

Audências x Email - Reinaldo Filho - x Consulta processos - Pro x PJ 0800020-50.2020.8.18.0 x PJ 0800565-23.2020.8.18.0 x Controle de documento: x +

ProOrd 0800565-23.2020.8.18.0140
CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS ...

8214013 - CONTESTAÇÃO (2691498 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/02/2020 11:38:56

06 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8213702 - CONTESTAÇÃO
 - 8214013 - CONTESTAÇÃO (2691498 CONTESTACAO 01)
 - 8214017 - Documentos (2691498 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 8214024 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 8214026 - Documentos (SUBSTABELECIMENTO)
 - 8214306 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)

11:38

05 Feb 2020

JUNTADA DE CERTIDÃO

- 8189297 - Certidão
- 8189298 - Comprovante (OJ 15 2020)

13:28

31 Jan 2020

downloadBinario.seam 1 / 11

2691498 - CJ/2020-00397/INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08005652320208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

PT 11:39 06/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI]

Processo: 08005652320208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 14/03/2019.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 14/03/2019 após 3 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 19/01/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante **CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR** da presente lide o que causa grande espanto!

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

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

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

⁷ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 31 de janeiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA**, em curso perante a **8ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08005652320208180140.

Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keyllymauro de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Augusto Alves de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 852.212.953/34 do sinistro de DPVAT colcheta invalidez da Vítima Carlos Augusto Alves de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 852.212.953/34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Rua Vinte e Quatro de Janeiro</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64000-902</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729593</u>

Teresina-PI 05 de 04 de 19
Local e Data

Keyllymauro 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 1/1/1
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/CG 150 FAN Ano: 2012

Placa: DDY-7643 Chassi: 9C2KCL670CR506383

Data do Acidente: 19/01/2019

Local e Data: TERESINA 05/02/2019

Izidorio machado Sousa Neto

Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio de Albuquerque, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI. Fone: (86) 3421-0116 - E-mail: atendimento@cartoriopirajuba.com.br
Titular: Antônia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IZIDORIO MACHADO SOUSA NETO. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 05/02/2019. Selo: AAA90325-LS00
Judite de Castro Cardoso
JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 214
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Comprossada
Teresina - PI

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



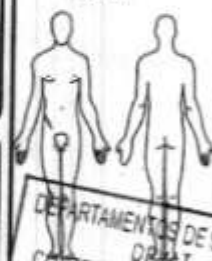
Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
	18 Tipo de ocorrência	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso Radial	28 Sangramento	29 Escala de Dor de 0 a 10	
	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	
Assistência	34 Óbito				
Hospital de Destino					
Observações Interdisciplinar					



DEPARTAMENTO DE SAÚDE
ORAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09-AGO-2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Getúlio de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



com o atendimento
e com o médico
Responsável pela recepção
no posto de atendimento

Socorristas
Médico
AE/TE

Silviana

Enfermeiro
Condutor

Soares

Altan



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Carlos Augusto Alves de Sousa
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".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-01



BOLETIM DE ENTRADA - BE

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

DADOS DO PACIENTE:

(User: EDUARDO)
(Estação: GESS001)

Nome: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA		Prontuário: 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: S U S
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente após acidente no município de Teresina, vítima de acidente de trânsito, com lesão, deslocada no 1/3 distal e com fratura fechada de mão.

EX - Fratura 1/3 Distal da Tíbia e Fíbula (comminuta em tibia)

Cl: Intensão para Tratamento cirúrgico

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 497.250 12501

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp: _____
-----------------------	--------------	---------------	-------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2019

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

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem: ☐ Transferência:
	DESTINO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs	
ÓBITO: ☐ Família ☐ IML ☐ Anat. Patol.		DATA SAÍDA: / / HORA: : PROCED. Solicitado: CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Tratama

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Carla Augusta Alves de Sousa		Ortopédica	B-2	2321232	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			HORÁRIOS		
			AÇÕES		
19/01/19	FRATURA DE TÍBIA @		08:30h - monitorado APV com Jlu no 20. Deu 79074		
1	Dieta livre		8:30h - Paciente admitido no P3 comente, preste atenção ao fôlego. Sem que- sas no momento. Para comen- tar a dor e alívio da dor no. Eliminação normal caso contrário.		
2	SF 0,9% 500 ml EV 12/12 h				
3	Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h				
4	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS				
5	Tilatil 20 mg + AD EV (?)				
6	Ranitidina 50 mg + AD EV 8/8h				
7	Clexane 40 mg SC 1x/dia				
8	CCGG + SSV				
9					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 ABO 2018
GENTE SEGRADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologista - Ortopedista
CRM-PI 12501
TEO 12501

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologista - Ortopedista
CRM-PI 12501
TEO 12501

Carrye Amendo (2012-19)

Dr. Sergio Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3009

VIRE

14:10 - Paciente admitido nesta
clínica, procedente do P2 com que-
ixa de dor no membro superior direito
muito intenso - hemorria, irritado,



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 19/01/19

NOME DO PACIENTE:	Carlos Augusto Alves de Souza	PRONTUÁRIO Nº:	310490
DIAGNÓSTICO:	fratura de fíbula lateral	CIRURGIA:	Ortopedia
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Dr. Barbosa Bezerra	CPF Nº:	
AUXILIAR:	ORTOPEDIA - 3009	CPF Nº:	
ANESTESISTA:	Miguel	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	D. Tedeco	CPF Nº:	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sousa, 455 Loja C
Centro, Montalva, 64002-70
Teresina-PI

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 Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI 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 Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		cateter oxigen		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:		02	
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				cateter 20			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		01		CIRCULANTE:			
PROLENE							

CONFERE COM O ORIGINAL
Saque - HUT
Razão Social: 0004
Miguel



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Carlos Augusto Alves de Saad

Sala: 05

Alergia: nenhuma

Data: 20/01/19

Procedimento: TIO cirúrgico de Fu de ríbica Pistal

Cirurgião: Bugriel

Observações:

Agentes	Unid	09:00			10:00								
		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupivacaína	15mg	Raquiocaudal											
2 Mexilina	60mg												
3 Fentanyl	100mg												
4 Clotolima	2g												
5 Diprivena	2g												
6 Bupivacaína	100mg												
7 Clotolima	10mg												
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio		36/min											
ARIN20													
Volatil	%												



Acesso Vascular

- ☐ Periférico
- ☒ Cat. Venoso nº 20 G
- ☐ Dificuldade acesso venoso
- ☐ Vasos cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT nº
- ☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI em MSE
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raquiocaudal
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: 001+

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



Descrição da Anestesia:

Raquiocaudal Quimica 26 pontos mediana única entre 2.3-2.4 s1

Anestesiologista

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

Anestesiologista

passo. Nega alega mudan
ta e verichidades

Tamiré Rodrigues
Enteireza PI 390.066

245 Glicemia (diu) =
Non fucato PA = 130/90

mmHg ——— Andu

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Comu de Resende, 465 Lda
Centro - Norte CEP: 64.011-77
Teresina, PI



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Carlos Augusto Alves de Jesus*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura de Vólvulo distal*

Operação - Tipo *Ortomania*

Cirurgião *Dr. Bergier Barbosa Bezerra*

1º Assistente

2º Assistente *ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3909*

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *20/08/19*

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

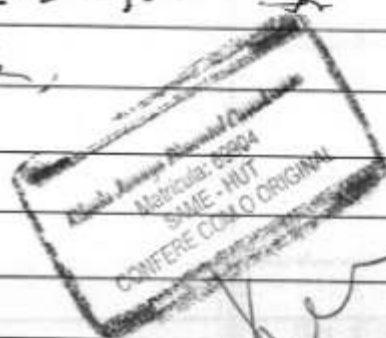


Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*Retirar os corpos estranhos
Assepsia e antissepsia, campo estéril
Incisão na pele
Redução da fratura e manobra de
Fixação externa transosteal
Fechamento da pele
Curativo*



Dr. Bergier Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3909



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		Carlos Augusto dos Santos	
Diagnóstico pré-operatório		Fratura de fêmur 134	
Operação - Tipo		Osteotomia	
Cirurgião	Dr. Celso Antonio Mendes	1º Assistente	Dr. Celso Antonio Mendes
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Jurelense	Anestesista	EdUARDO PAIVA
Testes(a)			
Data da Operação	30.01.19	Início	10h40
Diagnóstico Pós-operatório		Fratura de fêmur consolidada 134	
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação		N.D.	



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Fratura de fêmur consolidada
+ artroscopia de joelho
comissura, artroscopia de joelho
superior, fêmur consolidado
superior, joelho consolidado.

Dr. Celso Antonio Mendes
Frm. 64.002-470



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 30/01/19

NOME DO PACIENTE: Carlos Augusto de Jesus	PRONTUÁRIO Nº: 310490
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Rapar	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: Samuel	CPF Nº:
AUXILIAR: Celso	CPF Nº:
ANESTESISTA: Edsonaldo Jesus	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Franciane	CPF Nº:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.060-000
Teresina - PI

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	-	-	LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	-
AGULHA 30x8	UNID.	01	-	LUVA Nº 7.5	PAR	03	-
AGULHA 40x12	UNID.	02	-	LUVA Nº 8.0	PAR	02	-
AGULHA RAQUE	UNID.	01	-	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	-
ÁLCOOL 70%	ML	200	-	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	60	-	SERINGA 5CC	UNID.	-	-
ESCALPE Nº	UNID.	-	-	SERINGA 3CC	UNID.	-	-
FORMOL	ML	-	-	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	-
GASES	PAC.	06	-	SONDA URETRAL	UNID.	-	-
JELCO Nº	UNID.	-	-	Mitrodo	01	mito	-
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Linha 7.0.02			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				Procedimento de sutura			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				02 unid			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

Atestado de Sutura
Matrícula: 66004
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome:		Prontuário:		Data:
Sexo: () Masc. () Fem.	Idade:	Peso:	Altura:	
Procedimento (s) proposto (s):			Apto? () Sim () Não	

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	() Sim	() Não
2 - Patologias respiratórias	() Sim	() Não
3 - Antecedentes patológicos	() Sim	() Não
4 - Convulsão	() Sim	() Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	() Sim	() Não
6 - Transfusão sanguínea	() Sim	() Não
7 - Uso de medicação	() Sim	() Não
8 - Alergia	() Sim	() Não
- História familiar de complicações anestésicas	() Sim	() Não

EXAME FÍSICO

PA:	Pulso: () arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	() Normal () Alterado:	
2. Cardiovascular	() Normal () Alterado:	
3. Neurológico	() Normal () Alterado:	
4. Abdome	() Normal () Alterado:	
5. Vias aéreas	() Possível VAD	
6. Extremidades	() Normal () 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

Internado

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Cecilia Augusta Nova de Sousa				Ortopédica	3-2	2321232	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA/HORA CÓDIGO				HORÁRIOS			
19/01/19							
FATURA DE TÍBIA ①							
1 Dieta livre				Visto Nutricional 18/01/2019 CRM/PI 10165			
2 SF 0,9% 500 ml EV 12/12 h							
3 Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h							
4 Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS							
5 Tiliatil 20 mg + AD EV (?)							
6 Ranitidina 50 mg + AD EV 8/8h							
7 Clexane 40 mg SC 1x/dia							
8 CCGG + SSV							
9							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CONTENDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rezende, 465 Loja C
Centro - Moiná CEP: 64.102-470
Teresina-PI

Marcelo Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologista
CRM-PI 4797-1 EOT 12501

13:30
13:30 x 1 Transfusão de
PAA
14:10 - Paciente admitido nesta
clínica, procedente do P.O. com que-
dura de fêmur D, vítima de acidente
modo X (carro - motorista, saindo

Dr. Benedito Brito Bezerra
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3909

VIRE

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONquite	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					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	C°	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	38					SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



1251122

Carlos Augusto Alves de Sousa

CARTEIRA 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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.530.634 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/06/13

NOME
CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO
MARIA ALVES DE SOUSA
MANOEL RODRIGUES DE SOUSA

NATURALIDADE
LUZILÂNDIA-PI DATA DE NASCIMENTO 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 29/08/83 - 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

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0901-01

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPIRAÇÃO 21/10/14

REGISTRO
GERAL 2.212.129

NOME

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO

18/12/1979

BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 39751 V 53A F 097

EXP. TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

839.502.303-00

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

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

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

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

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

OUTORGANTE:

Nome: Carlos Augusto Alves de Sousa
RG: 1530634 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 852.212.953.34
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado Profissão: Autônomo
Endereço: Ch. Esperdineo Nº 6523
Bairro: B-urban Cep: 64.000.000 Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 994729591 (86) 988047870 ()

OUTORGADO:

Nome: Keylly Moura de Oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI C.F.: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua: Vinte e quatro de Janeiro Nº 554
Bairro: Centro Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina - Piauí
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 mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Carlos Augusto Alves de Sousa
CPF: 852.212.953.34 Data do Acidente: 19/03/2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

Teresina Piauí 19/03/2019
Local e data



Carlos Augusto Alves de Sousa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 14/03/2019. Selo: AAB54951-T698
www.tjpi.jus.br/portalextra
JAKELANE RODRIGUES RIBEIRO DE ALMEIDA-Escritora Autorizada
Emol.: 3,85 TJ:0,77 FPM/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:202
PROCURAÇÃO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL
Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Themistocles Sampaio
Escritora Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272225/19

Vítima: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

CPF: 852.212.953-34

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa

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

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:

4 - Nome completo da vítima:

852.212.953-34

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: Pordero

9 - Número:

6543

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 CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA:

3389 013

CONTA:

34593

☐

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente 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?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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

impressão digital da vítima 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 07.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



NAO ALFABETIZADO



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000953/2019-54

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. 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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

PARQUE PROGRESO, Nº:

Complemento

540243

Data/Hora

19/01/2019 - 05:40

Bairro

PARQUE PROGRESSO

Ponto de Referência

CONDOMINIO COLORADO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA

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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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 Sousa
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 Sousa

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 Sousa

6 - CPF:

852.212.953-34

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua: Lourdeiro

9 - Número:

6543

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

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0389 03

CONTA:

34593

5

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

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

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

- ☐ 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 apresentação desta condição, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO 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

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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

impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina - Piauí 07.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Estado de São Paulo
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 2656	02 Data do chamado 19.04.19	03 PRO (código) 29100	04 Saída do PA 6:05	05 Chegada ao local 6:20
	06 Saída do local 6:29	07 Chegada ao 1º hospital 6:44	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro Pg Progresso II	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Condomínio Colômbia				
	14 Nome Carlos Augusto Alves de Sousa	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	4		
Tipo de Ocorrência	16 Idade 43	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	18 Tipo de ocorrência DN: 17.03.75	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares			
Acidente de Transporte	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança ☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
	23 Glasgow = ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 78 Resp. PA TAX. 98 SatO2 98		25 Local da lesão 		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial ☐ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
Assistência	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
	30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada 2 - Não 3 - Suspeito ☐		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) b) c)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada ☐ 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado		
	34 Óbito ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte		35 Não Removido ☐		
Observações Interdisciplinar	36 Queda de moto. fratura perna E				
	37 Responsável pela recepção 38 Responsável pelo atendimento 39 Responsável pelo transporte				

DEPARTAMENTOS DE SAÚDE
DRAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA
Rua Goethe de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.002-170
Teresina-PI



com acolhimento
e sem o médico
Responsável pela recepção
mo. Otto Pedro

Socorristas
Médico
AE/TE

Silvane

Enfermeiro
Condutor

Sousa



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5443

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-01



BOLETIM DE ENTRADA - BE

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

DADOS DO PACIENTE:

(User: EDUARDO)
(Estação: GESS001)

Nome: CARLOS AUGUSTO ALVES DE SOUSA		Prontuário: 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: S U S
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente sofreu acidente no mombi de hoje em decorrência de queda, com dor, deformidade no 1º dígito e entorseção proximal de mão.

AX - Fratura 1º Dígito de Tula e Fíbula (comminuta e tilada)

Cl: Intussuscepção por Trauma unguem

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 647.750.12501

PA: _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp: _____
------------------------	--------------	---------------	-------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAMENHO REALIZADO
DATA: 19/01/2019
Técnico: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2019

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

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem:
		☐ Transferência:
DESTINO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs		DATA SAÍDA: / /
☐ Família ☐ IML ☐ Anat. Patol.		PROCED. Solicitado:
ÓBITO:		CID Compatível:
		Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

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 PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

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

NF: 25135731

RAIMUNDA ALVES RODRIGUES

R. 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
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

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



TC 1.38
20190201120401

MATRICULA 13428373-2
FATURA Nº 150356277
MÊS/ANO 2/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 5-4-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00044-000000 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N13S124

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO TÍTULO LIDO NATURALIZADO
01/2019 1.100 01 10
12/2018 1.100 01 10
11/2018 1.100 01 10
10/2018 1.100 01 10
09/2018 1.100 01 10
08/2018 1.100 01 10

DATA LEITURA CONSUMO MÊS M3 VALOR 10
ANTERIOR 03/01/2019 131
ATUAL 01/02/2019 134

TABELA TABELAS DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO 0 RS/M3 E (N)
0 10 1.9450 50
10 25 3.8900 50
25 999999 1.500 55
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45
> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45
VALOR DE ESGOTO - 18,49
> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO 0 RS/M3 E (N)
VENIMENTO 13/02/2019 VALOR A PAGAR 46,94

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

MENSAGEM
NOSSOS ATENDENTES ACUSA(M) 3 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias de emissão desta fatura, caso não seja quitada, a mesma será encaminhada para a cobrança em nome da empresa.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / DESV.	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2672	2669	3	1,49	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2653	2575	78	5,10	Inferior a 15
PH	2681	2631	50	6,13	6,00-9,50
TURBIDEZ	2685	2645	40	1,75	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / DESV.	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	744	740	4	Ausência	Ausente
ESCOLHIDA	744	744	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 01/02/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:04

TC 1.38 20190201120401

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 150356277
MÊS/ANO 2/2019

VENIMENTO 13/02/2019 VALOR A PAGAR 46,94

8: 500000000-8 46941535000-5 00201915035-4 62770100104-2



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Desto modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 22 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listado serão cobrados na próxima fatura.

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

TC 1.38
20190201120401

MATRICULA 13428373-2
FATURA Nº 150356277
MÊS/ANO 2/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
RUA VINTE-E QUATRO DE
JANEIRO, 5-4-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00044-000000 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N13S124

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO TPC LIDO MATURADO
01-2019 1.100 01 10
12-2018 1.100 01 10
11-2018 1.100 01 10
10-2018 1.100 01 10
09-2018 1.100 01 10
08-2018 1.100 01 10

DATA LEITURA CONSUMO MÊS M3 VALOR 10
ANTERIOR 03/01/2019 131
ATUAL 01/02/2019 134

TABELA TABELAS DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO 0 RS/M3 E (N)
0 10 1.9450 50
10 25 3.8900 50
25 999999 1.500 55
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45
> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45
VALOR DE ESGOTO - 18,49
> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

NÃO-RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO 0 RS/M3 E (N)
VENIMENTO 13/02/2019 VALOR A PAGAR 46,94

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

MENSAGEM
NOSSOS ATENDENTES ACUSA(M) 3 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias de ausência de pagamento, o cliente será considerado inadimplente e a cobrança será encaminhada para a cobrança de débitos.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / DESV	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2672	2669	3	1,49	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2653	2575	78	5,10	Inferior a 15
PH	2681	2631	50	6,13	6,00-9,50
TURBIDEZ	2685	2645	40	1,75	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / DESV	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	744	740	4	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	744	744	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 01/02/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:04

TC 1.38 20190201120401

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 150356277
MÊS/ANO 2/2019

VENIMENTO 13/02/2019 VALOR A PAGAR 46,94

8: 500000000-8 46941535000-5 00201915035-4 62770100104-2



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 22 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listado serão cobrados na próxima fatura.

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

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.157.474/0001-06 - IE 15.098.9574
Av. Prof. Camilo Fátima, 5300, Tótilos da Santa - CEP 64090-000, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1-20
20150021/13026

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 152393609
Mês/Ano 8/2019

NOME / ENDEREÇO
MORADOR: MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO

001-00041-005270

GRUPO

001

NÚMERO DO INSCRIÇÃO

Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO TIPO

07-2019 1.146

08-2019 1.146

09-2019 1.146

10-2019 1.146

11-2019 1.146

12-2019 1.146

LEDO

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

FATURADO

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁRIFA

1 Residencial - Normal

DATA

02/07/2019

LEITURA

146

ANTERIOR

02/08/2019

LEITURA

147

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

CONSUMO MÊS (M3)

10

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

TABELA DE TÁRIFAS

RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO (M3) e (%)

0 14 3.2010 02

10 25 5.7120 30

25 999999 9.0610 80

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO (M3) e (%)

0 14 3.2010 02

10 25 5.7120 30

25 999999 9.0610 80

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal

VALOR DE ESGOTO - 24,53

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

> Residencial-Normal

VALOR

30,66

10,0 m3

30,66

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3

24,53

10,0 m3