

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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 Keellynawie de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.503.303.00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Augusto Alves de Souza inscrito (a) no CPF sob o N° 852.212.953-34 do sinistro de DPVAT colertura invalides da Vítima Carlos Augusto Alves de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N° 852.212.953-34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ a apresento os documentos comprobatórios: _____ DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPERAIS
DESENVOLVIMENTO
NÃO VERIFICADO

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Vinte e Um de Janeiro</u>		Número	<u>552</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	Estado	<u>Piauí</u>	CEP
Email			Telefone comercial (DDD)	(86) 994229595	Telefone celular (DDD)

Teresina-PI 05 de 04 de 19
Local e Data

Keellynawie de Oliveira
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, IZIDORIO MACHADO SOUSA NETO

RG nº _____, data de expedição ____/____/____

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 900143403-72

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) _____, nº _____

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

CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA, cujo o condutor era

CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

Veículo: MOTO - Modelo: HONDA/CB150 FAZER Ano: 2012

Placa: DDY-7643 Chassi: 9C2KCL670CR506383

Data do Acidente: 19/01/2019

Local e Data: TERESINA 05/02/2019

Assinatura do Declarante

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

Cartório
Themistocles
Sampaio
Terecina

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lizardo Negreiros, 1223 - Centro - CEP: 64000-230 - Teresina-PI - Fone: (86) 32710160 - E-mail: autenticacao@autenticacaodigital.com.br
Titular: Anacláia Gonçalves de Sampaio Ferreira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IZIDORIO MACHADO SOUSA NETO. DOU FE. EM TESTE DA VERDADE.
TERESINA-PI, 05/02/2019. Selo: AAA90325-LS0J

JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escrivente Autorizada
Emol.:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:214
PROCURACAO PARTICULAR

[Handwritten signatures]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrivente Comissionada
Teresina - PI



Dados do Chamado	01 N° do chamado 2656	02 Data do chamado 19/01/19	03 PRO (código) 29001	04 Saída do PA 0:05	05 Chegada ao local 6:20
Local da Ocorrência	06 Saída do local 6:29	07 Chegada ao 1º hospital 6:44	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Pq Progresso IT	11 Bairro Condomínio Colombo	12 Município-UF	Código IBGE	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Carlos Augusto Alves de Souza	14 Nome Carlos Augusto Alves de Souza	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
Acidente de Transporte	16 Idade 43	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado 1-Dia	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência DN: 170375	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espacamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado
Assistência	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 20 Meio de locomoção 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança
Hospital de Destino	23 Glasgow = 7	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedeça a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 78 Resp. _____ PA _____ TAX. _____ Sat02 98	25 Local da lesão DEPARTAMENTOS DE SINISTRO CONTENDO NÃO VERIFICADO
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Suspeito <input type="checkbox"/> 9 AGO 2019
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino _____	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	GENTE SEGUROADORA S.A. R. Coelho de Resende, 465 Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI Não Removido
	Saudade de viver. nature perna E				
	Socorristas Médico Silvânia AE/TE			Enfermeiro Condutor Soans	
	Responsável pela Recepção Nome e sobrenome				

Ultim



HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

NOME DO PACIENTE: Carlos Augusto Alves de Souza
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 310490

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".

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 19/01/2019 06:51:43

(User: EDUARDO)

(Estação: GESS001)

<u>Nome:</u> CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA		<u>Prontuário:</u> 310490
<u>Mãe:</u> MARIA ALVES DE SOUSA	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> RUA CORDEIRO 6573 - ALTO RESSURREIÇÃO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 17/03/1975	<u>Idade:</u> 43a10m2d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-98195-6983
<u>Responsável:</u> RAIMUNDA		<u>CNS:</u> 702004808841984
<u>Profissão:</u>		<u>CPF:</u> * RG: 1530634 - SSP-PI
<u>G. Instrução:</u> Médio Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 703501	<u>Data:</u> 19/01/2019 06:44:52	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S D S
<u>Acid. Trab.:</u> Não	<u>Trajeto:</u> Não	<u>Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> V299

DADOS CLÍNICOS:

Parada súbita andar no moinho de farinha e bateu na parede, caiu de cima, desmaiou no chão, sentiu dor no joelho e sentiu pressão na barriga.
 RX - Fratura à Distal da Tibia e Fíbula (comprimento da tibia)
 d: Internação para Tratamento cirúrgico

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
 Traumatologista Ortopédica
 CRM-PI 14572 / COF 12501

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

PA _____ mmHg	P脉搏: _____	PC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			
DATA: 19/01/2019 Técnico: Lira			
09 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI			

<u>ALTA:</u> <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> / /
		<u>HORA:</u> _____
<u>DESTINO:</u> <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
		<u>Proced. Solicitado:</u>
		<u>CID Compatível:</u>
<u>Prof. Solicitante:</u> Internação:		



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

卷之三

JOURNAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 19/01/19

NOME DO PACIENTE:	<i>Carlos Augusto Faria de Souza</i>	PRONTUÁRIO N°:	<i>810490</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Fractura de pilão fibular</i>	CIRURGIA:	<i>Ortopédica</i>
ANESTESIA:	<i>Dr. Benedito Barbosa Bezerra</i>	Nº DA SALA:	<i>05</i>
CIRURGÃO:	<i>Dr. Benedito Barbosa Bezerra</i>	CPF N°:	<i>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</i>
AUXILIAR:	<i>ORTOPÉDICA - ORTOPATOLOGIA CRM-PI 2009</i>	CPF N°:	<i>DPVAT</i>
ANESTESISTA:	<i>Miguel</i>	CPF N°:	<i>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</i>
INSTRUMENTADORA:	<i>Destendido</i>	CPF N°:	<i>09 AGO 2019</i>

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA N° 7,0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA N° 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVP DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVP TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	—		coletor oxigen	—	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:	—	—	02
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				c/colar 20			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	02		ENFERMARIA:	<i>Raguel</i>		
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:	<i>Misael</i>		
VICRYL	0	01					
PROLENE							





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Name: Carlos Augusto Alves de Souza

Sala: 05

Alergia: nega

Data: 20/01/19

Procedimento: TTO cirúrgico de Fr. de Ribeira Póstum

Cirurgião:

Burgos
09:00 10:00

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupivacaina	15mg												
2 Magnichel	60mg	>											
3 Fentanyl	100mcg												
4 Cetotilium	2g												
5 D. Finace	7g												
6 Serramprida	1alup												
7 Aztreonam	10mg												
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/NO2													
Volatile	%												

Acesso Vascular

- Periférico

Cat. Venoso n° 6
Dificuldade aces. venoso
Catetos: Cateteres
Central

Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT n° _____
- LMA n° _____

Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI ~~MSF~~
- Oxímetro de pulso:
- ETCO2
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decubito: 001+

SPO2 (%)	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venosa					
Aces. Venosa					
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia:

Raqueanesthesia Durante 26 minutos mediana simili sobre 63-64 s.

monitor admiss

Dr. Miguel Antônio T. Ferreira
Médico Anestesiologista
CRM-SP 184.610

Anestesiologista

Jasúlio. Nuge alergia mucosam
fosa e com vermiculidades

José Rodrigues

Tomás Rodrigues

Entomotera

COREN-PI 390.066

24hs. Elcimina (digo)
verificada PA = 130/91
mm Hg — Sintet

DEPARTAMENTOS	CONTÉUDOS DE SINISTROS
GENTE SECURADORA	DIFERENTES
Rua Cambuí Centro	NAO VERIFICADO
Morada Residencial	
Teresina-PI 64000-000	

09 460 2019

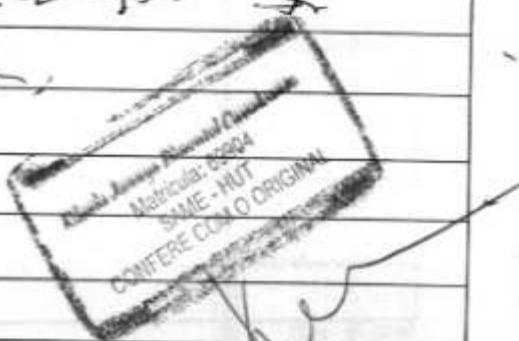
GENTE SECURADORA S.A.
Rua Cambuí Centro de Teresina-PI
CEP: 64000-000

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Carlos Augusto Alves de Souza		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura da tíbia e fíbula		
Operação - Tipo	Ortopedia		
Cirurgião	Dr. Berghei Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 3909	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	20/08/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pct no topo das raias, liga
Assento e molaço, compreender
fractura no punho
Pedras de pedra e um pedaço de
Fixos de esterco para fechar,
Fechado na placa
Carta,





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

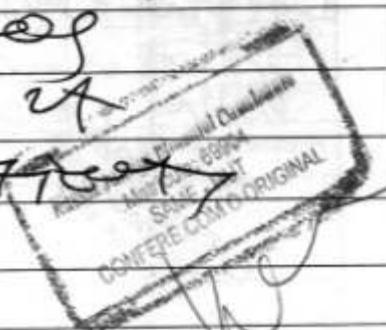
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Carlos Júnior dos de Souza		
Diagnóstico pré-operatório	Ortose com edema T3x		
Operação - Tipo	Anterior		
Cirurgião	Dr. Durval Tercio Vaines Leal	1º Assistente	Dr. Gelson Almeida Lemos Leal
2º Assistente		3º Assistente	Ortopedia e Traumatologia CRM: 3918 TECF: 13135
Instrumentador(a)	Juarez	Anestesista	Eduardo Paes
Testesico(a)			Roxo
Data da Operação	30/01/19	Inicio	10:45
Diagnóstico Pós-operatório	Ortose de joelho com edema T3x		
Relatório Imediato do Patologista	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 03 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI </div>		
Acidente Durante a Operação	<i>(Handwritten signature)</i>		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pronto os 3 pacientes assentos
 + assistente estar correto
 em pé, pronto para
 se o T3x esse é
 feito o Ortose
 suportar



Obs.: Garde comendo
 Fretamento Obs:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FIs Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 30/01/19

NOME DO PACIENTE:	Carlos proposta	PRONTUÁRIO N°:	310490
DIAGNÓSTICO:			
ANESTESIA:	Roxana	CIRURGIA:	
CIRURGIÃO:	Dr. Celso	Nº DA SALA:	
AUXILIAR:	Celso	CPF Nº:	
ANESTESISTA:	Eduardo Paes	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Jessica	CPF Nº:	09 AGO 2019

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	-	-	LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	-
AGULHA 30x8	UNID.	04	-	LUVA Nº 7,5	PAR	03	-
AGULHA 40x12	UNID.	04	-	LUVA Nº 8,0	PAR	02	-
AGULHA RAQUE	UNID.	01	-	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	-
ÁLCOOL 70%	ML	100	-	PVPI DE GERMANTE	ML	200	-
ALGODÃO	BOLA	-	-	PVPI TÓPICO	ML	200	-
ÁGUA OXIGENADA	ML	200	-	PVPI TINTURA	ML	-	-
COMPRESSA	PAC.	04	-	SERINGA 20CC	UNID.	-	-
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01	-	SERINGA 10CC	UNID.	02	-
ESPARADRAPO	CM	50	-	SERINGA 5CC	UNID.	-	-
ESCALPE Nº	UNID.	-	-	SERINGA 3CC	UNID.	-	-
FORMOL	ML	-	-	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	-
GASES	PAC.	06	-	SONDA URETRAL	UNID.	-	-
JELCO Nº	UNID.	-	-	Altro(s)	01	unid	-
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				lava 7,0 . 02			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

Kleusa Araújo Flávia Oliveira
Matrícula: 68904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome:		Prontuário:	Data:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade:	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s):			Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANAMNESE

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 - Patologias cardiocirculatórias | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2 - Patologias respiratórias | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3 - Antecedentes patológicos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 4 - Convulsão | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 5 - Passado anestésico cirúrgico | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 6 - Transfusão sanguínea | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 7 - Uso de medicação | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 8 - Alergia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - História familiar de complicações anestésicas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

EXAME FÍSICO

PA:	P脉:	<input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati:	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:					
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:					
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:					
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:					
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD						
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:					

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia				
HT	TTPa	Creatinina				
Plaquetas	Glicemia					
ECG:		RX Tórax				
ECO:						

ASA: Anestesia proposta: Geral Outro: _____

OBSERVAÇÃO DE CRPA

Anestesiologista:

CRM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Literatur

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE _____

UNIDADE DE SAÚDE _____					Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE						
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	38	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10				SEQUÊNCIA
P. ARTERIAL V O PULSO						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE <i>José Augusto Alves de Souza</i>					
DATA 20/11/13	PARTERNO 130x85	PULSO 90	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL 6/5			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <i>Fxtase inguinal</i>			FÍSICOS	ASA I	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	Set 11-99-00-00	TOTAL DE DOSES <i>Beta Sympetica 17,5mg + Neurax 60mg Medicar 0 - Atropina 100ug Atrofatoral 100ug</i>		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	<i>sf</i>	<i>sf</i>		
TEMPERATURA T	38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	<i>VVVVVVVVVV</i>	SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO O					
SÍMBOLOS				DURAÇÃO	
TECNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERACOES	<i>Beta Sympetica 17,5mg + Neurax 60mg Medicar 0 - Atropina 100ug Atrofatoral 100ug</i>			INCIDENTE - ACIDENTE	
CIRURGIÕES	<i>Fxtog extens de fxtog inguinal</i>			<i>LCG, Syney, injecao</i>	
ANESTESISTAS	<i>Dr. Eduardo Ribeiro Anestesiologista CRM-PI 4998</i>			<i>reto bical em intubacão</i>	
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.530.634
	DATA DE EXPEDIÇÃO 28/06/13
NAME	CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA
PAI/AÇÃO	MARIA ALVES DE SOUSA MANOEL RODRIGUES DE SOUSA
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
LUZILÂNDIA-PI	17/03/1975
DOC. ORIGEM	
CERT.CASAM. 21481 L 864 F 178	
EXP TERESINA-PI 29/05/08	
TERESINA-PI	
852 212 953-34	
LEI Nº 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.350/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Keylly Moura de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR
CARTERA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

REGISTRO GERAL
NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO

EVA MOURA DA SILVA
ANTONIO GOMES DE OLIVEIRA
NASCIMENTO

BARÃO DE GRAJAU-MA
DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 39751 X 53A F 097,
EXP TERESINA-PI 27/08/99
TERESINA-PI

839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 59.250/03

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190471490 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA Data do acidente: 19/01/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190471490 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA Data do acidente: 19/01/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Carlos Augusto Alves de Souza
 RG: 1530634 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 852.212.953-34
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado Profissão: Automotivo
 Endereço: R. Presidente Nº 6573
 Bairro: B- urbana Cep: 64.000.000 Cidade/UF: Teresina
 Telefone: (86) 994729591 () 988097870 ()

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

OUTORGADO:

Nome: Keyilly Moura de Oliveira
 RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI CIF: 839.502.303-00
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de Seguros
 Endereço: Rua: Vinte e quatro de Janeiro
 Bairro: Centro Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina - Piauí Nº 554
 Telefone: (86) 9.9472-9591 () () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Carlos Augusto Alves de Souza
 CPF: 852.212.953-34 Data do Acidente: 19/01/2019
 Cobertura solicitada: Invalidade Permanente DAMS Morte

Local e data



Teresina-PI 19/03/2019

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA. DOU FÉ. EM TESTE DA VERDADE.
TERESINA-PI, 14/03/2019. Selos: AAB54951-7698
www.tjpi.jus.br/portalextra.

JAKELANE RODRIGUES RIBEIRO DE ALMEIDA-Escrivente Autorizada
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/RJ: 0,10 Selos: 0,26 Total: 4,88 - OP: 202
PROCURAÇÃO

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

Cartório Themistocles Samário
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jaceline Rodrigues Ribeiro de Almeida
Escrivente Autorizada
Teresina-PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272225/19

Vítima: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

CPF: 852.212.953-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA : 852.212.953-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/08/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272225/19

Número do Sinistro: 3190471490

Vítima: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

CPF: 852.212.953-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/08/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

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

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190471490

Vítima: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190471490

Vítima: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

852.212.953.34

4 - Nome completo da vítima:

Carlos Augusto Alves de Souza

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

5 - Nome completo:

Carlos Augusto Alves de Souza

6 - CPF:

852.212.953.34

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua: Cordeiro

9 - Número:

6973

10 - Complemento:

11 - Bairro:

urbano

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3389

CONTA: 34593

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CENTRO DE ATENDIMENTO
GENTE
Centro de Recursos
ADMISSÃO
VERIFICAÇÃO
09 AGO 2019

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos, informar

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

 Sim

30 - Vítima deixou

nasceu (vai nascer)?

 Sim Sim

31 - Vítima teve irmãos?

 Não Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

 Sim

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

 Sim Não

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

34

INSCRIÇÃO
digital da
víctima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 07.08.19
Carlos Augusto Alves de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000953/2019-54

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 14/03/2019 - 10:01

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

540243

Data/Hora
19/01/2019 - 05:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PARQUE PROGRESSO

Endereço

PARQUE PROGRESO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

CONDOMÍNIO COLORADO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA ALVES DE SOUSA

Pai: MANOEL RODRIGUES DE SOUSA

Endereço: RUA CORDEIRO, Nº 6573

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8195-6983

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE COMUNICA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO O VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI, PLACA ODY-7643-PI DE PROPRIEDADE DE ISIDORIO MACEDO SOUSA NETO CPF 90014340372, QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO CAI FICANDO LESIONADO, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CHAMADO 2656 E LEVADO AO HUT PRONTUARIO 310490. AS DECLARAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima
 Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
 ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Augusto Alves de Souza
 CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA - Noticiante
 Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

852.212.953.34

4 - Nome completo da vítima:

Carlos Augusto Alves de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:			16 - Tel (DDD):
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:			
19 - Profissão do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3389

03

CONTA: 34593

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, CONSIDERANDO NA PRESENTAÇÃO DA AVULSA, que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

09 AGO 2019
GENTE
Ciente de Representadora S.A.
09/08/2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasцturo (vai nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

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

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 07.08.19
Carlos Augusto Alves Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado 2656	02 Data do chamado 19/01/19	03 PRO (código) 29001	04 Saída do PA 6:05	05 Chegada ao local 6:20
Local da Ocorrência	06 Saída do local 6:29	07 Chegada ao 1º hospital 6:44	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Progresso IT	11 Bairro Condomínio Colônia	12 Município-UF Código IBGE		
	13 Ponto de referência	14 Nome Carlos Augusto Alves de Souza	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade 43	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? DN: 170375	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	01
Acidente de Transporte	19 Vítima 2	20 Meio de locomoção 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança X Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = ██	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 78 Resp. _____ PA _____ TAX. Sat02 981	25 Local da lesão DEPARTAMENTOS DE SANEAMENTO E DRAF
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 <input type="checkbox"/>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa
Assistência	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos	32 Hospital de Destino Não Removido	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte
Hospital de Destino	Queda de moto. nature perne E				
Observações Interdisciplinar	<p><i>Basti Áudio para Socorro</i> <i>Medicina de Família</i> <i>CONCEPCIONAL</i> <i>KD</i></p>				

sem acalantamento
e sem o medico
Responsável pela Recepção
no atendimento

Socorristas

Médico

AE/TE

Sitânia

Enfermeiro

Condutor

Scans

GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485
Centro - Norte CEP: 64.002-000
Teresina - PI
09 AGO 2019



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5449
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-01



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 19/01/2019 06:51:43

(User: EDUARDO)

(Estação: GESSO01)

Nome: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA		Frontuário: 310490
Mãe: MARIA ALVES DE SOUSA	Pai:	
End.Resid.: RUA CORDEIRO 6573 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/03/1975	Idade: 43a10m2d	Sexo: Masculino Fone: 86-98195-6983
Responsável: RAIMUNDA		CNS: 702004808841984
Profissão:	CPF: * RG: 1530634 - SSP-PI	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado (a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 703501	Data: 19/01/2019 06:44:52	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS
Acid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente não sente no membro de hoje e dormiu daquela noite, despedida no 1º dia e sente dor no membro

RX - Fratura 1/2 Deltóide da Tibia e Fibula (comunicação na Fibula)

cl: Internar para Tratamento cirúrgico

PA _____ mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp: _____
Marcos Vitor P. de Carvalho Filho Traumatologia Ortopédica CRM-PI 4501 ZEP 12501			
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT			
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			

Diagnóstico Inicial:

03 AGO 2019

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

DATA 19/01/2019
Técnico: L

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-410
Teresina-PI

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> / /
	<input type="checkbox"/> A Pedido		<i>Assista Junto Hospital Desconhecido Manuela 65524 SAME-HUT HORA: CONFERE ORIGEM</i>
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> CID Compativel:
			<i>Prof. Solicitante Internação:</i>

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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000014593-5

Nr. da Autenticação 5D7301D2A79BC587



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

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

NF: 25135731

RAIMUNDA ALVES RODRIGUESR. CORDEIROS, 6573 ,
B-URBANO

64000000 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO 5961912	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 27/06/2019 a 30/07/2019
CONSUMO (kWh) 108	VENCIMENTO 05/08/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 89,25

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

recorte aqui

Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO
5961912

MÊS
07/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 89,25

836900000008.892500170006.000000005967.191207190056



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.574.740/0010-6 - IE 15.965.574
Av. Odilon Araújo, 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115. (86) 98124-3199

MATRÍCULA
TC 1.38
20190201120481

FATURA N°
MÊS / ANO
150356277
2/2019

NOME / ENDERECO

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 54-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO

001-000044-0000060

GRUPO

001 Y14N135124

NÚMERO DO HIDROMETRO

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO TÍPICO

01-2019 Liso

12-2018 Liso

11-2018 Liso

10-2018 Liso

09-2018 Liso

08-2018 Liso

07-2018 Liso

06-2018 Liso

05-2018 Liso

04-2018 Liso

03-2018 Liso

02-2018 Liso

01-2018 Liso

00-2018 Liso

LEITURA

000

100

200

300

400

500

600

700

800

900

1000

1100

1200

1300

1400

1500

1600

1700

1800

1900

2000

2100

2200

2300

2400

2500

2600

2700

2800

2900

3000

3100

3200

3300

3400

3500

3600

3700

3800

3900

4000

4100

4200

4300

4400

4500

4600

4700

4800

4900

5000

5100

5200

5300

5400

5500

5600

5700

5800

5900

6000

6100

6200

6300

6400

6500

6600

6700

6800

6900

7000

7100

7200

7300

7400

7500

7600

7700

7800

7900

8000

8100

8200

8300

8400

8500

8600

8700

8800

8900

9000

9100

9200

9300

9400

9500

9600

9700

9800

9900

10000

10100

10200

10300

10400

10500

10600

10700

10800

10900

11000

11100

11200

11300

11400

11500

11600

11700

11800

11900

12000

12100

12200

12300

12400

12500

12600

12700

12800

12900

13000

13100

13200

13300

13400

13500

13600

13700

13800

13900

14000

14100

14200

14300

14400

14500

14600

14700

14800

14900

15000

15100

15200

15300

15400

15500

15600

15700

15800

15900

16000

16100

16200

16300

16400

16500

16600

16700

16800

16900

17000

17100

17200

17300

17400

17500

17600

17700

17800

17900

18000

18100

18200

18300

18400

18500

18600

18700

18800

18900

19000

19100

19200

19300

19400

19500

19600

19700

19800

19900

20000

20100

20200

20300

20400

20500

20600

20700

20800

20900

21000

21100

21200

21300

21400

21500

21600

21700

21800

21900

22000

22100

22200

22300

22400

22500

22600

22700

22800

22900

23000

23100

23200

23300

23400

23500

23600

23700

23800

23900

24000

24100

24200

24300

24400

24500

24600

24700

24800

24900

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.574.740/0010-6 - IE 15.965.574
Av. Odilon Araújo, 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 | (86) 98124-3199

MATRÍCULA
TC 1.38
20190201120481

FATURA N°
MÊS / ANO
150356277
2/2019

NOME / ENDERECO

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 54-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO

001-000044-0000060

GRUPO

001 Y14N135124

NÚMERO DO HIDROMETRO

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO TÍPICO

01-2019 Liso

12-2018 Liso

11-2018 Liso

10-2018 Liso

09-2018 Liso

08-2018 Liso

07-2018 Liso

06-2018 Liso

05-2018 Liso

04-2018 Liso

03-2018 Liso

02-2018 Liso

01-2018 Liso

00-2018 Liso

LEITURA

000

INTURADO

00

VALOR

00

DATA

LEITURA

CONSUMO MÊS M3

VALOR

REF.

VALOR

ANTERIOR

03/01/2019 131

CONSUMO MÊS M3

VALOR

ATUAL

01/02/2019 134

VALOR

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO 0,85/M3 E (N)

0 10 0,8450 0,65

10 25 0,8499 0,65

25 999999 0,8499 0,65

NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO 0,85/M3 E (N)

10 25 0,8499 0,65

25 999999 0,8499 0,65

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 16,0 m3

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 16,0 m3

REF.

VALOR

12.741,00

16,9441,65 + 0,77

CONSUMO 16,94+7,68= 2,55

VALOR

28,45

18,49

16,0 m3

**ÁGUAS DE
TERESINA**

CNPJ 27.357.474/0001-06 - LEI 10.800/2004
Av. Prof. Camilo Ribeiro, 1360, Centro ou Sertão - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÉCULA

TC 1.38
2010007113826

FATURA Nº

13428373-2

MÊS / ANO

152393609
8/2019

NOME / ENDERECO

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA Vinte E QUATRO DE JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650

SOCALIZAÇÃO

001-00041-005270

GRUPO

001

NÚMERO DO HERÓNEIRO

Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TÍPO	USO	FATURADO
01/2019	Líquido	01	14
02/2019	Líquido	02	15
03/2019	Líquido	01	18
04/2019	Líquido	01	19
05/2019	Líquido	01	12
06/2019	Líquido	01	19
07/2019	Líquido	01	18
08/2019	Líquido	01	19

TIPOUSO - CATEGORIA / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA	USO	ESTIMATIVA
ANTERIOR	02/07/2019	146
ATUAL	02/08/2019	147

CONSUMO MÊS ANO	LP 1374/0000
18	PES. PAGAR 0,13947,254 0,91
	COFINS 0,13947,254 4,13

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO (L/Mês)	VALOR
0 a 10	3.2019	0,92
10 a 25	5.7128	0,98
25 a 50	9.39999	0,9616

DESCRIÇÃO	VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66	VALOR
> Residencial-Normal	10,0 m ³	30,66
VALOR DE ESGOTO - 24,53	> 10,0 m ³	24,53
> Residencial-Normal	> 10,0 m ³	

MAIS RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO (L/Mês) (0)

VENCIMENTO
14/08/2019

TOTAL A PAGAR
55,19

INSEGURIDADES / ANOMALIAS

AVISO:
NÚSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias de vencimento, o não pagamento desse débito acionará a suspensão dos serviços.
Conforme Luis Federativa nº 11.485-MINUT, Art. 40, inciso V, alínea "b" 08795-Art. 9º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉDIA	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15
pH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURBIDEZ	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5
COLIFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉDIA	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1827	1825	2	Ausência	Ausente
	1827	1827	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 02/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:30

TC 1.38
2010007113826

**ÁGUAS DE
TERESINA**

MATRÉCULA

13428373-2

FATURA Nº

152393609

MÊS / ANO

5/2019

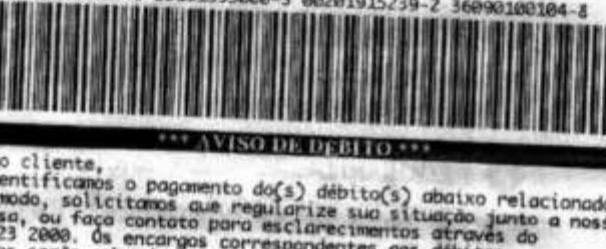
VENCIMENTO

14/08/2019

VALOR A PAGAR

55,19

82600000000-8 551915354000-5 00281915239-2 36990100104-8



*** AVISO DE DEBITO ***

rezoado cliente,
do identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
este modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados no momento da

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI