍNO (PORCO), VINDO A CAIR E FRAATURAR O OSSO FRONTAL, CONFORME DIAGNÓSTICO MÉDICO: QUE FORAM TESTEMUNHAS RICARDO LOURENÇO DA SILVA E RILDO LOPES DA OLINHA, TODOS RESIDENTES NESTA CIDADE, NO BAIRRO SÃO FRANCISCO. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Alberto Alves De Sales - Mat. 0381497  
AGENTE DE POLÍCIA



RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Ferdinando Martins Araújo  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 265447  
Delegado de Polícia

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



DIT

Eu, RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA, portador da carteira de identidade nº 4.098.282 e inscrito no CPF/MF sob o nº 099.039.543-69, residente e domiciliado na R. QUININO BOCAIUA, Cidade UNIÃO, Estado PIAUÍ, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da 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 invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a 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 correta 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Raimundo dos Santos Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



UNIÃO - PI 07/12/2016

Local e data

#NEURO

945

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA		<b>Prontuário:</b> 384167	
<b>Mãe:</b> JOSEFA PATRICIO DOS SANTOS SILVA		<b>Pai:</b> ANTONIO PEREIRA DA SILVA	
<b>End. Resid.:</b> RUA QUINTINO BOCAIUNA, S/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000			
<b>Nascimento:</b> 15/02/1977	<b>Idade:</b> 38a:10m:27d	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b> 86- 3265-1116
<b>Responsável:</b> JOSE ANTONIO SOARES ALVES		<b>CNS:</b> 203514523970008	
<b>Profissão:</b> PEDREIRO		<b>Documento:</b> CPF: -	
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Solteira	
<b>End. Local:</b> - - -			

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 511338	<b>Data:</b> 12/12/2015 20:55:47	<b>Condução:</b> PRESENCIA UNIFORME DO INTERIOR
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		<b>Convênio:</b> S U S
<b>Acid. Trab.:</b> Não	<b>Acid. Trajeto:</b> Não	<b>Acid. Trab. Típico:</b> Não
		<b>CID Secundário:</b> V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>Sinal/Sintoma:</b> TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	<b>Evento Principal:</b> Mecanismo de trauma significativo	<b>Destino:</b> SALA DE TRAUMA	<b>Classificação:</b> <b>Laranja</b>
<b>Breve História:</b> PACIENTE VICTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, NA CLIN. AEREA 7 / PRATICA EMERGÊNCIA EM OCORRÊNCIA. CONDIÇÃO: CRANIOENCEFÁLICO.		<p><i>João da Silva</i> Enfermeira COREN 7.884</p> <p>Ass. Profissional Acolhimento:</p>	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: : )

Paciente vítima de queda da própria altura há 02 horas, com trauma craniano, laçando lesões com sangramento ativo na testa. Sangramento de caráter pulsátil. Glasgow 15, pupilas isocóricas, ptose ativa, sinal de Gunning positivo. AE e AP fisiológicas, abdômen inscinto. Paciente alcoolizada.

PA _____ X _____	Pulsos: _____	PO: _____	Tensão: _____
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:			
- Rx Torax.			
<b>MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:</b>			
DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Procedimento	CID

Assinatura Pacteului de Descurtare

Associação Profissional Médica

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA,

RG nº 4.098-282, data de expedição 07/08/14, Órgão SSP-PI,

CPF nº 079.039.543-60, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. QUINTINO BOCAJUNA</u>
Número	<u>780</u>
Apto / Complemento	<u>                  //                  //                  </u>
Bairro	<u>B. URBANO</u>
Cidade	<u>UNIÃO</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.120.000</u>
Telefone de Contato	<u>(080) 9.95521450</u>
E-mail	<u>                  //                  //                  </u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: União - PI 23/12/2016

Assinatura do Declarante: Julia dos Santos Silva



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão, 50 - Centro-Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.000-000 Fone: (065) 3123.3123  
Venda Especial: Cartão de Energia Elétrica - 50% de 1  
Regime especial de Imposto de Renda para Pessoa Física

Nº da Nota Fiscal: 000373099

A Tarifa básica de Energia Elétrica - "SEU" é calculada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

DEZEMBRO/2016 19/12/2016 77 57,73

JOSEFA PATRICIO DOS SANTOS  
R. QUINTINO BOCAIUNA 780 2060 8-URBANO  
CPF: 00069747873320  
CEP: 64.120-200 - UNIAO

ROT: 107.070.07.09.552400

Atual:	2643	12/12/2016
Anterior:	2566	10/11/2016
Consumo de energia elétrica:	1,000	11/01/2017
Consumo Medido:	77	12/12/2016
Consumo Futuro:	77	12/12/2016

Endereço:	Logradouro:	Número:	Cidade:	UF:	CEP:
RESIDENCIAL	HONG	1334	TERESINA	PI	64.120-200

NOV/16	97	CONSUMO	77 A R\$ 0,604707	46,56
OUT/16	77	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		6,25
SET/16	140	CORRECAO MONETARIA IGPIM (2X)		0,33
AGO/16	69	MULTA POR ATRASO (2X)		1,56
JUL/16	62	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER		2,57
JUN/16	71	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,71	
MAI/16	61			
ABR/16	63			
MAR/16	67			
FEV/16	56			

TARIFAS SEM TELEFONIA:  
R\$ 77 - 0,451475

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTIUDO NAO VERIFICADO  
07 JAN. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 10A  
Centro - CEP 64001-160

Mês/Ano: 12/2016 Valor R\$: 63,44  
Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 27/12/2016, em função das contas não pagas desta fatura. O não pagamento poderá acarretar a inclusão do nome da consumidora no SPC e no SER, além de prejudicar o crédito pessoal e o da empresa, caso tenha atividade empresarial. Para evitar a suspensão de fornecimento de energia elétrica, basta pagar esta fatura.

A COMPANHIA DE SERVIÇO DE TERCEIRO INCIDE NA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADO QUALQUER TEMPO SEM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO EXAR/2016 RESERVISTA CUMPRADO SEU DEVER APRESENTADO SE DE 09 A 16 DEZ/2016 LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO: 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 8C85.BcCD.5877.E0AF.DF19.5882.ZC49.1788

Despesa:	12,63	Base de Cálculo:	46,56
Energia:	15,47	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,86	Valor do ICMS:	9,31
Encargos:	4,81	Valor do PIS:	0,44
Tributos:	11,79	Valor do COFAS:	2,04

7,66 15,32 30,65 3,73 7,47 14,95 4,31  
0,00 0,00 0,00

UNIAO 10/2016 18,58

ROT: 107.070.07.09.552400

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão, 50 - Centro-Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.000-000 Fone: (065) 3123.3123

SEU CÓDIGO 0176284-2  
MÊS FATURADO 12/2016  
TOTAL A PAGAR - R\$ 57,73  
VENCIMENTO 19/12/2016  
Nº da Nota Fiscal: 000373099 FCM

836900000000 8 57730017000 5 000000000176 8 28421216008 9