

AGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.257.474/000206 - I.E. 14.445.574
Av. Prof. Camillo Filho, 3860, Todos os Santos - CEP 64090-840, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

Y0 1.00 20190524085526 MATRÍCULA 151615198 FATURA Nº 5/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA DAS G ALVES
RUA TRES VILA APOLONIA, 261-SAO JOAQUIM-TERESINA-PI-cep:99999999

LOCALIZAÇÃO 016-00027-002415 GRUPO 016 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A0SL114561

HISTÓRICO DE CONSUMO	MÊS / ANO	TIPO	MED	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
04/2019	Lido	95	27		1 Residencial - Normal
03/2019	Lido	87	10		
02/2019	Lido	87	10		
01/2019	Lido	87	10		
12/2018	Lido	17	10		
11/2018	Lido	20	10		

DATA 24/04/2019 LITURA 1858 CONSUMO (M3) 10 LIT 1874,00m3
ANTERIOR 24/04/2019 1858 PIS. PASSO 70,05m, 95m - 0,05
ATUAL 24/05/2019 1866 COPIM 20,43x7,00m - 2,15

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO M3/M3 (R\$) 0 10 2,8450 10 10 20 5,6900 65 20 25 8,5350 65 25 99999 9,1580 65	VALOR REFERENCIAL AGUA - 28,45 > Residencial-Normal 10,0 M3 28,45

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

VENCIMENTO 05/06/2019 TOTAL A PAGAR 28,45

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MEMBRAGEM
ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO
OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA
FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.967/95, Art. 6º, §3º, 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 / M3	VALOR PERMITIDO
ODOR/LINHA	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
PH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5
COLÔNIAS TOTAIS					

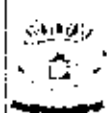
CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S.E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO
ESCOLÔNIA COL	660	656	4	Ausência	Ausente
	660	660	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 24/05/2019 HORA DA EMISSÃO: 08:55

Comprovante de residência





NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA AVULSA - NFSE-A

Número da Nota	00000003
Data e Hora de Emissão	31/05/2019 00:00:00
Código de Verificação	86289047

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: FRANCISCO DAS CHAGAS MENDES SANTOS

CPF/CNPJ: 152.464.933-34

Código de Controle: 99003412-5

Endereço: ACAMPAMENTO RUA ANISIO BRITO, Nº1213 - BAIRRO MORADA DO SOL - CEP:64000-180

Município: TERESINA

UF: PI

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

CPF/CNPJ: 067.358.163-23

Endereço: RUA 03, Nº26 - VILA APOLONIA - BAIRRO SAO JOAQUIM - CEP:64000-000

Município: TERESINA

UF: PI

E-mail:

ATIVIDADE UTILIZADA

CNAE: 863050400

DESCRIÇÃO: ATIVIDADE ODONTOLÓGICA COM RECURSOS PARA REALIZACA

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição:

REFERENTE A UM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DEVIDO A UM ACIDENTE DE MOTO.

Tributável SIM	Item	Qtde	Unitário R\$	Total R\$
	REFERENTE A UM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DEVIDO A UM ACIDENTE DE MOTO.	1	1.500,00	1.500,00

PIS (0,0000%):
R\$ 0,00COFINS (0,0000%):
R\$ 0,00INSS (0,0000%):
R\$ 0,00IR (0,0000%):
R\$ 0,00CSLL (0,0000%):
R\$ 0,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.500,00

Nota Fiscal Paga em 31/05/2019 com a Guia 1169802

Valor Total das Deduções:	Base de Cálculo:	Alíquota:	Valor do ISS:
R\$ 0,00	R\$ 1.500,00	3,00%	R\$ 45,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência da Nota Fiscal: 05/2019

Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR

Local da Prestação do Serviço: TERESINA/PI

Tributação: TRIBUTÁVEL

IMPOSTO PAGO, NÃO RETER

O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA

CÓPIA

PAGO
FACELIA

Data/Hora 23/05/2019 09:17:01

Página 1

DMI

MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS MENDES SANTOS

23/05/2019



1160827.01



1778757

Nome MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Sexo F RG 3735029

Nascimento 29/07/1998 20 anos

Médico Celular 86988027215

Médico Solic. FRANCISCO DAS CHAGAS MENDES SANTOS

Obs

Local --- Via do Cliente ---

CM 205

Código 1160827.01

Convênio PARTICULAR

Matricula SN

Plano GERAL

Guia/Senha #3201/

Atendimento 23/05/2019 09:14:00

Recepção EVANICE

Código	Descrição	Qtd Local	Guia	Solicitante	Cod.Mov	Valor
40803066	R.X Panorâmico dos maxilares	1 RAO X	#3201	FRANCISCO DAS	1160827.01	80,00

Previsão de Entrega: 24/05/2019 17:00

Ass. Cliente:

Venha buscar o resultado de seus exames. Após 3 meses (90 dias), os exames não entregues serão destruídos!

80,00

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Consultório Odontológico
Dr. Francisco das Chagas Mendes Santos

CIRURGIÃO DENTISTA - CRO - PI 963

Rua Des. Pires de Castro, 203 - Norte - CEP: 64000-390
Fones: (86) 99913-2675 / 3223-8228 - Teresina-Piauí

1ª Via retenção na Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

Paciente:

Elvira Edna Alves Silva

Endereço:

Prescrição:

sem ref

V.D. - Proflon

Tom 4 (400) comp 18/12h, duração 3 (901) dia.

01 Dosisilina 500mg - V.O

Tom 2 (400) comp 6/8h duração 5 (901) dia

02 NO ORAL - Amoxicilina 500mg, 12h, 1 (901) dia

de dia, duração 15 (901) dia

18 105 12019

Dr. Francisco das Chagas Mendes Santos
Cirurgião Dentista

CRO - PI 963
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

Identidade:

Órgão Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

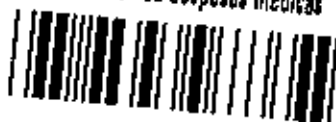
Fone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Farmacêutico:

Data:

Comprovante de despesas médicas



 NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA AVULSA - NFSE-A	Número da Nota 00000003											
	Data e Hora de Emissão 31/05/2019 00:00:00											
	Código de Verificação 86289047											
PRESTADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: FRANCISCO DAS CHAGAS MENDES SANTOS CPF/CNPJ: 152.464.933-34 Código de Controle: 99003412-5 Endereço: ACAMPAMENTO RUA ANISIO BRITO, Nº1213 - BAIRRO MORADA DO SOL - CEP:64000-180 Município: TERESINA UF: PI												
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: MARIA EDUARDA ALVES SILVA CPF/CNPJ: 067.358.163-23 Endereço: RUA 03, Nº26 - VILA APOLONIA - BAIRRO SAO JOAQUIM - CEP:64000-000 Município: TERESINA UF: PI E-mail:												
ATIVIDADE UTILIZADA CNAE: 863050400 DESCRIÇÃO: ATIVIDADE ODONTOLÓGICA COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃ												
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS Descrição: REFERENTE A UM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DEVIDO A UM ACIDENTE DE MOTO.												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tributável SIM</th> <th>Item</th> <th>Qtde</th> <th>Unitário R\$</th> <th>Total R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>REFERENTE A UM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DEVIDO A UM ACIDENTE DE MOTO.</td> <td>1</td> <td>1.500,00</td> <td>1.500,00</td> </tr> </tbody> </table>	Tributável SIM	Item	Qtde	Unitário R\$	Total R\$		REFERENTE A UM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DEVIDO A UM ACIDENTE DE MOTO.	1	1.500,00	1.500,00		
Tributável SIM	Item	Qtde	Unitário R\$	Total R\$								
	REFERENTE A UM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DEVIDO A UM ACIDENTE DE MOTO.	1	1.500,00	1.500,00								
PIS (0,0000%): R\$ 0,00	COFINS (0,0000%): R\$ 0,00	INSS (0,0000%): R\$ 0,00	IR (0,0000%): R\$ 0,00	CSLL (0,0000%): R\$ 0,00								
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.500,00												
Nota Fiscal Paga em 31/05/2019 com a Guia 1169802												
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 1.500,00	Alíquota: 3,00%	Valor do ISS: R\$ 45,00									
OUTRAS INFORMAÇÕES Mês de Competência da Nota Fiscal: 05/2019 Reconhecimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR Local da Prestação do Serviço: TERESINA/PI Tributação: TRIBUTÁVEL IMPOSTO PAGO, NÃO RETER O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA												

	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA AVULSA - NFSE-A		Número da Nota		00000004
			Data e Hora de Emissão		19/06/2019 00:00:00
			Código de Verificação		cb197e86
PRESTADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: FRANCISCO DAS CHAGAS MENDES SANTOS CPF/CNPJ: 152.464.933-34 Código de Controle: 99003412-5 Endereço: ACAMPAMENTO RUA ANISIO BRITO, Nº1213 - BAIRRO MORADA DO SOL - CEP:64000-180 Município: TERESINA UF: PI					
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: MARIA EDUARDA ALVES SILVA CPF/CNPJ: 067.358.163-23 Endereço: RUA 03, Nº26 - VILA APOLONIA - BAIRRO SAO JOAQUIM - CEP:64000-000 Município: TERESINA UF: PI E-mail:					
ATIVIDADE UTILIZADA CNAE: 863050400 DESCRIÇÃO: ATIVIDADE ODONTOLÓGICA COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃ					
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS Descrição: TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, DEVIDO TRAUMA, ACIDENTE DE BOTO.					
Tributável SIM	Item TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	Qtd	Unidade R\$	Total R\$	
		1	600,00	600,00	
PIS (0,0000%): R\$ 0,00		COFINS (0,0000%): R\$ 0,00		INSS (0,0000%): R\$ 0,00	
		IR (0,0000%): R\$ 0,00		CSLL (0,0000%): R\$ 0,00	
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 600,00					
Nota Fiscal Paga em 19/06/2019 com a Guia 1179158					
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00		Base de Cálculo: R\$ 600,00		Alíquota: 3,00%	
				Valor do ISS: R\$ 18,00	
OUTRAS INFORMAÇÕES Mês de Competência da Nota Fiscal: 06/2019 Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR Local de Prestação do Serviço: TERESINA/PI Tributação: TRIBUTÁVEL IMPOSTO PAGO, NÃO RETER O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA					

DMI

MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS MENDES SANTOS

23/05/2019

PAGO

JACELIA

Data/Hora 23/05/2019 09:17:01

Página 1



1160827 01



1778757

Nome MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Sexo F RG 3735029

Nascimento 29/07/1998 20 anos

Médico

Médico Solíc. FRANCISCO DAS CHAGAS MENDES SANTOS

Obs

Local --- Via do Cliente ---

CM 205

Código 1160827.01

Convênio PARTICULAR

Matrícula SN

Plano GERAL

Guia/Senha #3201/

Atendimento 23/05/2019 09:14:00

Recepção EVANICE

Código	Descrição	Qtd Local	Guia	Solicitante	Cod.Mov	Valor
40803056	RX Panorâmico dos maxilares	1 RX	#3201	FRANCISCO DAS	1160827.01	80,00

Previsão de Entrega: 24/05/2019 17:00

Ass. Cliente:

Venha buscar o resultado de seus exames. Após 3 meses (90 dias), os exames não entregues serão destruídos!

80,00

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Consultório Odontológico
Dr. Francisco das Chagas Mendes Santos
CIRURGIÃO DENTISTA • CRO - PI 963

Rua Des. Pires de Castro, 203 - Norte • CEP: 64000-390
Fones: (86) 99913-2675 / 3223-8228 • Teresina-Piauí

1ª Via retenção na Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

Paciente:

Marina Eduardo Alves Silva

Endereço:

Prescrição:

uma ref.

V.D. - Pro/lon

Ton 1 (1000) comp 18/12h, durante 3 (três) dias.

01 Duroclina 500mg - V.O

Toma 1 (uma) comp 8/8h durante 5 (cinco) dias

02 100 mg - Amoxicilina 912mg, 1 comprimido 2 (duas) vezes ao dia, durante 15 (quinze) dias.

18/05/2019

Dr. Francisco das Chagas Mendes Santos

Cirurgião Dentista

CRO-PI-963

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

Identidade:

Órgão Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Fone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Farmacêutico:

Data:

AGÊNCIA DE ANTIBIÓTICOS
E FARMACOS
20 de 650522917
PLANTARIA 344 de 12/05/1938
Agência Nacional



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO



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, Cintia da Costa Soares

RG nº 2.854.743, data de expedição 05/05/06

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 067.431.233-21

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua 03 vila Apolônia São Joaquim nº 233

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

Maria Eduarda Alves Silva, cujo o condutor era Fernanda da Costa Melo

Veículo: Moto Modelo: Breg Ano: 2011

Placa: NIT-0208 Chassi: 9C2KD0530BR511575

Data do Acidente: 18/05/19

Local e Data: Teresina 09/07/19

Cintia da Costa Soares

Assinatura do Declarante

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

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEL
DIGITAL

Cartório
Teresina
Serviço
de Autenticação

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Ulysses Nogueira, 1213 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (085) 3321-0151 - E-mail: artorio3@teresianapi.com.br
Situação: Atualizada - Atualizada

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE CINTIA DA COSTA SOARES. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 09/07/2019. [Assinatura] [Assinatura]
www.tjpi.jus.br/portalextre. [Assinatura]

ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO
E-mail: 3.85 TG: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Seloi: 0,26 Total: 4,98 - OF: 42
DEC DE PROP DE VEICULO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SANTOS
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escritório Autenticação
Teresina - PI

**SUS**

HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES "Dr. ANTONIO DE PEDREIRA A. MARTINS"

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA- FHT

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

SALA DE SUTURA

DATA: 18/05/14

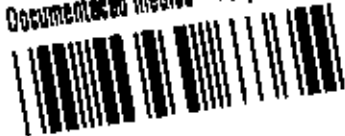
NOME DO PACIENTE: *Marin Eduardo Alves Silva*

DIAGNÓSTICO:

ANESTESIA:

CIRURGIÃO: *Maria Aparecida L. da Silva*AUXILIAR: *TEC. COREN 724.586-PI*

Documentação médico-hospitalar



DESCRIÇÃO DA PEQUENA CIRURGIA

*1) Incisão de 1 cm
Incisão no lábio inferior
Sutura com LMSU 1/2
Cura*

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL	UNID.	QUANT.	MATERIAL	UNID.	QUANT.
AGULHA 25x7	UNID.		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	
AGULHA 25x8	UNID.		LUVA Nº 8-0	PAR	01
AGULHA 13x4,5	UNID.	04	LUVA DE PROCED.	PAR	
AGULHA 40x12	UNID.	01	PVPI DE GERMANTE	ML	
ÁLCOOL 70%	ML		PVPI TÓPICO	ML	
ALGODÃO	BOLA		SERINGA 5CC	UNID.	
ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGA 10CC	UNID.	
COMPRESSA	PAC.		SERINGA 20ml	UNID.	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	
ESPARADRAPO	CM		FORMOL	ML	
ESCALPE Nº	UNID.		ATADURA 10CM	CM	
CATETER INTRAVENOSO	UNID.		ATADURA 20CM	CM	
GASES	PAC.		<i>Lidocaina 2% Sulf</i>		
FIOS	UNID.	QUANT.	OCORRÊNCIA		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.	4-0	01			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.					
CAT. GUT. CROMADO C/AG.					
CAT. GUT. CROMADO S/AG.					
ALCOFIL					
MONONYLON					
VICRYL					
PROLENE					
<i>LIDOCAÍNA</i>	<i>ML</i>	<i>1</i>			
MEDICAÇÃO PRESCRITA					

1 EXPLICAÇÃO

1 Declaro para os devidos fins,

que eu sou proprietária; MARIA EDUARDA OLIVEIRA SILVA,
RG. 3735029 - RJ;
for autuada no meu consultório, no dia

18/05/2019, devido a um trauma de

dentes de maxila superior que, neste
diagnóstico houve avulsão dos dentes

anteriores superiores a saber: dos dentes
12.22. com escorregão na maxilar e
Brazos.

Os dentes avulsados 11.21 (sacado),
foram implantado por este profissional.

Caracas, 17 de julho de 2019.



Dr. Francisco das C. Mendes San
Cirurgião Dentista
CRO-PI: 963

{7} Dra. Lara Maria Ferreira Mendes
Cirurgiã Dentista
CRO-PI 2670

Maria Eduarda Alves Silva

Radiopeçifus poronômica
da monolares e radiopexia
periopical 12/11/21/22

7

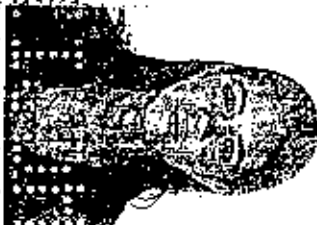
Dr. Francisco das C. Mendes Santos
Cirurgião Dentista
CRO-PI: 962

[Signature]

Rua Des. Pires de Castro, 203 - Centro Norte, Teresina/PI
CEP: 64000-390 | Fone: (86) 3223-8528
larafmariamendes@hotmail.com

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"  <i>Maria Eduarda Alves Silva</i> 0111037 ASSINATURA DO TITULAR CARTEIRA DE IDENTIDADE		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL REGISTRO GERAL 30735.029 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/01/13 NOME MARIA EDUARDA ALVES SILVA FILIAÇÃO MARIA DAS GRAÇAS ALVES SILVA EDINALDO SILVA NATURALIDADE PAULO RAMOS-MA DATA DE NASCIMENTO 29/07/1998 DOC. ORIGEM CERT. NASC. 36144 L 42-A F 179- EXP PAULO RAMOS-MA 16/09/98 CRI. TERESINA - PI 067.358.163-23 ASSINATURA DO DIRETOR LGI Nº 7.118 DE 29/08/80 - DECRETO Nº 83.250/83	
---	--	---	--

[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253982/19

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

CPF: 067.358.163-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/05/2019

Titular do CPF: MARIA EDUARDA ALVES
SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



MARIA EDUARDA ALVES SILVA : 067.358.163-23

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 25/07/2019
Nome: MARIA EDUARDA ALVES SILVA
CPF: 067.358.163-23

MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/07/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Maria Eduarda Alves Silva

Data do Acidente: 18.05.19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 067.358.163-23

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Condição (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Maria Eduarda Alves Silva

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 067.358.163-23

E-mail: popinha1998@gmail.com Tel.: 1 9456-0493

Data: 18.07.2019 Assinatura: Maria Eduarda Alves Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): RGE Comércio

Atendente: Antônio Matrícula: 1869.386

Data: 18.07.19 Assinatura: [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253982/19

Número do Sinistro: 3190447601

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

CPF: 067.358.163-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/05/2019

Titular do CPF: MARIA EDUARDA ALVES
SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Outros

Outros



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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 21/08/2019
Nome: MARIA EDUARDA ALVES SILVA
CPF: 067.358.163-23

MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DADS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MARIA EDUARDA ALVES SILVA

DATA DO ACIDENTE 18/05/2019 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 067.358.163-23

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DADS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 067.358.163-23
 E-mail pepinha1998@gmail.com Tel: () _____
 Data 09.08.2019 Assinatura Maria Eduarda Alves Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AGF CENTRO
 Atendente Janete Medeiros de M. Machado Matrícula 347795/53-00
 Data: 09/08/19 Assinatura: [Assinatura]

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190447601

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

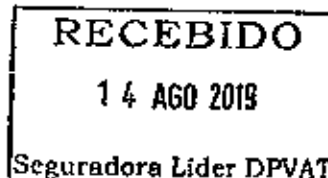
Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.



Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190447601

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA EDUARDA ALVES SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253982/19

Número do Sinistro: 3190447601

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

CPF: 067.358.163-23

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Outros



Data do acidente: 18/05/2019

Titular do CPF: MARIA EDUARDA ALVES
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARIA EDUARDA ALVES SILVA : 067.358.163-23

Autorização de pagamento

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 11/09/2019
Nome: MARIA EDUARDA ALVES SILVA
CPF: 067.358.163-23

MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019.

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190447601

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA EDUARDA ALVES SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

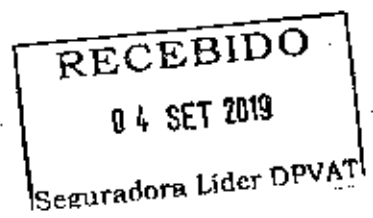
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190447601

Data do acidente: 18/05/2019

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Primeira Análise

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E
PREVIDENCIA

Data: 17/09/2019 09:15:38

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE FRAT DE DENTES -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			2100,00	0,00
Farmácias			91,00	91,00
Total da Análise Atual			2191,00	91,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** AS NOTAS FISCAIS Nº 003 E 004 NÃO FORAM AVALIADAS POIS É NECESSÁRIO QUE SEJA ENVIADO DISCRIMINATIVO ODONTOLÓGICO INFORMANDO OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS E SEUS RESPECTIVOS VALORES INDIVIDUAIS. PARA A ANÁLISE DAS DESPESAS, É NECESSÁRIO O ENVIO DE RECIBO OU NOTA COM VALOR FISCAL.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: MARIA EDUARDA ALVES SILVA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	2191,00	91,00	91,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	2191,00	91,00	91,00

TOTAL PLEITEADO: 2191,00**TOTAL AVALIADO:** 91,00**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 91,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253982/19

Número do Sinistro: 3190447601

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

CPF: 067.358.163-23

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 18/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Outros

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 21/08/2019
Nome: MARIA EDUARDA ALVES SILVA
CPF: 067.358.163-23

MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253982/19

Número do Sinistro: 3190447601

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

CPF: 067.358.163-23

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 18/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARIA EDUARDA ALVES SILVA : 067.358.163-23

Autorização de pagamento

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 11/09/2019
Nome: MARIA EDUARDA ALVES SILVA
CPF: 067.358.163-23

MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253982/19

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

CPF: 067.358.163-23

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 18/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA EDUARDA ALVES SILVA : 067.358.163-23

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 25/07/2019
Nome: MARIA EDUARDA ALVES SILVA
CPF: 067.358.163-23

MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/07/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190447601

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190447601

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA EDUARDA ALVES SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190447601 Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019 Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA EDUARDA ALVES SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190447601

Vítima: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

Valor: R\$ 91,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000088285-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Autorização de pagamento



Declaração de Residência

Eu, Maria Eduarda Alves Silva, RG nº 3.735.029, -
CPF nº 067.358.163-23, Declaro para os devidos
fins e sob os efeitos dos regulamentos legais, civis
e penais, em caso de falsidade, que resido à
Rua Três, nº 261 - Vila Apolônia, Bairro São João, -
Teresina - Piauí.

Teresina, 18. julho de 2019

Maria Eduarda Alves Silva
Assinatura



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒

2 - Nº do sinistro ou ASI: **3190447601** 3 - CPF da vítima: **067.358.163-23** 4 - Nome completo da vítima: **MARIA EDUARDA ALVES SILVA**

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

5 - Nome completo: **MARIA EDUARDA ALVES SILVA** 6 - CPF: **067.358.163-23**
7 - Profissão: **VENDEDORA** 8 - Endereço: **RUA TECS** 9 - Número: **287** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **SÃO JOAQUIM** 12 - Cidade: **TERESINA** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64005-432**
15 - E-mail: **POPINHA1988@GMAIL.COM** 16 - Tel (DDD): **86-99456-0493**

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:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: **1983** CONTA: **00089285** 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ 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 cliente, 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-PI, 29 ABRIL DE 2019.**

Maria Eduarda Alves Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

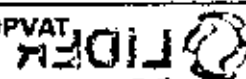
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

**DADOS CADASTRAIS**

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de (2) duas testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé da ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte e para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorafidel.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

JMS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002598/2019-58

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 10/07/2019 - 14:34

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. BOA ESPERANÇA, Nº:

Complemento

Bairro

SÃO JOAQUIM

Ponto de Referência

Data/Hora

18/05/2019 - 11:45

RECEBIDO

22 JUL 2019

Seguradora Lider DPVAT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

RG: 3735029

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS ALVES SILVA

Endereço: RUA 3, Nº 261

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8802-7215

Tipo Envolv: VITIMA/Noticiante

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/NXR 150, ANO 2010/11, PLACA NIT-0228, PROPRIETÁRIA CINTIA DA COSTA SOARES, CONDUTOR NO DIA DO ACIDENTE FERNANDO DA COSTA MELO. RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM CACHORRO PASSOU NA FRENTE DA MOTO, ONDE A VITIMA CAIU, LESIONADA FOI SOCORRIDA POR TERCEIRO, ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DO BUENOS AIRES, PRONTUÁRIO 81525. FAIO TESTEMUNHADO POR CRISTIANO SOARES DO NASCIMENTO, CPF 020772663-92, ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Escrivão de Polícia

Maria Eduarda Alves Silva

MARIA EDUARDA ALVES SILVA - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 18/05/2019 12:16:30

Usuário: MONTEPAZ@HGA

Estação: (MIGUEL-FC)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA EDUARDA ALVES SILVA		Prontuário: 81525	
Mãe: MARIA DAS GRACAS ALVES SILVA	Pai: EDINALDO SILVA		
End. Resid.: RUA 3 261 - SAO JOAQUIM - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 29/07/1998	Idade: 20a9m20d	Sexo: Feminino	Fone: 86-88027-230
Responsável: O MESMO	CNS: 700005681621004		
Profissão: DO LAR	Documento: CPF: 067.358.163-23		
S. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)		

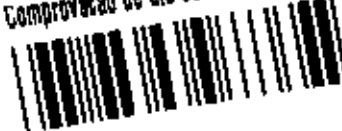
DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 140772	Entrada: 18/05/2019 12:14:15	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA DE MOTO			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

Comprovação de ato declaratório



SSVV:	(Hora: ____:____)
Peso: Kg	Altura: M
IMC: Kg/m2	Pulso: bpm
Pressão: mmHg	

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Queixa principal em ferimento a ferimento
ferimento em costela superior, ferimento
em glândulas / ausência de dor / dor

Diagnóstico inicial:

ferimento em face

CID:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

(1) CD 2 SUTURA E CURATIVO

Motivo da Alta/Encerramento:

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

TERESINA-PI 64000-000
HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES
18/05/2019 12:16:30

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: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 91,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA EDUARDA ALVES SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000088285-5

Nr. da Autenticação 8F9512D1810EF709